APROBÓ

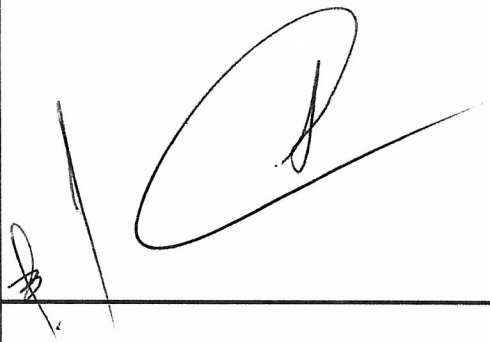
José Ramón Narro Robles
Titular de la Secretaría de Salud

DICTAMINÓ

Miguel Robles Bárcena
Titular de la Subsecretaría de Administración y Finanzas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DE FIRMA DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
Dr. Sebastián García Saisó **Director General de Calidad y Educación en Salud**	

Elaborado con base en estructura del 31 de mayo de 2016, este documento se integra de 1760 fojas útiles. El 19 de octubre de 2016, la Subsecretaría de la Función Pública, a través de la Dirección General de Organización y Remuneraciones de la Administración Pública Federal, mediante oficio SSFP/408/0711/2016 y SSFP/408/DGOR/1717/2016, se refrenda, aprueba y registra la estructura orgánica de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con vigencia organizacional al 31 de mayo de 2016.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

VALIDÓ

Graciela Romero Monroy
Titular de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización

REVISÓ

María Hilda Sam Ibarra
Titular de la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional

Fecha de aprobación: _____	**Este documento se integra con 1760 fojas útiles Elaborado con base en la estructura del 31 de mayo de 2016.**

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Tomo II

DICIEMBRE, 2017

ÍNDICE **PÁGINA**

INTRODUCCIÓN **9**

I OBJETIVO DEL MANUAL **11**

II MARCO JURÍDICO **12**

III PROCEDIMIENTOS

1. **Procedimiento para elaborar la identificación de necesidades de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud.**
2. **Procedimiento para elaborar el programa específico de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud.**
3. **Procedimiento para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación del personal del área médica en la Secretaría de Salud.**
4. **Procedimiento para integrar el informe de actividades de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud.**
5. **Procedimiento para elaborar Criterios Esenciales para las Carreras de la Salud.**
6. **Procedimiento para la elaboración de propuestas de instrumentos de acuerdo en materia de educación en salud.**
7. **Procedimiento para elaborar estudios para la fundamentación y desarrollo de políticas Educativas en salud.**
8. **Procedimiento para el análisis estadístico sobre información de recursos humanos para la salud.**
9. **Procedimiento para proponer y/o actualizar normativa en materia de capacitación.**
10. **Procedimiento para elaborar el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
11. **Procedimiento para elaborar el Programa Específico de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
12. **Procedimiento para el seguimiento y control de actividades de capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
13. **Procedimiento para participar en los órganos colegiados responsables de la conducción de la capacitación.**
14. **Procedimiento para emitir Opinión Técnico-Académica sobre planes y programas de estudio de carreras del área de la salud.**
15. **Procedimiento para gestionar reuniones de órganos colegiados y grupos técnicos.**
16. **Procedimiento para coordinar la asignación de campos clínicos y vigilar la aplicación de la regulación en el desarrollo del internado médico, mediante la supervisión, evaluación y asesoría de las unidades sedes.**
17. **Procedimiento para coordinar la asignación de campos clínicos y vigilar la aplicación de la regulación en el desarrollo del servicio social de las carreras de la salud, mediante la supervisión, evaluación y asesoría de las unidades sedes.**
18. **Procedimiento para programar, asignar y coordinar las plazas de residencias médicas, las sedes y subsedes formadoras de recursos humanos para la salud, así como supervisar, evaluar y asesorar el desarrollo de los cursos de posgrado.**

19. **Procedimiento para el mantenimiento de equipos de tecnologías de la información y comunicaciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
20. **Procedimiento para el diseño y programación de sistemas de información.**
21. **Procedimiento para la atención de comentarios al portal web y buzones institucionales de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
22. **Procedimiento para la implantación de sistemas de información en servidor de producción.**
23. **Procedimiento para respaldar la información de los sistemas de información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y evaluar su desempeño.**
24. **Procedimiento para el diseño, publicación y actualización de contenidos en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
25. **Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Desarrollo Informático.**
26. **Procedimiento para la destitución de atribuciones del personal para acceso a las TIC´s.**
27. **Procedimiento para el control de licencias de software.**
28. **Procedimiento para la gestión de servicios de tecnologías de la información para la ejecución del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).**
29. **Procedimiento para la aplicación electrónica del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).**
30. **Procedimiento de control de contingencias que incidan en la continuidad de la operación de las tecnologías de la información de la unidad administrativa.**
31. **Procedimiento para organizar, coordinar y participar en eventos de normativa, mecanismos de calidad y formación de recursos humanos en estomatología**
32. **Procedimiento para el diseño, elaboración, aplicación y selección del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).**
33. **Procedimiento para coordinar la asignación de campos clínicos y vigilar la aplicación de la regulación en el desarrollo del servicio social en estomatología.**
34. **Procedimiento para la capacitación sobre la operatividad del modelo de calidad en la atención odontológica.**
35. **Procedimiento para integrar y generar una cultura de la calidad en los servicios de atención estomatológica.**
36. **Procedimiento para la asesoría del modelo de calidad de los servicios de atención bucodental y de la formación de recursos humanos.**
37. **Procedimiento para coordinar la elaboración de normas oficiales mexicanas y otros documentos normativos relacionados con la prestación de la atención médica y asistencia social.**
38. **Procedimiento para coordinar la elaboración de normas oficiales mexicanas y otros documentos normativos en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.**
39. **Procedimiento para establecer el programa de inspección, vigilancia, supervisión y seguimiento del funcionamiento de las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud y el sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos.**
40. **Procedimiento para proponer la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud.**
41. **Procedimiento para establecer estrategias de difusión de la normatividad en educación en salud.**

42. **Procedimiento para coordinar la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud.**
43. **Procedimiento para proporcionar asesoría de la normatividad en educación en salud.**
44. **Procedimiento para compilar el marco normativo en materia de educación en salud.**
45. **Procedimiento para recibir y atender opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos.**
46. **Procedimiento para organizar y coordinar al equipo de trabajo en la conformación de los instrumentos normativos en educación en salud.**
47. **Procedimiento para coordinar acciones de participación de las instancias involucradas en el proceso de normalización en educación en salud.**
48. **Procedimiento para la elaboración del programa anual de normalización en materia de educación en salud.**
49. **Procedimiento para la obtención y actualización bibliográfica jurídica y técnica.**
50. **Procedimiento para la definición de integrantes del grupo de trabajo para elaborar instrumentos normativos en materia de educación en salud.**
51. **Procedimiento para elaborar instrumentos normativos.**
52. **Procedimiento para integrar expedientes para control y seguimiento de los instrumentos normativos hasta su publicación.**
53. **Procedimiento para la integración y coordinación del grupo de expertos externos que participan en el proceso de normalización en materia de educación en salud.**
54. **Procedimiento para la difusión de los instrumentos normativos en materia de educación en salud para su aplicación y cumplimiento.**
55. **Procedimiento para efectuar reuniones presenciales o virtuales y contar con un directorio de los integrantes del grupo de trabajo externo.**
56. **Procedimiento para enviar instrumentos normativos a instancias normativas responsables para análisis, comentarios y publicación.**
57. **Procedimiento para recibir y contestar observaciones a los instrumentos normativos elaborados.**
58. **Procedimiento para la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.**
59. **Procedimiento para proponer criterios institucionales y establecer mínimos de normativa en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social.**
60. **Procedimiento para elaborar propuestas de documentos normativos en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social.**
61. **Procedimiento para la coordinación de grupos de expertos que participen en la elaboración, actualización y adecuación de la normativa en atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria.**
62. **Procedimiento para proponer modalidades de convenios de colaboración en servicios de salud.**
63. **Procedimiento para apoyar la difusión de la normativa vigente en materia de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria.**
64. **Procedimiento para coordinar la revisión de la normativa existente y proponer alternativas para actualizar los instrumentos normativos en concordancia con la modificación de la base jurídica que les da sustento.**
65. **Procedimiento para proponer reformas al marco jurídico-sanitario vigente.**

66. **Procedimiento para emitir opinión técnica sobre documentos jurídico-sanitarios, para satisfacer los requerimientos y solicitudes de las dependencias u organismos públicos, privados y sociales.**
67. **Procedimiento para emitir opinión técnica sobre aspectos normativos en materia de infraestructura sanitaria, de establecimientos de atención médica.**
68. **Procedimiento para identificar necesidades de mejora, apoyo y fortalecimiento de la operación de los servicios de atención médica y de asistencia social en los ámbitos de competencia de la Dirección General.**
69. **Procedimiento para analizar esquemas exitosos y formular propuestas dirigidas a la atención y solución de problemas específicos en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social para fortalecer el proceso operativo en la práctica médica.**
70. **Procedimiento para participar en las actividades de coordinación de las instituciones del sistema nacional de salud en la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos para mejorar la eficiencia, calidad y seguridad de los servicios de atención médica y de asistencia social.**
71. **Procedimiento para proponer modelos de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica, con un enfoque moderno y racional en el uso de los recursos para la mejora de los servicios de salud y asistencia social.**
72. **Procedimiento para proporcionar elementos técnicos para el desarrollo de metodologías aplicables a la operación de los servicios de atención médica y asistencia social, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.**
73. **Procedimiento para proponer indicadores y plantillas de recursos humanos para los establecimientos de atención médica que permitan mejorar y fortalecer la eficiencia en el aprovechamiento de la infraestructura y en su caso solicitar con bases técnicas la asignación de aquellos que requieran.**
74. **Procedimiento para proponer y desarrollar modelos de plantillas de personal para hospitales, que permitan sobre bases técnicas, la toma de decisiones.**
75. **Procedimiento para participar en las actividades de apoyo a la gestión de la dirección general, en el ámbito institucional, sectorial, intersectorial y las que se realicen en coordinación con los servicios de salud de las entidades federativas.**
76. **Procedimiento para participar en la elaboración de normas oficiales mexicanas de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria.**
77. **Procedimiento para participar en la difusión de la normativa para establecimientos de atención médica y asistencia social.**
78. **Procedimiento para diseñar e instrumentar lineamientos normativos para su difusión en medios impresos, magnéticos y electrónicos.**
79. **Procedimiento para proponer y elaborar instrumentos metodológicos para evaluar el cumplimiento de la normativa de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.**
80. **Procedimiento para elaborar elementos técnicos que apoyen las actividades de actualización y adecuación normativa de los servicios de salud.**
81. **Procedimiento para integrar la documentación técnico-médica y jurídico-sanitaria para la emisión de dictámenes técnicos.**

82. **Procedimiento para participar en los cursos, seminarios y demás eventos relativos a la normativa en materia de servicios de atención médica, en representación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.**
83. **Procedimiento para participar en la gestión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en las actividades que se desarrollan en coordinación con los servicios de salud de las entidades federativas.**
84. **Procedimiento para asesorar en la aplicación de los instrumentos normativos para la formación de recursos humanos para la salud.**
85. **Procedimiento para modificar o actualizar la normativa o reglamentaciones en materia de instrumentos para la formación de recursos humanos para la salud.**
86. **Procedimiento para ratificación de contralores médicos.**
87. **Procedimiento para la elaboración de instrumentos para la supervisión del funcionamiento de las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.**
88. **Procedimiento para seguimiento de las quejas y reclamaciones de los usuarios de las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud**
89. **Procedimiento para selección y actualización de información sobre las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en la página web de la DGCES.**
90. **Procedimiento para la emisión de dictámenes provisionales y definitivos para el funcionamiento de las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.**
91. **Procedimiento para la emisión de dictámenes anuales para el funcionamiento de instituciones de seguros especializadas en salud.**
92. **Procedimiento para las visitas de supervisión a las Instituciones de Seguros Autorizadas a operar los Seguros del Ramo de Salud.**
93. **Procedimiento para la formulación de normas para enfermería.**
94. **Procedimiento para administrar el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).**
95. **Procedimiento para la operación de la secretaria técnica de la Comisión Permanente de Enfermería.**
96. **Procedimiento para la elaboración o actualización de normas oficiales mexicanas (NOM) en materia de enfermería.**
97. **Procedimiento para la elaboración de indicadores de calidad de los servicios de enfermería.**
98. **Procedimiento para elaborar políticas educativas en enfermería.**
99. **Procedimiento para la implantación y difusión de programas técnico – normativos.**
100. **Procedimiento para la evaluación de planes y programas de estudio de las carreras de enfermería.**
101. **Procedimiento para elaborar modelos de atención de enfermería.**
102. **Procedimiento para el monitoreo de la calidad y seguridad del paciente.**
103. **Procedimiento para el análisis estadístico sobre información de recursos humanos en enfermería.**
104. **Procedimiento para los lineamientos de administración del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).**
105. **Procedimiento para la actualización de instrumentos normativos en enfermería.**

106. **Procedimiento para integrar metas internacionales y compromisos nacionales en seguridad del paciente y emitir estrategias, acciones y medidas a través del Programa de Seguridad del Paciente.**

107. **Procedimiento para seleccionar trabajos de investigación, modelos y material de enseñanza en materia de seguridad del paciente y difundir los resultados para su desarrollo.**

108. **Procedimiento para realizar estudios de investigación operativa y/o administrativa en materia de seguridad del paciente.**

109 **Procedimiento para desarrollar talleres en materia de seguridad del paciente y difundir recomendaciones en materia de seguridad del paciente, prácticas destacadas y un modelo de gestión de riesgos.**

110. **Procedimiento para la implementación e implantación de los acuerdos de gestión para la mejora de la calidad.**

111. **Procedimiento para evaluar los resultados de las unidades que aplican modelos de calidad.**

112. **Procedimiento para asesorar en la implementación de instrumentos de gestión.**

113. **Procedimiento para los mecanismos de capacitación en materia de calidad para la mejora continua, calidad, seguridad en el paciente y trato digno.**

114. **Procedimiento para evaluar y analizar los resultados de la gestión de la calidad en el fortalecimiento de la cultura de la calidad en el sistema nacional de salud.**

115. **Procedimiento para el otorgamiento de reconocimientos a unidades de salud y gestores de calidad por Premio Nacional de Calidad en Salud.**

116. **Procedimiento para la acreditación de unidades médicas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud.**

117. **Procedimiento para la elaboración de mecanismos de evaluación de procesos de acreditación de proveedores del Sistema de Protección Social en Salud y la reestructuración de procesos críticos.**

118. **Procedimiento para evaluar los modelos de acreditación del sistema de protección social en salud.**

119. **Procedimiento para el financiamiento de compromisos de calidad en acuerdos de gestión.**

120. **Procedimiento para el seguimiento de acuerdos y compromisos de los comités estatales de calidad en salud.**

121. **Procedimiento para apoyar en la elaboración de las normas, lineamientos, cédulas e instrumentos necesarios para la acreditación de los establecimientos públicos de atención médica y de los servicios de alta especialidad, proveedores de servicios del Seguro Popular.**

122. **Procedimiento para identificar las competencias y necesidades del personal en los procesos que fortalecen la calidad y la seguridad de los servicios para su acreditación.**

123. **Procedimiento para difundir y aplicar los criterios de capacidad, seguridad y calidad al personal de los establecimientos de atención médica adscritos al Seguro Popular para facilitar su acreditación.**

124. **Procedimiento para vigilar que la promoción y difusión de servicios de atención médica estén incorporados en las cédulas de auditoría como capítulo de calidad de la acreditación.**

125. **Procedimiento para aplicar las cédulas de auditoría en los establecimientos de atención médica incorporadas al Sistema Nacional de Protección Social en Salud.**

126. **Procedimiento para elaborar la programación de la auditoría anual para la acreditación de establecimientos.**

127. Procedimiento para la asociación de hospitales de segundo nivel de atención al proyecto de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial.
128. Procedimiento para la organización y realización de foros, jornadas técnicas y reuniones nacionales de trabajadores de la salud.
129. Procedimiento para diseñar e instrumentar mecanismos de monitoreo y comunicación ciudadana que contribuyan a la transparencia y rendición de cuentas, para elevar la calidad de los servicios de salud.
130. Procedimiento para la operación del Sistema de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones MANDE.
131. Procedimiento para presentación del aval ciudadano y manejo de los instrumentos de monitoreo ciudadano.
132. Procedimiento para la recepción y sistematización de la información de seguimiento del monitoreo ciudadano y actas de instalación.
133. Procedimiento para la elaboración de reportes de resultados de aval ciudadano en las entidades federativas.
134. Procedimiento para la difusión de aval ciudadano en la página web.
135. Procedimiento para impulsar la mejora continua en los servicios de salud.
136. Procedimiento para el monitoreo, mejora y estandarización de indicadores de calidad.
137. Procedimiento para la elaboración de normas, lineamientos o instrumentos de rectoría para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y seguridad del paciente.
138. Procedimiento para proponer y participar en el análisis de indicadores de mejora de la calidad de la atención médica en las unidades de salud en las redes de atención.
139. Procedimiento para asesorar a las entidades federativas sobre el desarrollo de procesos de mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente.
140. Procedimiento para la coordinación intra e interinstitucional en la implementación de las mejores prácticas de atención médica y seguridad de la atención.
141. Procedimiento para evaluar las actividades de monitoreo, mejora y estandarización de procesos de calidad y seguridad de la atención médica a nivel nacional.
142. Procedimiento para el ejercicio y control del presupuesto autorizado asignado a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
143. Procedimiento para las transferencias y/o adecuaciones presupuestales en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
144. Procedimiento de contratación por adjudicación directa para adquisición de bienes y servicios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
145. Procedimiento de adquisición de bienes y servicios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud por invitación a cuando menos tres personas.
146. Procedimiento de adquisición de bienes y servicios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud por Licitación Pública.
147. Procedimiento para la integración del Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
148. Procedimiento para el trámite de viáticos y pasajes nacionales del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
149. Procedimiento para el trámite de viáticos y pasajes internacionales del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
150 Procedimiento para pagos al personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

151. Procedimiento para el trámite de contratación de personal de base y confianza.
152 Procedimiento para movimientos de personal.
153. Procedimiento para registro y control de asistencias del personal.
154. Procedimiento para la autorización del periodo vacacional al personal adscrito.
155. Procedimiento para el trámite del estímulo por puntualidad y asistencia en el trabajo.
156. Procedimiento para el trámite del estímulo por desempeño y productividad en el trabajo.
157. Procedimiento para el trámite de licencias sin goce de sueldo al personal de base.
158. Procedimiento para el control del almacén de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
159. Procedimiento para el registro y control de bienes muebles de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
160. Procedimiento para la integración del Programa de Necesidades de Bienes e Insumos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
161. Procedimiento para prestación de apoyos logísticos a eventos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
162. Procedimiento para difusión de cursos de capacitación a servidores públicos de carrera titulares de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
163. Procedimiento para dar de alta las cuentas bancarias de proveedores y entidades federativas en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF).
164. Procedimiento para la entrega de información sobre la gestión administrativa de los recursos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
165. Procedimiento para manejo del Fondo Rotatorio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
166. Procedimiento para el manejo del concepto de "Comisionado Habilitado" de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
167. Procedimiento para la elaboración y/o actualización del Manual de Organización Específico y Manual de Procedimientos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
168. Procedimiento para la atención de órdenes de revisión de auditoría a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
169. Procedimiento para la realización de la Evaluación del Desempeño de los Servidores Públicos de Carrera de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
170. Procedimiento para efectuar la certificación de capacidades profesionales para permanencia en el puesto de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
171. Procedimiento para proporcionar conservación y/o mantenimiento a los bienes muebles e inmuebles de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
172. Procedimiento para el llenado y actualización de la guía simple de archivos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
173. Procedimiento para la transferencia de archivos administrativos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), ha desarrollado el presente manual de procedimientos buscando contar con una guía concreta y específica que contribuya a la óptima operación y desarrollo de las distintas actividades del personal y puestos que la conforman, así como el de servir de instrumento de apoyo y consulta orientada a la mejora del sistema de control interno y para contribuir al reforzamiento institucional.

La DGCES, al igual que otras áreas centrales, se conformó a lo largo del tiempo de la agrupación de distintas unidades administrativas. El precedente más inmediato de la actual estructura organizacional se encuentra en la fusión de las direcciones generales de Regulación de los Servicios de Salud y de Enseñanza en Salud. Las actuales atribuciones de esta Dirección General están fundamentadas en el artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Conforme a dicho reglamento, la DGCES depende jerárquicamente de la autoridad y funciones de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud.

Para la elaboración de este manual de procedimientos se atendieron las disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, de la Ley General de Salud, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud y el Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, vigente y autorizado en junio de 2017.

El manual se conforma tomando como base los macroprocesos de la DGCES, para ello, cada dirección de área analiza en cuál de ellos tiene injerencia y los toma como punto de partida, definiendo así sus procedimientos que tanto la dirección como las subdirecciones y jefaturas de departamento deben realizar para cumplir sus actividades y productos a generar, dando por ello en suma los procedimientos de la propia Dirección General. Buscando la acotación puntual pero con un sincretismo, la descripción de los procedimientos se hace a nivel de dirección de área, de tal forma que todos y cada uno de los procedimientos contenidos en el presente manual detallan las actividades de las siguientes áreas constitutivas de la DGCES: Dirección de Educación en Salud, Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, Dirección de Estomatología, Dirección de Procesos Normativos en Salud, Dirección de Enfermería, Dirección de Seguridad del Paciente, Dirección de Evaluación de la Calidad, Dirección de Mejora de Procesos y la Coordinación Administrativa.

La presentación de los procedimientos a nivel de dirección de área a lo largo del documento atiende al orden y nivel contenido en la estructura orgánica autorizada de la DGCES, con vigencia al 31 de mayo de 2016. La descripción de los procedimientos por área se inicia con la Dirección de Educación en Salud y se finaliza con la Coordinación Administrativa. Cada procedimiento considera y presenta la red de las actividades de cada área, lista maestra de documentos, el desarrollo de procedimientos con sus respectivos diagramas de flujo y formatos utilizados.

Atendiendo a la estructura antes citada, se actualizó el presente manual de procedimientos de esta unidad administrativa con el que se da cuenta de las herramientas técnico-administrativas del quehacer operativo de la Dirección General. A través del comunicado: DGPOP-7 3493 2016, el área sustantiva mayor también instruyó sobre la permanente actualización de los manuales así como del refrendo de dichos documentos cuando no haya modificaciones a la estructura o de cambios en la forma de realizar las funciones, por tanto, con el presente documento también se brinda cumplimiento a las disposiciones reglamentarias de las áreas mayores institucionales.

El presente manual de procedimientos sirve de base para que las y los servidores públicos de la DGCES, en todos sus niveles y funciones, realicen sus actividades de manera más adecuada, homogénea, idónea y se identifiquen con el quehacer diario y los productos que se generan y la utilidad de los mismos. También se busca que el documento se instaure como elemento de información conforme al cual todas las personas interesadas en la dinámica de la Dirección General encuentren un medio técnico-administrativo de consulta que los oriente sobre los trabajos y servicios que cada área de la DGCES ofrece.

Conforme a lo anterior, la Dirección General informará, a través de los medios más adecuados, que el manual de procedimientos de la DGCES está disponible para su consulta en el sitio web del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud (COMERI):

http://www.comeri.salud.gob.mx/interior/gob/Normatividad_vigente/Tipo/M_de_Procedimientos.html

Es importante señalar que con el fin de cuidar la vigencia operativa del contenido del presente manual, éste está sujeto a la actualización en la medida que se presenten variaciones en la ejecución de los procedimientos, en la normativa, en la estructura orgánica autorizada de la Dirección General, o en cualquier otro aspecto que influya en la operatividad de la misma.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Ofrecer y formalizar un documento administrativo mediante el cual se den a conocer los procedimientos que se llevan a cabo en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para que tanto el personal interno como los usuarios externos, cuenten con una guía que los oriente sobre el quehacer de cada área, los productos que se ofrecen, las actividades inherentes a los procesos de trabajo, la intervinculación entre puestos, los requerimientos documentales y los puestos responsables de su ejecución.

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

LEYES

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Ley de Asistencia Social

Ley de Coordinación Fiscal

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año correspondiente

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas

Ley de Planeación

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica

Ley Federal de Archivos

Ley Federal de las Entidades Paraestatales

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Ley General de Bienes Nacionales

Ley General de Desarrollo Social

Ley General de Educación

Ley General de Población

Ley General de Protección Civil

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados

Ley General de Responsabilidades Administrativas

Ley General de Salud

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Ley para la Coordinación de la Educación Superior

Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal

CÓDIGOS

Código Civil Federal

Código de Comercio

Código Federal de Procedimientos Civiles

Código Fiscal de la Federación

Código Nacional de Procedimientos Penales

Código Penal Federal

REGLAMENTOS

Reglamento de Insumos para la Salud

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica

Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal

Reglamento de la Ley Federal de Archivos

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Reglamento de la Ley General de Población

Reglamento de la Ley General de Protección Civil

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional

Reglamento del Código Fiscal de la Federación

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana

DECRETOS

Decreto por el que se establece el Reconocimiento al Mérito en Enfermería Graciela Arroyo de Cordero, el cual tiene por objeto reconocer y honrar a los profesionales destacados en Materia de Enfermería. DOF 10-IV-2006

Decreto por el que se establece el Reconocimiento en Enfermería María Guadalupe Cerisola Salcido. DOF 14-XI-2008

Decreto que reforma y adiciona al diverso por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública.
DOF 12-III-1997
Última reforma 20-VII-2016

Decreto por el que se establece el Reconocimiento en Enfermería María Suárez Vázquez.
DOF 30-IV-2012

Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.
DOF 10-XII-2012
Última reforma DOF 30-XII-2013

Decreto por el que se expide la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
DOF 04-IV-2013

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
DOF 20-V-2013

Decreto por el que se declara el día 9 de febrero de cada año como el “Día Nacional del Odontólogo”.
DOF 19-V-2014

ACUERDOS

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
DOF 19-X-1983

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.
DOF 19-X-1983

Acuerdo por el que los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal del Sector Salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas públicas en materia de salud.
DOF 26-IX-1994

Acuerdo por el que se establece el reconocimiento al mérito médico.
DOF 17-X-1995

Acuerdo número 132 por el que se crea el Comité Nacional de Salud Bucal.
DOF 01-XI-1995
Aclaración del Acuerdo DOF 25-I-1996

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.
DOF 25-IX-1996

Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud.
DOF 04-XII-1996

Acuerdo número 243 por el que se establecen las bases generales de autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios.
DOF 27-V-1998

Acuerdo que establece los lineamientos y estrategias generales para fomentar el manejo ambiental de los recursos en las oficinas administrativas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
DOF 26-III-1999

Acuerdo por el que se dan a conocer los criterios particulares de evaluación de los Proyectos de Alto Impacto Social que aplicará la Secretaría de Salud.
DOF 22-XI-2000

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo (sic).
DOF 24-XII-2002

Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, las facultades que se indican.
DOF 27-XII-2004

Acuerdo que tiene por objeto crear en forma permanente la Comisión Intersecretarial para el Desarrollo del Gobierno Electrónico.
DOF 09-XII-2005

Acuerdo por el que se delegan facultades en materia de adquisiciones con cargo a presupuesto asignado.
DOF 09-III-2006

Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería.
DOF 25-I-2007

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud.
DOF 24-XII-2007

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.
DOF 13-VI-2008

Acuerdo número 450 por el que se establecen los Lineamientos que regulan los servicios que los particulares brindan en las distintas opciones educativas en el tipo medio superior.
DOF 16-XII-2008

Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud.
DOF 27-I-2009

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha materia.
DOF 12-VII-2010
Reformas en el DOF: 29-VIII-2011; 06-IX-2012; 23-VIII-2013, y 04-II-2016.
Última reforma publicada en el DOF 06-IV-2017

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.
DOF 12-VII-2010
Última reforma publicada en el DOF23-X-2017

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros
DOF 15-VII-2010
Reforma en el DOF 15-VII-2011
Modificación en el DOF 16-V-2016

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales
DOF 16-VII-2010
Última reforma publicada en el DOF 05-IV-2016

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
DOF 9-VIII-2010
Última reforma publicada en el DOF 03-II-2016

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
DOF 9-VIII-2010
REFORMAS 27-VI-2011; 21-XI-2012; 19-IX-2014, y 03-II-2016
Última reforma publicada en el DOF 2-XI-2017

Acuerdo por el que se emiten diversos lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios y de obras públicas y servicios relacionados con las mismas.
DOF 9-IX-2010

Acuerdo por el que se emite el Manual de Contabilidad Gubernamental.
DOF 22-XI-2010
Reformas en el DOF: 23-XII-2015 y 29-II-2016
Última reforma publicada en el DOF 27-XII-2017

Acuerdo por el que se establece la Norma del Padrón de sujetos obligados a presentar declaraciones de situación patrimonial en las instituciones del Gobierno Federal.
DOF 14-XII-2010
Nota aclaratoria en el DOF 17-I-2011

Acuerdo por el que se emite la Clasificación Funcional del Gasto.
DOF 27-XII-2010

Acuerdo por el que se emite el Marco Metodológico sobre la forma y términos en que deberá orientarse el desarrollo del análisis de los componentes de las finanzas públicas con relación a los objetivos y prioridades que, en la materia, establezca la planeación del desarrollo, para su integración en la Cuenta Pública.
DOF 27-XII-2010

Datos de identificación de las políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios de la Secretaría de Salud.
DOF 06-XI-2012

Acuerdo que tiene por objeto emitir las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como establecer el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.
DOF 08-V-2014
Última reforma publicada en el DOF 04-II-2016

Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
DOF 20-VIII-2015
Última reforma publicada en el DOF 22-VIII-2017

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información pública.
DOF 12-II-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.
DOF 15-IV-2016
Última reforma DOF 29-VII-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.
DOF 04-V-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
DOF 04-V-2016
Última reforma DOF 26-IV-2017

Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
DOF 31-V-2017

Acuerdo por el cual se determina el tabulador de becas para los internos de pregrado y pasantes que se indican.
01-VIII-2016

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno
DOF 03-XI-2016

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017.
DOF 30-XII-2016

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen el procedimiento de verificación y seguimiento del cumplimiento de las obligaciones de transparencia que deben publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como el Manual de procedimientos y metodología de evaluación para verificar el cumplimiento de las obligaciones de transparencia que deben de publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
DOF 20-II-2017

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.
DOF 15-V-2017

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.
DOF 06-VII-2017

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.
DOF 24-VII-2017

Acuerdo número 17/11/17 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior.
DOF 13-XI-2017

Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción da a conocer la obligación de presentar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
DOF14-VII-2017

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
DOF 11-VI-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
DOF 16-VIII-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
DOF 15-X-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
DOF 04-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
DOF 08-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
DOF 02-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
DOF 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.
DOF 07-VIII-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
DOF 23-XI-2016

PLANES

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
DOF 20-V-2013

PROGRAMAS

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018
DOF 30-VIII-2013

Programa Sectorial de Salud 2013-2018
DOF 12-XII-2013

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud
DOF 17-VIII-2012

Cuadro General de Clasificación Archivística y Catálogo de Disposición Documental de la Secretaría de Salud.

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.

Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.
DOF 06-XII-2016

OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS

Norma que regula las jornadas y horarios de labores en la Administración Pública Federal Centralizada.
DOF 15-III-1999

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección.
DOF 25-VIII-2003
Modificaciones en el DOF 02-XII-2008
Última reforma DOF18-VIII-2015

Lineamientos de Protección de Datos Personales.
DOF 30-IX-2005.

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en el envío, recepción y trámite de las consultas, informes, resoluciones, criterios, notificaciones y cualquier otra comunicación que establezcan con el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.
DOF 29-VI-2007

Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.
Secretaría de Hacienda y Crédito Público 22-XII-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.
DOF 30-XII-2008
Última reforma DOF 20-VIII-2015

Recomendaciones para la organización y conservación de correos electrónicos institucionales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
DOF 10-II-2009

Lineamientos para las adquisiciones de papel para uso de oficina por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
DOF 2-X-2009

Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal.
DOF 28-XII-2010
Reformas adecuaciones DOF: 27-XII-2011; 29-VI-2012; 24-VII-2013; 04-XII-2015 y 15-VIII-2016
Última reforma en el DOF 27-VI-2017

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.
DOF 09-XII-2010

Normas para la operación del Registro de Servidores Públicos.
DOF 24-IX-2012

Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.
DOF 30-I-2013

Circular Única de Seguros y Fianzas
DOF 19-XII-2014
Última modificación en el DOF 01-IX-2016

Lineamientos de eficiencia energética para la Administración Pública Federal.
DOF 27-I-2015

Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos del Poder Ejecutivo Federal.
DOF 03-VII-2015

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.
DOF 03-VII-2015

Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
DOF 22-II-2016

Lineamientos para analizar, valorar y decidir el destino final de la documentación de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo Federal.
DOF 16-III-2016

Código de Conducta de la Secretaría de Salud
30-VI-2016

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año correspondiente.

1. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos para elaborar la Identificación de Necesidades de Capacitación del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud, para conocer los requerimientos en materia de capacitación de los trabajadores de la institución. .

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes emiten las instrucciones para el establecimiento de los lineamientos, la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud gira las instrucciones para la revisión técnica de los lineamientos al Departamento de Gestión de la Capacitación, quien coordina el establecer los lineamientos para elaborar la Identificación de Necesidades de Capacitación del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud, para conocer los requerimientos en materia de capacitación de los trabajadores de la institución.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, en lo que corresponde al personal del Área Médica, para que elaboren su Identificación de Necesidades de Capacitación, quienes enviarán sus Diagnósticos de Necesidades de Capacitación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien los concentrará y así integrar el Diagnósticos de Necesidades de Capacitación del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los lineamientos y procedimientos para elaborar la Identificación de Necesidades de Capacitación deberán ser emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud es la única facultada para la adecuación de los lineamientos y procedimiento para elaborar la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.

3.3 Los lineamientos y procedimiento deberán ser difundidos de manera oficial en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a su aprobación, por parte de la Dirección de Educación en Salud.

3.4 Para integrar la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud, se deberá considerar los elementos siguientes: perfil epidemiológico, programas prioritarios, estructura de la organización, avance tecnológico, perfil del puesto y capacidades a fortalecer en cada trabajador.

3.5 La elaboración de la Identificación de Necesidades de Capacitación, por parte de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, iniciará el 1° de septiembre y concluirá el 31

de octubre de cada año, la integración de la información a nivel nacional le corresponde a la Dirección de Educación en Salud.

3.6 El área de capacitación de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, capturarán en el módulo Identificación de Necesidades de Capacitación del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación, el resultado del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Área Médica, en el periodo establecido.

3.7 El área de capacitación de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, coordinarán y darán seguimiento a los avances alcanzados por las unidades de su área de competencia en la realización de la Identificación de Necesidades de Capacitación.

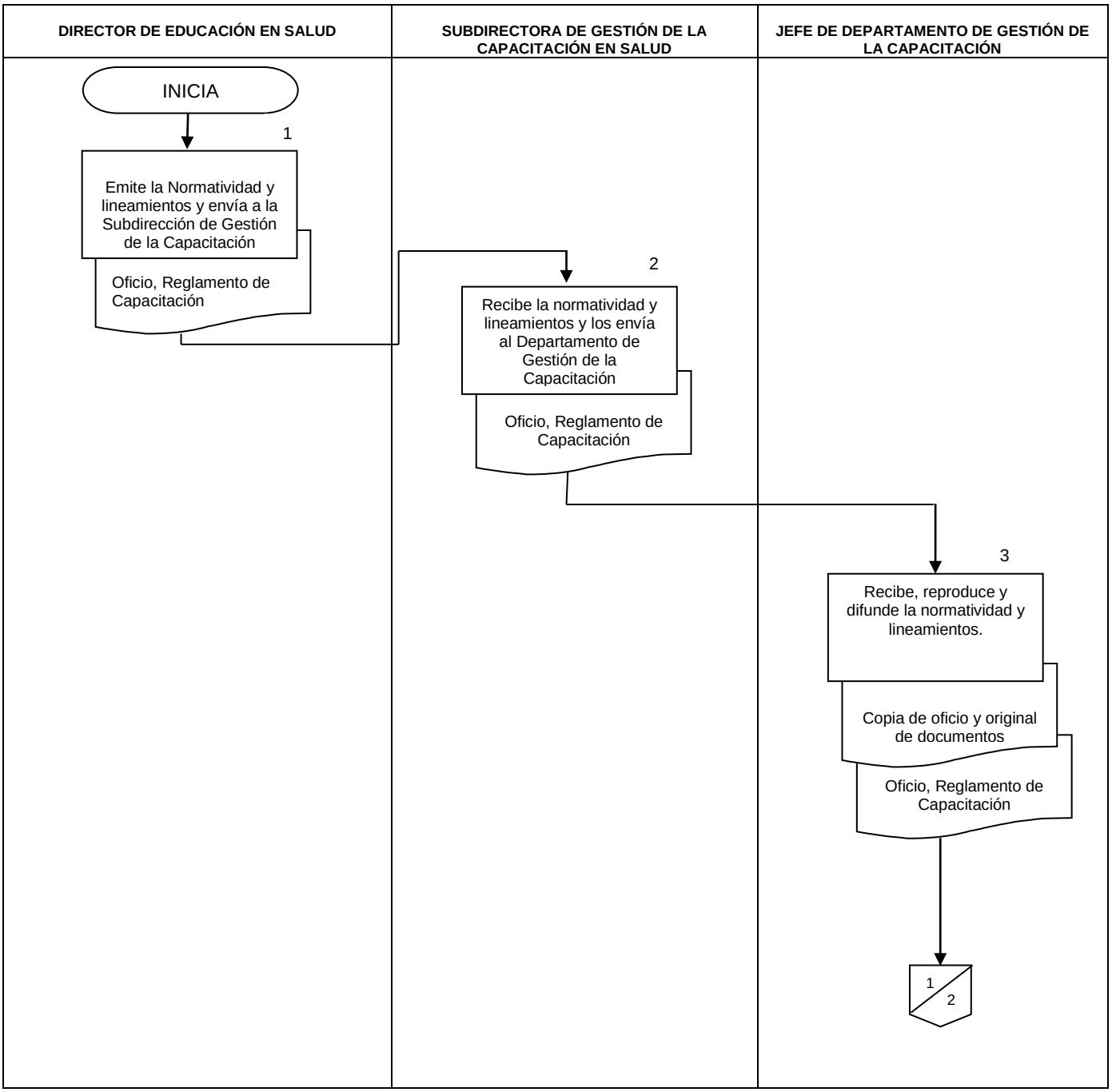
3.8 A la Dirección de Educación en Salud le corresponde administrar el Sistema Nacional de Administración de la Capacitación y dar seguimiento a los avances en la elaboración de la Identificación de Necesidades de Capacitación en las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud.

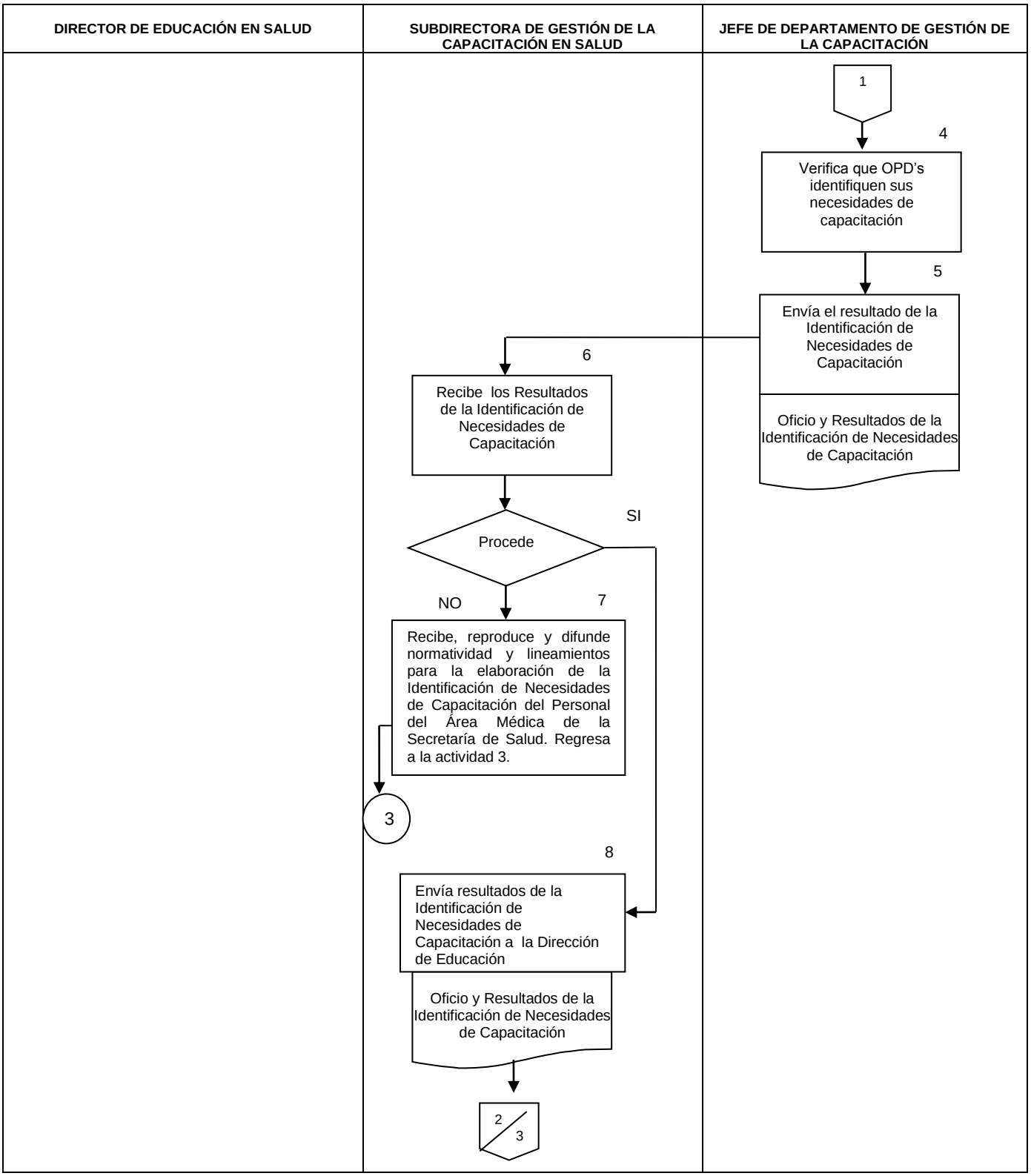
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

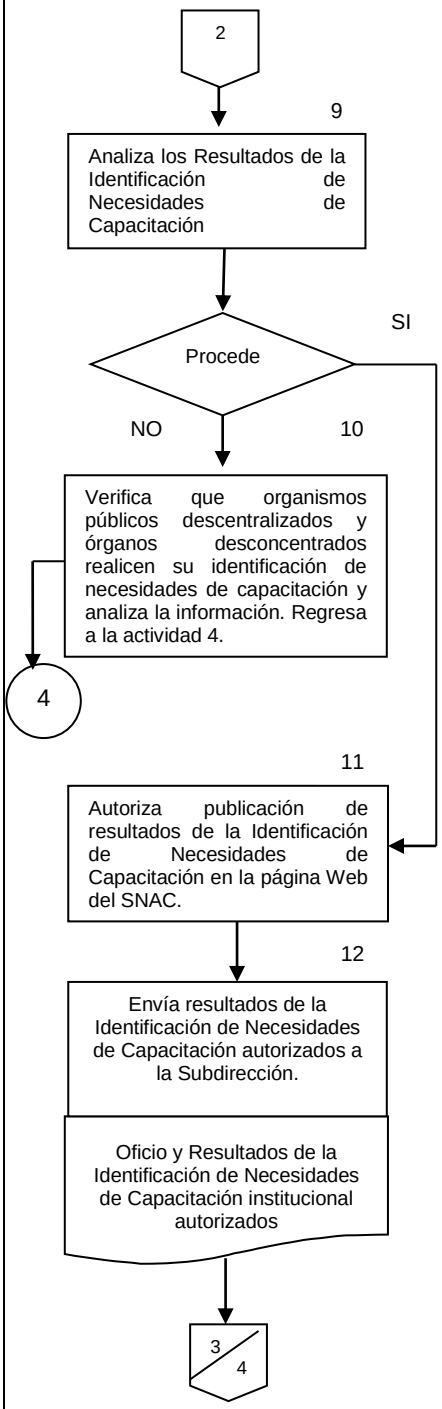
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud.	**1**	Emite la normatividad y lineamientos aplicables para elaborar la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud y los envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud.	**2**	Recibe la normatividad y lineamientos para la elaboración de la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud y los envía al Departamento de Gestión de la Capacitación, para su difusión.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación.	**3** **4** **5**	Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la elaboración de la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud. Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados realicen su identificación de necesidades de capacitación y analiza la información. Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud el resultado de la Identificación de Necesidades de Capacitación.	• Oficio, Reglamento de Capacitación • Resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación.
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud.	**6** **7** **8**	Recibe los resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. Procede: No: Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la elaboración de la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud. Regresa a la actividad 3. Si: Continúa el procedimiento. Envía resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación a la Dirección de Educación en Salud.	•. Resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación.

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud.	**9**	Analiza los resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. Procede:	• Oficio y resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación.
	10	No: Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados realicen su identificación de necesidades de capacitación y analiza la información. Regresa a la actividad 4.	
	11	Si: Continúa Procedimiento. Autoriza publicación de resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación en la página Web del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación.	
	12	Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación, autorizados.	
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud.	**13**	Recibe los resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizados para su publicación.	• Oficio y resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación autorizados
	14	Envía al Departamento resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizados para su publicación.	
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación.	**15**	Recibe los resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación Institucional de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizados para su publicación.	
	16	Publica en la página Web del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación los Resultados del Diagnóstico Institucional de Necesidades de Capacitación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

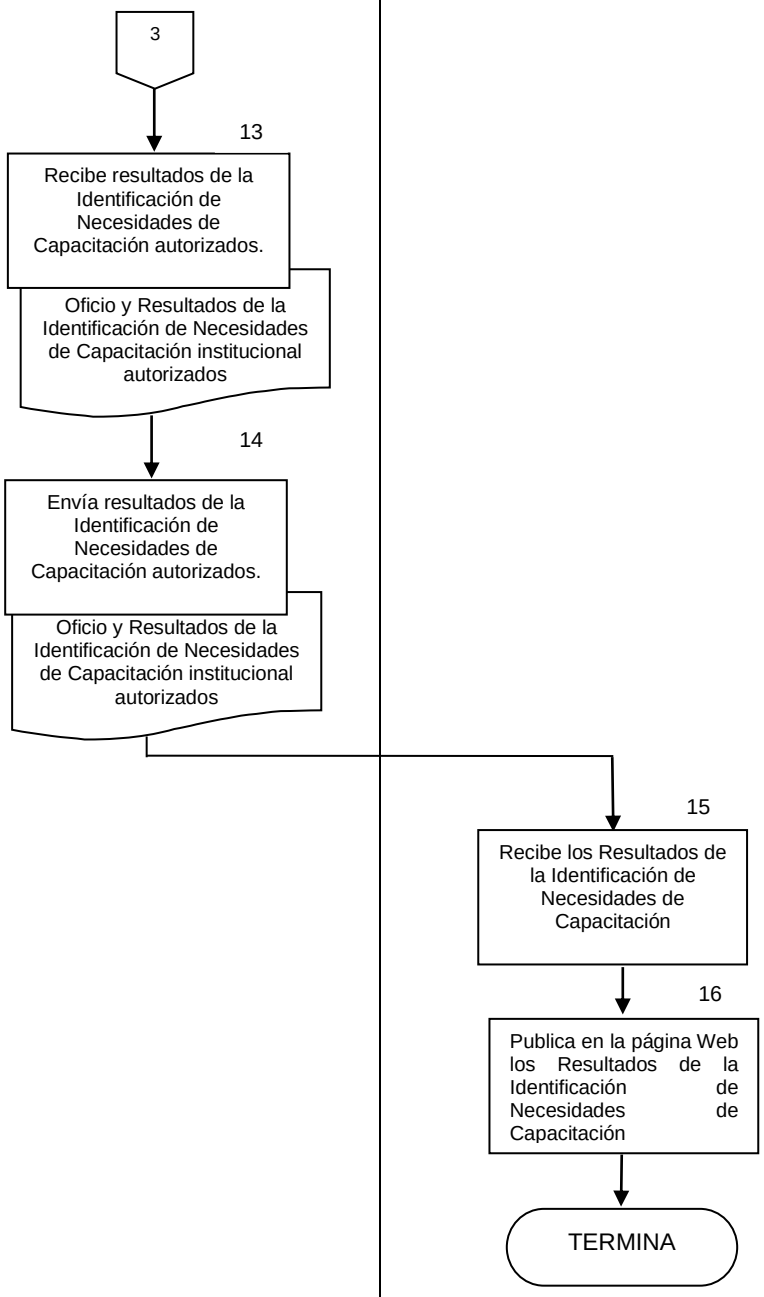
5. DIAGRAMA DE FLUJO.




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
1
4
Verifica que OPD's identifiquen sus necesidades de capacitación
5
Envía el resultado de la Identificación de Necesidades de Capacitación
Oficio y Resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación
6
Recibe los Resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación
Procede
SI
NO
7
Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la elaboración de la Identificación de Necesidades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud. Regresa a la actividad 3.
3
8
Envía resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación a la Dirección de Educación
Oficio y Resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación
2
3

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
		

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	No aplica
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	No aplica
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No aplica
6.4 Acuerdo Secretarial No. 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	No aplica
6.5 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	No aplica
6.6 Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Identificación de Necesidades de Capacitación	6 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ámbito laboral: Comprende la estructura técnico- administrativa, el ámbito físico de trabajo, la relación entre áreas internas, clima social y las condiciones de realización del trabajo, la interacción de estos elementos influye positiva o negativamente en el desarrollo presente o futuro de la organización.

8.2 Área médica: Comprende exclusivamente a trabajadores del grupo médico que a su vez se clasifica en las ramas médica, paramédica y afín.

8.3 Capacitación: Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.
b) De preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación actualmente llamado “pie de rama”.
c) De prevenir riesgos de trabajo, y
d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

8.4 Identificación de Necesidades de Capacitación: Es el proceso mediante el cual se captan los requerimientos de capacitación del personal a través del análisis comparativo entre los conocimientos, habilidades y/o destrezas y actitudes inherentes a cada puesto y las características particulares que sobre estos mismos conceptos poseen los trabajadores.

8.6 Perfil del puesto: Es la descripción del conjunto de conocimientos, capacidades y actitudes que debe reunir una persona para desempeñar en forma adecuada las funciones que tiene asignadas dentro de una estructura específica.

8.7 Perfil epidemiológico: El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad.

8.8 Programas prioritarios: Son aquellos que se vinculan directamente al cumplimiento de los objetivos nacionales de desarrollo social en materia de salud, su implementación, por lo tanto, busca elevar el nivel de desarrollo humano e incrementar las oportunidades de la población. Estos programas están contenidos en los siguientes instrumentos de política y planeación nacional: Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial; Programas Institucionales, Programa de Egresos de la Federación.

8.9 Sistema Nacional de Administración de la Capacitación: El Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud se define como el sitio Web: http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php, en el que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados deben capturar la información relativa al proceso de capacitación del personal del área médica de la institución: Identificación de Necesidades de Capacitación, Programa Específico de Capacitación e Informe de Actividades de Capacitación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio
10.2 Reglamento de Capacitación
10.3 Resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación.

10.1 OFICIO

DGCES-DC
México, Ciudad de México a …

Usuarios estatales del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación

Como es de su conocimiento, el proceso de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud cuenta con una herramienta informática: **Sistema Nacional de Administración de la Capacitación (SNAC)** para registrar, procesar y consultar la información que se deriva de dicho proceso, por lo que resulta fundamental mantener esa información actualizada para integrar el Diagnóstico Nacional y Programa Institucional de Capacitación, conforme lo establece el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

Para cumplir con lo anterior, primero es necesario hacer el cierre del proceso de capacitación …, para lo cual los responsables de capacitación a nivel estatal, jurisdiccional y de unidades hospitalarias registrados en el SNAC deben validar los eventos de capacitación registrados en dicho sistema y cuya fecha de programación ya se haya cumplido.

Posteriormente, la captura de información relativa al proceso de capacitación … iniciará con la habilitación de los formularios de los módulos **Identificación de Necesidades de Capacitación y Programa Específico de Capacitación** de acuerdo con las fechas que se establecen en el cronograma anexo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un saludo.

ATENTAMENTE

EL DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

10.2 REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN

CAPITULADO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO II. DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES PARA SU CAPACITACIÓN

CAPÍTULO III DE LAS COMISIONES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN PRIMERA

DE SU OBJETO Y FUNCIONAMIENTO

SECCIÓN SEGUNDA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN TERCERA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES CENTRALES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN CUARTA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES AUXILIARES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

CAPITULO IV DE LA GESTIÓN DE CAPACITACIÓN

CAPITULO V DE LA ACREDITACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA

EL DESEMPEÑO Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO

CAPITULO VI DE LOS TIPOS DE BECAS Y AUTORIZACIONES ARTÍCULOS TRANSITORIOS

10.3 RESULTADOS DE LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.

Se pueden ver en el sitio Web: http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php

2. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos para elaborar el Programa Específico de Capacitación del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud, para dar respuesta a las necesidades de capacitación detectadas en el proceso de Identificación de Necesidades de Capacitación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes emiten las instrucciones para elaborar el programa específico de capacitación a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud quien a su vez gira las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación, que coordine la elaboración del programa específico de capacitación del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, en lo que corresponde al personal del Área Médica, para que elaboren su Programa Específico de Capacitación, quienes enviarán sus programas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien los concentrará y así integrar el Programa Institucional de Capacitación del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Programa Específico de Capacitación elaborado por las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, deberá orientarse al desarrollo del capital humano de la institución, de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.2 El Programa Específico de Capacitación, deberá ser congruente con los resultados de la Identificación de Necesidades de Capacitación de cada unidad administrativa de nivel central, órgano desconcentrado y descentralizado, federal y estatal de la Secretaría de Salud, a fin de que la Dirección de Educación en Salud pueda integrar el Programa Institucional de Capacitación.

3.3 Preferentemente el Programa deberá cubrir el 100% de los trabajadores del área médica, adscritos a cada unidad administrativa de nivel central, órgano desconcentrado y descentralizado, federal y estatal de la Secretaría de Salud.

3.4 La elaboración del Programa Específico de Capacitación de cada unidad administrativa de nivel central, órgano desconcentrado y descentralizado, federal y estatal de la Secretaría de Salud, deberá realizarse con apego a lo establecido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, las Condiciones Generales de Trabajo y el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

3.5 Los lineamientos y procedimiento para la elaboración del Programa Específico de Capacitación, deberán ser emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud.

3.6 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud, es la única facultada para la adecuación de los lineamientos y procedimiento para la elaboración del Programa Específico de Capacitación del personal de la Secretaría de Salud.

3.7 Los lineamientos y procedimiento deberán ser difundidos de manera oficial en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a su aprobación, por parte de la Dirección de Educación en Salud.

3.8 El área de capacitación de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, coordinarán y darán seguimiento a los avances alcanzados por las unidades de su área de competencia en la realización del Programa Específico de Capacitación.

3.9 La elaboración del Programa Específico de Capacitación, por parte de cada unidad administrativa de nivel central, órgano desconcentrado y descentralizado, federal y estatal de la Secretaría de Salud, deberá realizarse del 1º al 30 de noviembre de cada año.

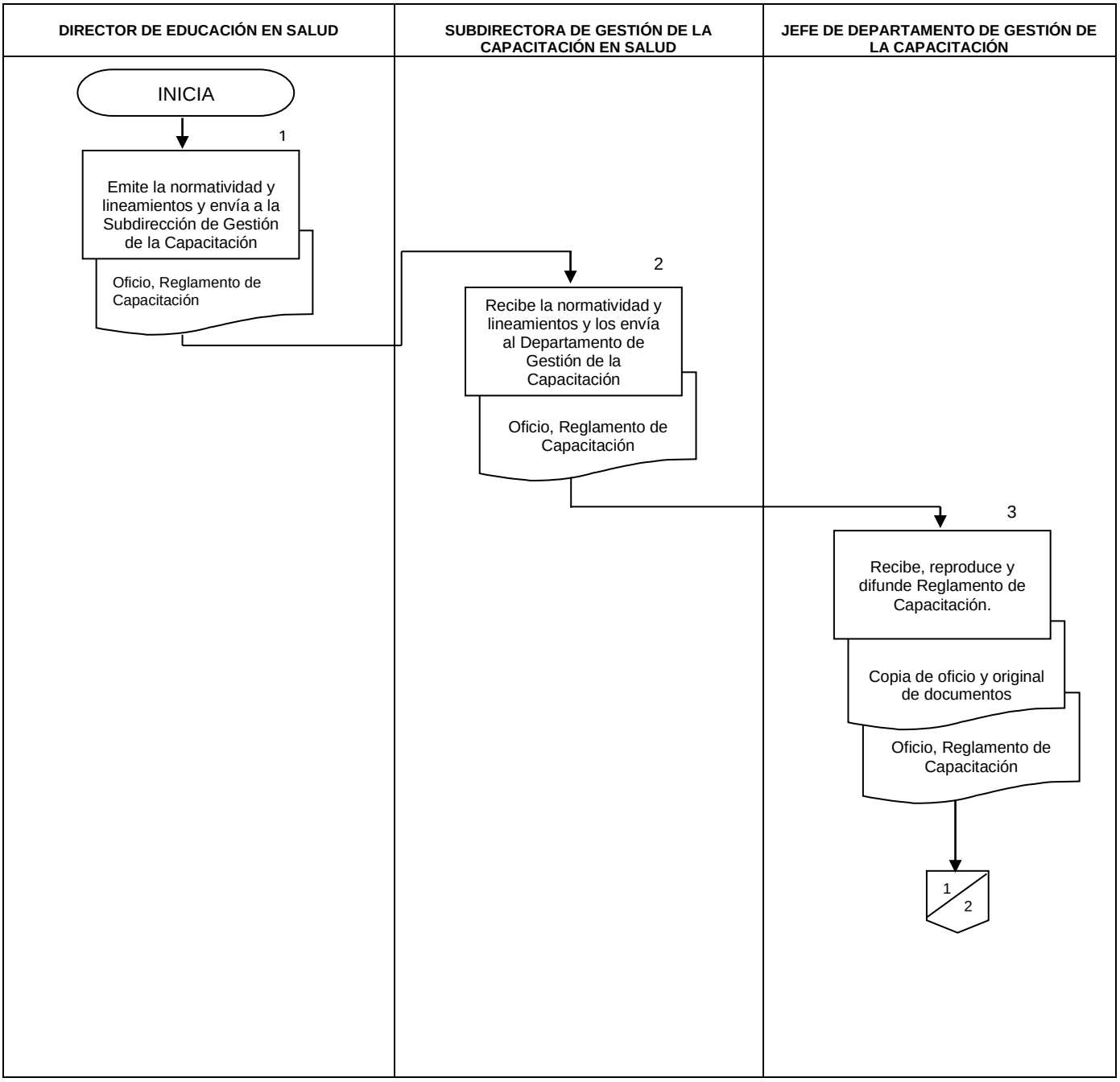
3.10 A la Dirección de Educación en Salud le corresponde administrar el Sistema Nacional de Administración de la Capacitación y dar seguimiento a los avances en la elaboración del Programa Específico de Capacitación en las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

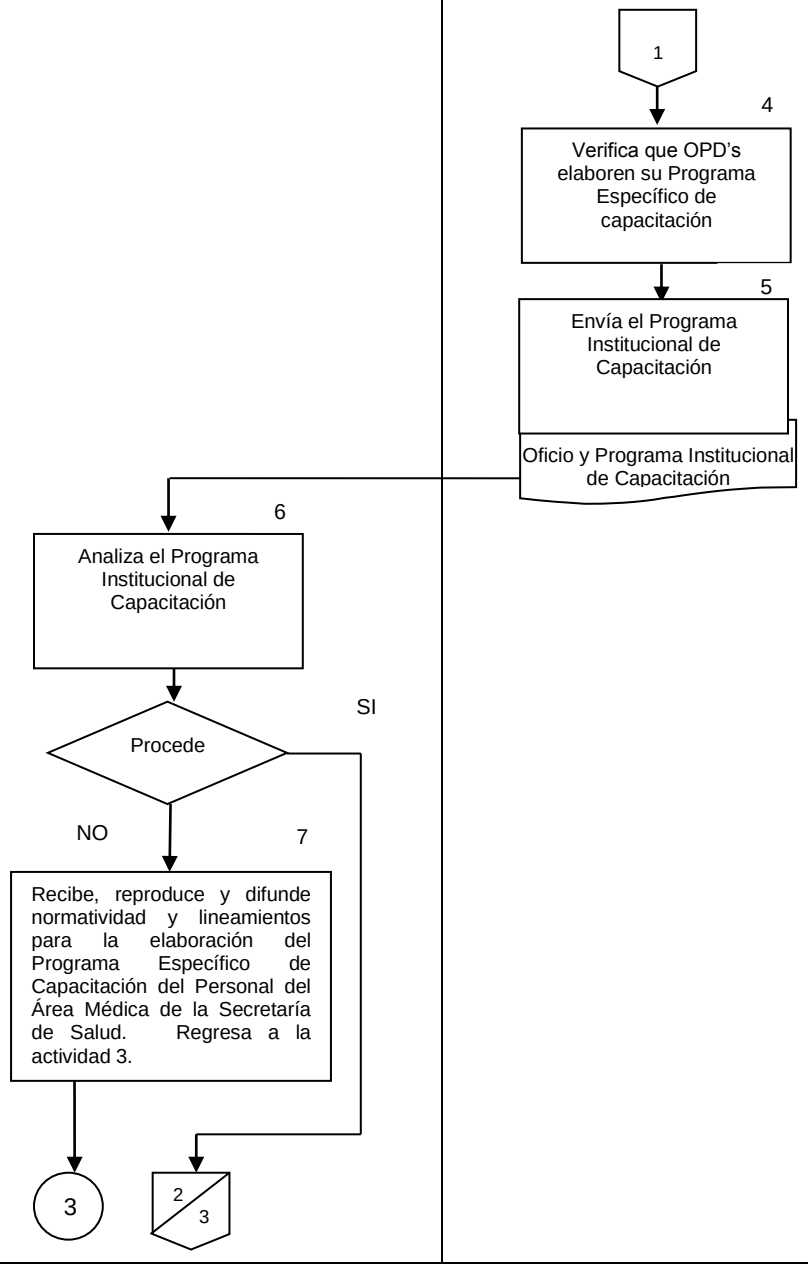
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud.	**1**	Emite la normatividad y lineamientos aplicables para elaborar el Programa Específico de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud y los envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud.	**2**	Recibe la normatividad y lineamientos para la elaboración del Programa Específico de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud y los envía al Departamento de Gestión de la Capacitación, para su difusión.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación.	**3**	Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la elaboración del Programa Específico de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.	• Oficio y Reglamento de Capacitación
	4	Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados elaboren su Programa Específico de capacitación y analiza la información.	• Oficio, y Reglamento de Capacitación
	5	Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud el Programa Institucional de Capacitación.	• Oficio y Programa Institucional de Capacitación.
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud.	**6**	Recibe el Programa Institucional de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. Procede:	
	7	No: Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la elaboración del Programa Específico de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud. Regresa a la actividad 3.	
	8	Si: Continúa el procedimiento. Envía el Programa Institucional de Capacitación a la Dirección de Educación en Salud.	• Oficio y Programa Institucional de Capacitación.
Director de Educación en Salud.	**9**	Analiza el Programa Institucional de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. Procede:	

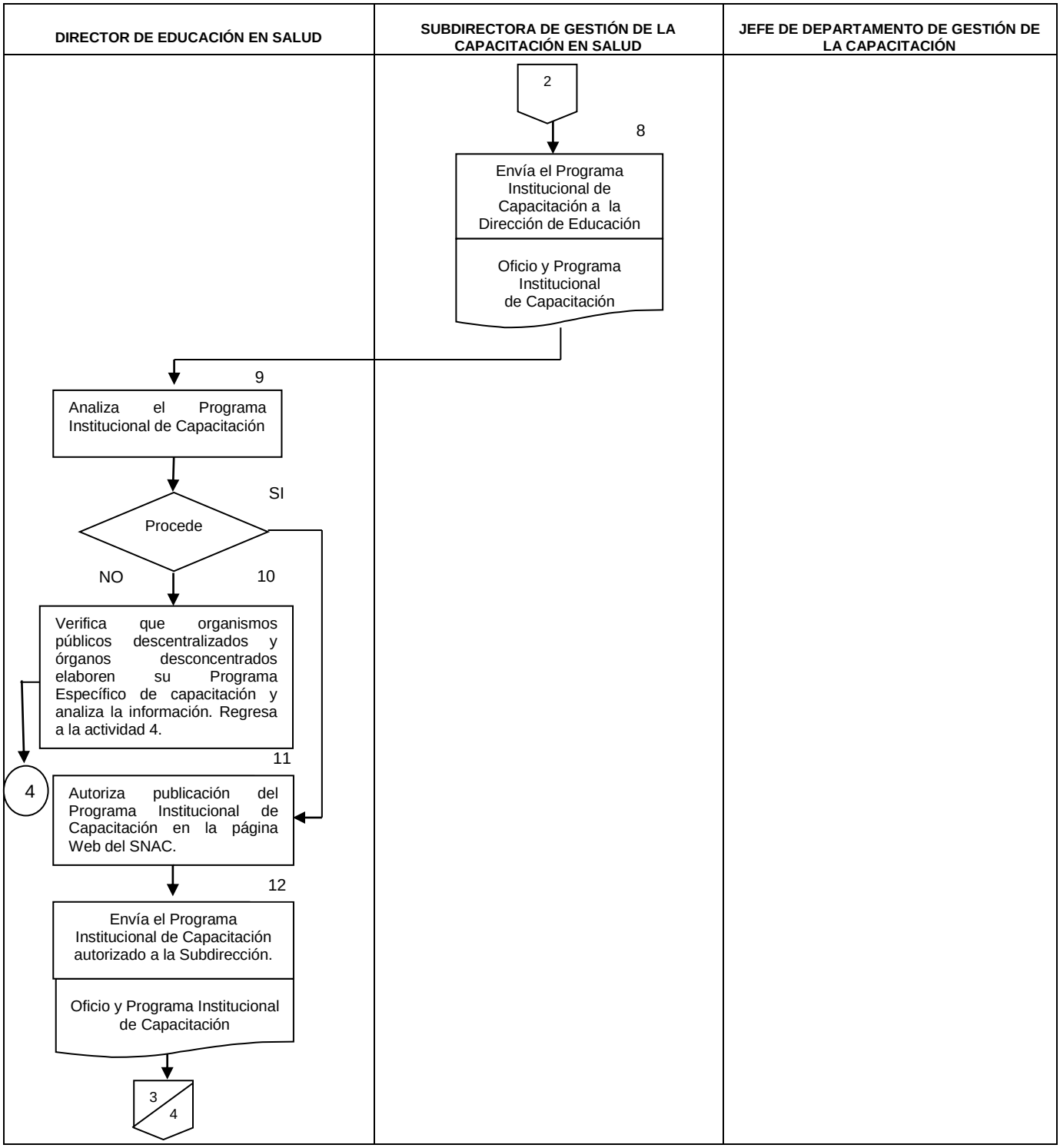
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	10	No: Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados elaboren su Programa Específico de capacitación y analiza la información. Regresa a la actividad 4.	
	11	Si: Continúa Procedimiento. Autoriza publicación del Programa Institucional de Capacitación en la página Web del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación.	
	12	Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud el Programa Institucional de Capacitación, autorizado.	• Oficio y Programa Institucional de Capacitación.
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud.	**13**	Recibe el Programa Institucional de Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizados para su publicación.	• Oficio y Programa Institucional de Capacitación autorizado
	14	Envía al Departamento el Programa Institucional de Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizado para su publicación.	
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación.	**15**	Recibe el Programa Institucional de Capacitación Institucional de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizado para su publicación.	
	16	Publica en la página Web del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación el Programa Institucional de Capacitación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

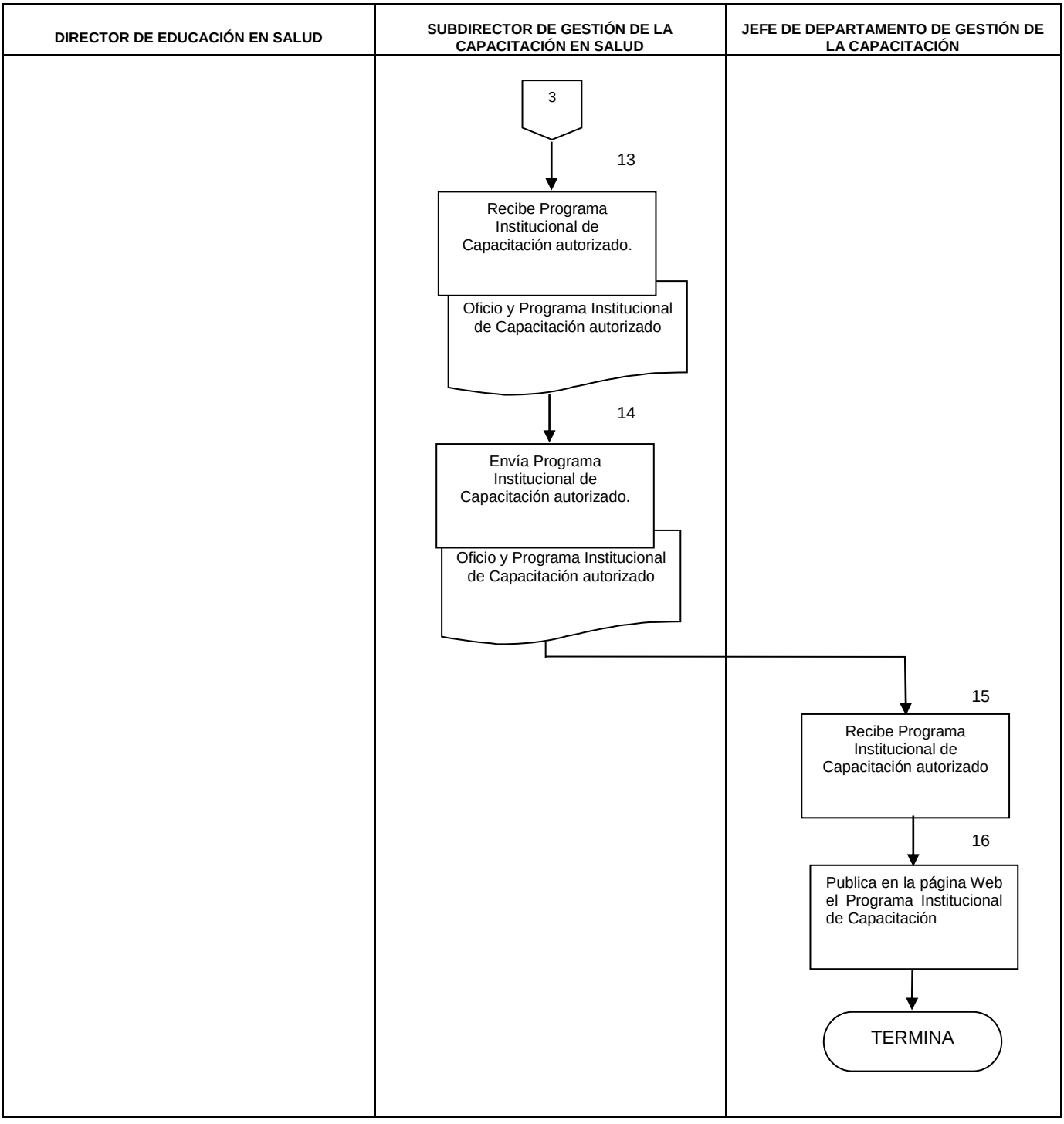
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
2
8
Envía el Programa Institucional de Capacitación a la Dirección de Educación
Oficio y Programa Institucional de Capacitación
9
Analiza el Programa Institucional de Capacitación
SI
Procede
NO
10
Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados elaboren su Programa Específico de capacitación y analiza la información. Regresa a la actividad 4.
11
4
Autoriza publicación del Programa Institucional de Capacitación en la página Web del SNAC.
12
Envía el Programa Institucional de Capacitación autorizado a la Subdirección.
Oficio y Programa Institucional de Capacitación
3
4


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
3
13
Recibe Programa Institucional de Capacitación autorizado.
Oficio y Programa Institucional de Capacitación autorizado
14
Envía Programa Institucional de Capacitación autorizado.
Oficio y Programa Institucional de Capacitación autorizado
15
Recibe Programa Institucional de Capacitación autorizado
16
Publica en la página Web el Programa Institucional de Capacitación
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	No aplica
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	No aplica
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No aplica
6.4 Acuerdo Secretarial No. 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	No aplica
6.5 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	No aplica
6.6 Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Específico de Capacitación	6 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ámbito laboral: Comprende la estructura técnico- administrativa, el ámbito físico de trabajo. la relación entre áreas internas, clima social y las condiciones de realización del trabajo, la interacción de estos elementos influye positiva o negativamente en el desarrollo presente o futuro de la organización.

8.2 Área médica: Comprende exclusivamente a trabajadores del grupo médico que a su vez se clasifica en las ramas médica, paramédica y afín.

8.3 Capacitación: Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.
b) De preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación actualmente llamado “pie de rama”.
c) De prevenir riesgos de trabajo, y
d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

8.4 Programa Específico de Capacitación.- Es la compilación de carácter anual, de las acciones y/o eventos de capacitación de cada una de las unidades administrativas del sector central de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados, así como los organismos públicos descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud.

8.5 Programa Institucional de Capacitación.- Es la integración anual de los programas específicos de capacitación de las unidades administrativas del sector central, órganos desconcentrados y órganos públicos descentralizados de la Secretaría de Salud.

8.5 Sistema Nacional de Administración de la Capacitación: El Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud se define como el sitio Web: http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php, en el que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados deben capturar la información relativa al proceso de capacitación del personal del área médica de la institución: Identificación de Necesidades de Capacitación, Programa Específico de Capacitación e Informe de Actividades de Capacitación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio
10.2 Reglamento de Capacitación
10.3 Programa Institucional de Capacitación

10.1 OFICIO

DGCES-DC
México, Ciudad de México a …

Usuarios estatales del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación

Como es de su conocimiento, el proceso de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud cuenta con una herramienta informática: **Sistema Nacional de Administración de la Capacitación (SNAC)** para registrar, procesar y consultar la información que se deriva de dicho proceso, por lo que resulta fundamental mantener esa información actualizada para integrar el Diagnóstico Nacional y Programa Institucional de Capacitación, conforme lo establece el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

Para cumplir con lo anterior, primero es necesario hacer el cierre del proceso de capacitación …, para lo cual los responsables de capacitación a nivel estatal, jurisdiccional y de unidades hospitalarias registrados en el SNAC deben validar los eventos de capacitación registrados en dicho sistema y cuya fecha de programación ya se haya cumplido.

Posteriormente, la captura de información relativa al proceso de capacitación … iniciará con la habilitación de los formularios de los módulos **Identificación de Necesidades de Capacitación y Programa Específico de Capacitación** de acuerdo con las fechas que se establecen en el cronograma anexo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un saludo.

ATENTAMENTE

EL DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

10.2 REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN

CAPITULADO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO II. DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES PARA SU CAPACITACIÓN

CAPÍTULO III DE LAS COMISIONES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN PRIMERA

DE SU OBJETO Y FUNCIONAMIENTO

SECCIÓN SEGUNDA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN TERCERA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES CENTRALES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN CUARTA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES AUXILIARES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

CAPITULO IV DE LA GESTIÓN DE CAPACITACIÓN

CAPITULO V DE LA ACREDITACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA

EL DESEMPEÑO Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO

CAPITULO VI DE LOS TIPOS DE BECAS Y AUTORIZACIONES ARTÍCULOS TRANSITORIOS

10.3 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Se pueden ver en el sitio Web: http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php

3. PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO Y REGISTRO DE CRÉDITOS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA EN LA SECRETARÍA DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos para el Otorgamiento y Registro de Créditos de Capacitación a los participantes en eventos de capacitación de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes emiten las instrucciones para el establecimiento de los lineamientos a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud quien gira las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación, para que Promueva y vigile que las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como a los servicios estatales de salud otorguen y registren los créditos de capacitación del personal adscrito a sus áreas. Lo cual deberá permitir que sean equitativos los movimientos escalafonarios de los trabajadores de la Secretaría de Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como a los servicios estatales de salud, para que otorguen y registren créditos de capacitación a los participantes en eventos de capacitación. Lo que deberá permitir que sean equitativos los movimientos escalafonarios de los trabajadores.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como los servicios estatales de salud, deberán considerar los resultados aprobatorios de las evaluaciones correspondientes, así como lo señalado por la Dirección de Educación en Salud, las Condiciones Generales de Trabajo y el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

3.2 En caso de que las evaluaciones no resulten aprobatorias, las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como los servicios estatales de salud, solamente expedirán constancia de asistencia, siempre que se cuente con un mínimo de 80% de asistencia conforme a los lineamientos emitidos por la Dirección de Educación en Salud.

3.3 Las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como los servicios estatales de salud, deberán realizar un informe semestral de créditos de capacitación de los participantes, el cual en caso de ser requerido deberá ser enviado a la Dirección de Educación en Salud.

3.4 Los lineamientos y procedimientos para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación deberán ser emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud.

3.5 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud es la única facultada para la adecuación de los lineamientos y procedimientos para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación del personal de la Secretaría de Salud.

3.6 Los lineamientos y procedimientos deberán ser difundidos de manera oficial, por la Dirección de Educación en Salud, en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a su aprobación.

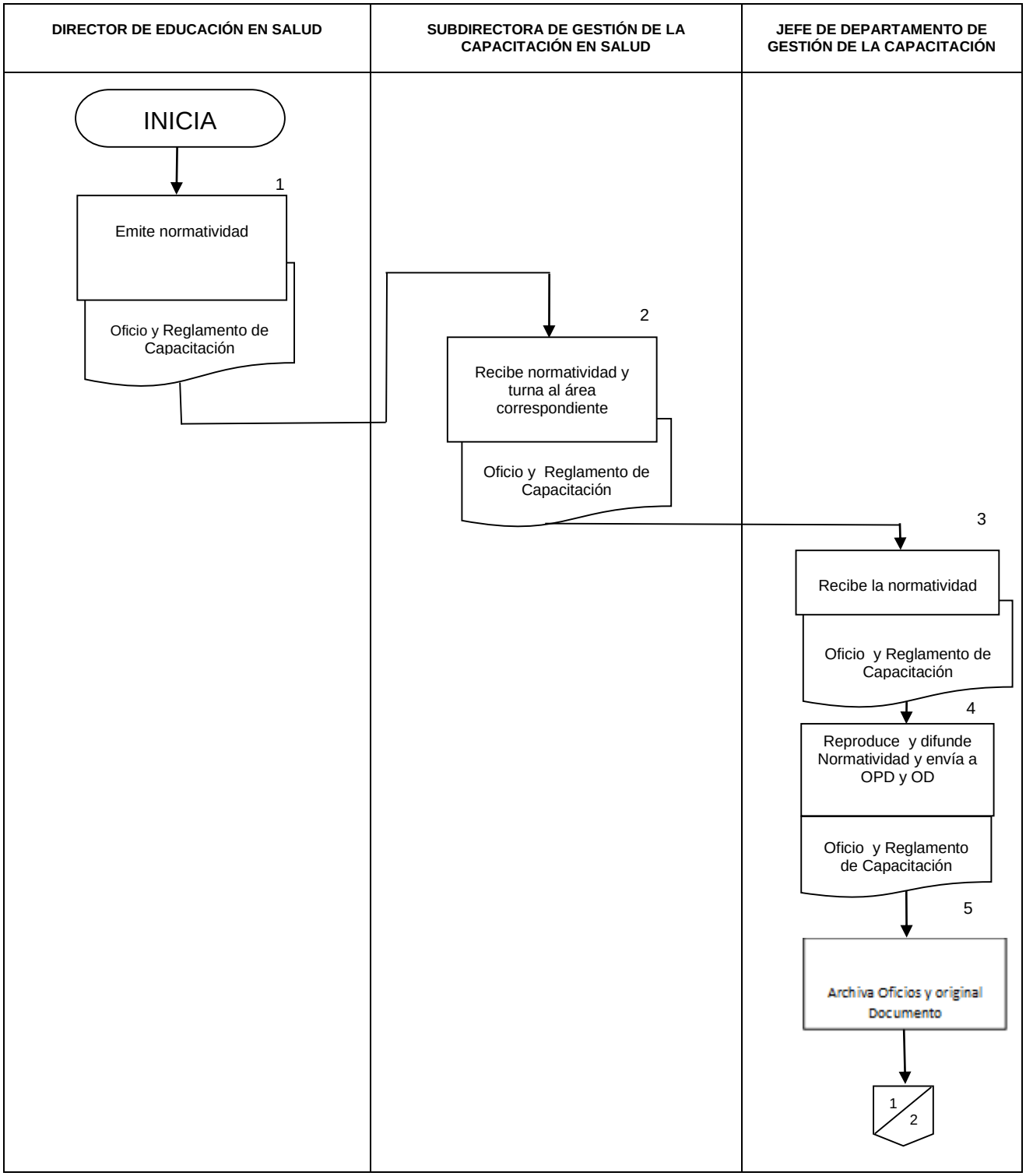
3.7 Las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como los servicios estatales de salud, deberán otorgar y registrar los créditos de los participantes en eventos de capacitación, lo que será verificado por la Dirección de Educación en Salud.

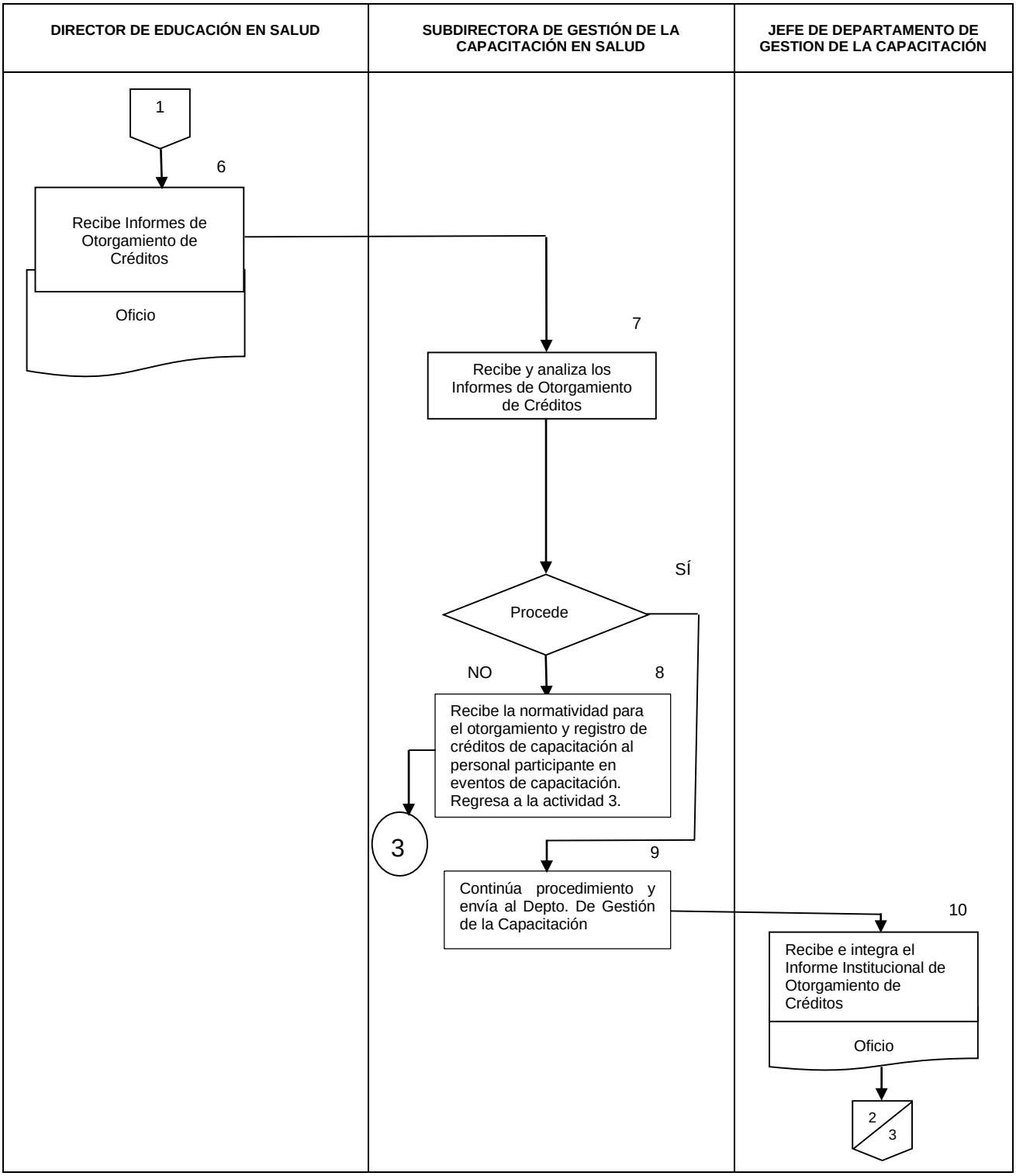
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

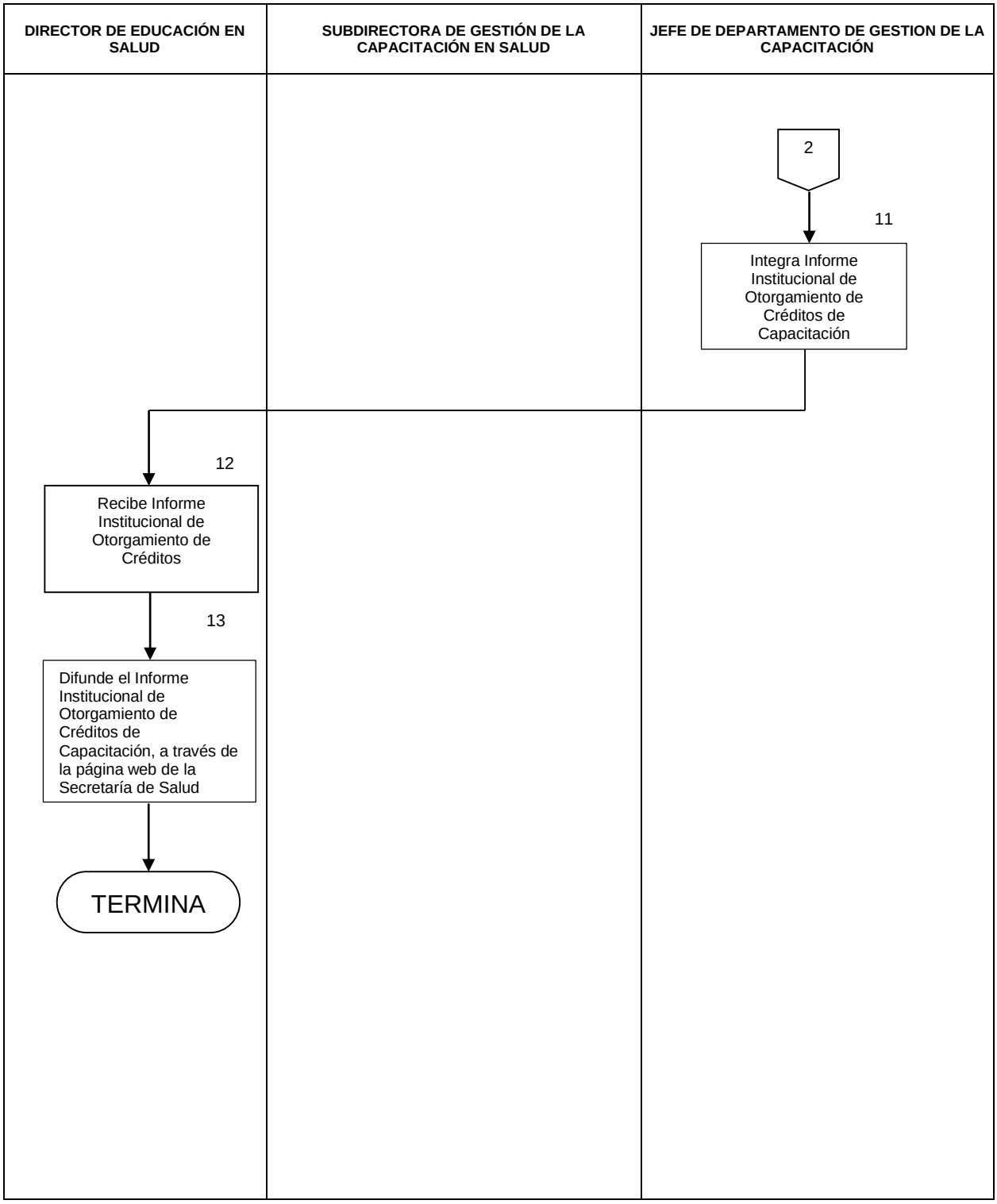
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud.	**1**	Emite normatividad aplicable para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación del personal participante en eventos de capacitación.	• Oficio y Reglamento de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**2**	Recibe la normatividad y proporciona los lineamientos para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación al personal participante en eventos de capacitación al Departamento de Gestión de la Capacitación.	• Oficio y Reglamento de Capacitación
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación	**3** **4** **5**	Recibe la normatividad para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación al personal participante en eventos de capacitación. Reproduce normatividad y envía oficio de difusión a Organismos Públicos Descentralizados y Órganos Desconcentrados para su aplicación. Archiva copia de oficios y original de documentos.	• Oficio y Reglamento de Capacitación
Director de Educación en Salud.	**6**	Recibe los informes de otorgamiento de créditos y los analiza e instruye a la Subdirección de Gestión de la Capacitación para su control	
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**7** **8**	Recibe los informes de otorgamiento de créditos conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. . Procede: No: Recibe la normatividad para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación al	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		personal participante en eventos de capacitación. Regresa a la actividad 3.	
	9	Sí: Continúa procedimiento. Envía al Departamento de Gestión de la Capacitación para su integración.	
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación	**10**	Recibe los informes de otorgamiento de créditos de capacitación para su integración.	
	11	Integra el Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos de Capacitación y turna a la Dirección de Educación en Salud para su publicación.	
Director de Educación en Salud.	**12**	Recibe el Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos de Capacitación.	
	13	Difunde el Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos de Capacitación, a través de la página web de la Secretaría de Salud. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
1
6
Recibe Informes de Otorgamiento de Créditos
Oficio
7
Recibe y analiza los Informes de Otorgamiento de Créditos
SÍ
Procede
NO
8
Recibe la normatividad para el otorgamiento y registro de créditos de capacitación al personal participante en eventos de capacitación. Regresa a la actividad 3.
3
9
Continúa procedimiento y envía al Depto. De Gestión de la Capacitación
10
Recibe e integra el Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos
Oficio
2
3


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
2
11
Integra Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos de Capacitación
12
Recibe Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos
13
Difunde el Informe Institucional de Otorgamiento de Créditos de Capacitación, a través de la página web de la Secretaría de Salud
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Créditos	Permanente	Responsables de la Administración de Recursos Humanos de los Entes de la Secretaría de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Crédito. Unidad de medida que determina la cantidad y calidad de la capacitación recibida por un trabajador. Equivale a ocho horas de actividades teóricas de enseñanza continúa o a dieciséis horas cuando se trate de capacitación práctica y no requiera de estudio o trabajo adicional fuera del horario de labores del trabajador.

8.2 Evaluación. Etapa del Proceso educacional que tiene por fin comprobar de modo sistemático en qué medida se han logrado los resultados previstos en los objetivos que se hubieran especificado con antelación.

8.3 Informe Institucional. Es la integración de los informes elaborados y enviados por las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como de los servicios estatales de salud a la Dirección de Educación en Salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio
10.2 Reglamento de Capacitación

10.1 OFICIO

DGCES-DC
México, Ciudad de México a …

Usuarios estatales del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación

Como es de su conocimiento, el proceso de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud cuenta con una herramienta informática: **Sistema Nacional de Administración de la Capacitación (SNAC)** para registrar, procesar y consultar la información que se deriva de dicho proceso, por lo que resulta fundamental mantener esa información actualizada para integrar el Diagnóstico Nacional y Programa Institucional de Capacitación, conforme lo establece el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

Para cumplir con lo anterior, primero es necesario hacer el cierre del proceso de capacitación …, para lo cual los responsables de capacitación a nivel estatal, jurisdiccional y de unidades hospitalarias registrados en el SNAC deben validar los eventos de capacitación registrados en dicho sistema y cuya fecha de programación ya se haya cumplido.

Posteriormente, la captura de información relativa al proceso de capacitación … iniciará con la habilitación de los formularios de los módulos **Identificación de Necesidades de Capacitación y Programa Específico de Capacitación** de acuerdo con las fechas que se establecen en el cronograma anexo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un saludo.

ATENTAMENTE

EL DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

10.2 REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN

CAPITULADO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO II. DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES PARA SU CAPACITACIÓN

CAPÍTULO III DE LAS COMISIONES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN PRIMERA

DE SU OBJETO Y FUNCIONAMIENTO

SECCIÓN SEGUNDA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN TERCERA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES CENTRALES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN CUARTA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES AUXILIARES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

CAPITULO IV DE LA GESTIÓN DE CAPACITACIÓN

CAPITULO V DE LA ACREDITACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA

EL DESEMPEÑO Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO

CAPITULO VI DE LOS TIPOS DE BECAS Y AUTORIZACIONES ARTÍCULOS TRANSITORIOS

4. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR EL INFORME DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos para integrar el Informe de Actividades del personal del Área Médica de la Secretaría de Salud, con el fin de dar seguimiento a las acciones de capacitación que se desarrollan en la institución.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes emiten las instrucciones a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud para que de seguimiento a las acciones de capacitación y gire las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación, para que integre los informes relativos a dichas actividades, de capacitación de los trabajadores de la institución. Este procedimiento permite mostrar evidencia de la aplicación del procedimiento de capacitación a los trabajadores del Área Médica de la Secretaría de Salud

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, en lo que corresponde al personal del Área Médica, para que elaboren sus informes relativos a las actividades de capacitación que se realicen en dichas unidades y los envíen a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Este procedimiento permite mostrar evidencia de la aplicación del procedimiento de capacitación a los trabajadores adscritos a las áreas mencionadas

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los lineamientos y procedimientos para el seguimiento de las actividades de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud serán emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Educación en Salud es la única facultada para la adecuación de los lineamientos y procedimiento para el seguimiento de las actividades de capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.

3.3 Los lineamientos y procedimiento deberán ser difundidos de manera oficial en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a su aprobación, por parte de la Dirección de Educación en Salud.

3.4 El área de capacitación de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, deberán validar posterior a la fecha en que se programó cada evento, si éste se realizó, se realizó diferido o no se realizó, en el módulo Programa Específico de Capacitación del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación, con el fin de que sea posible generar los informes necesarios.

3.5 El área de capacitación de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, deberán generar los Informes de Actividades de Capacitación que requieran a lo largo del año para cubrir solicitudes de

información, así como de otras instancias y los que le solicite la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.6 El área de capacitación de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, coordinarán y darán seguimiento a los avances alcanzados por las unidades de su área de competencia en la validación de los eventos de capacitación programados.

3.7 A la Dirección de Educación en Salud le corresponde administrar el Sistema Nacional de Administración de la Capacitación y dar seguimiento a los avances en la validación de los eventos de capacitación programados en las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud.

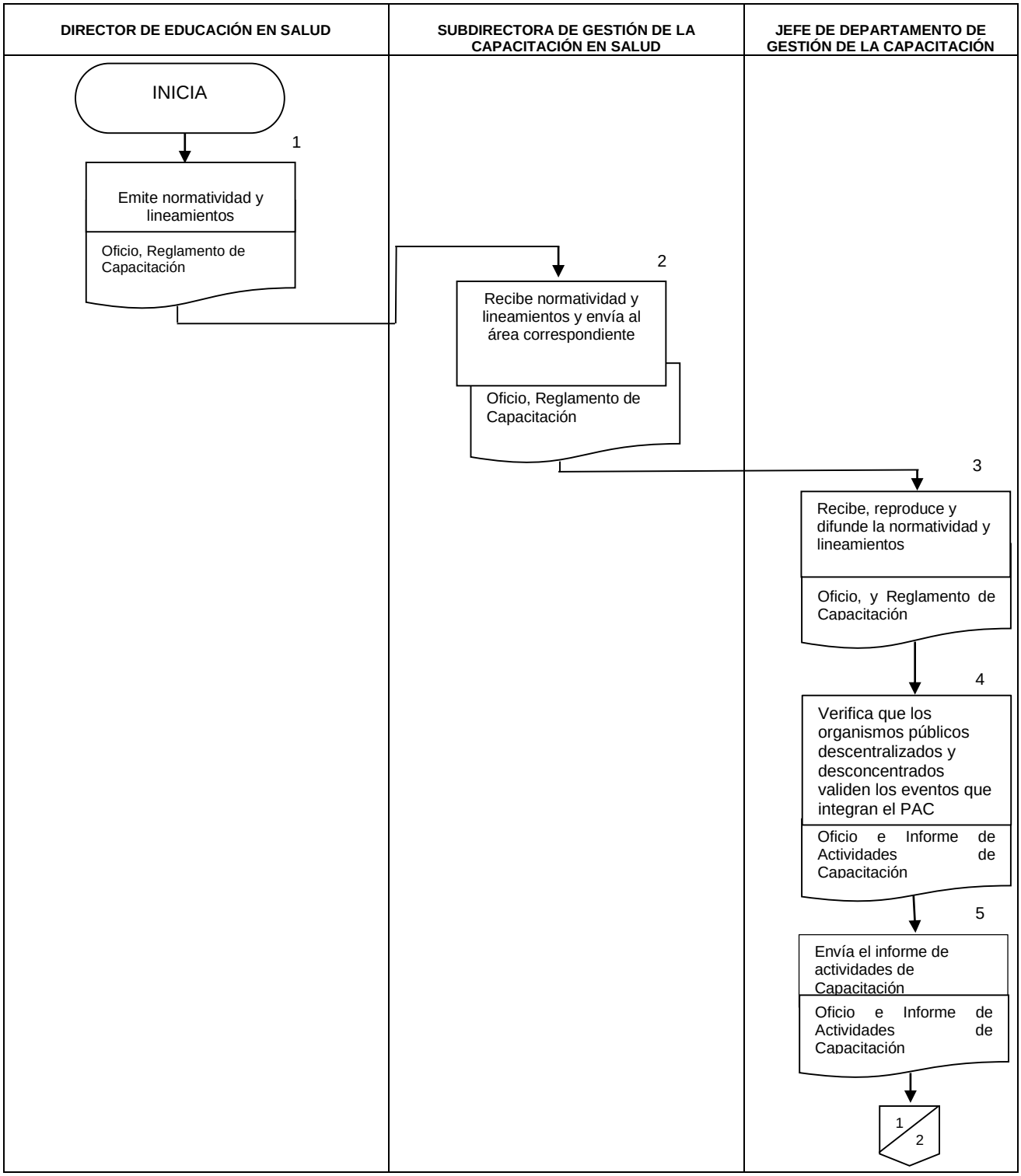
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

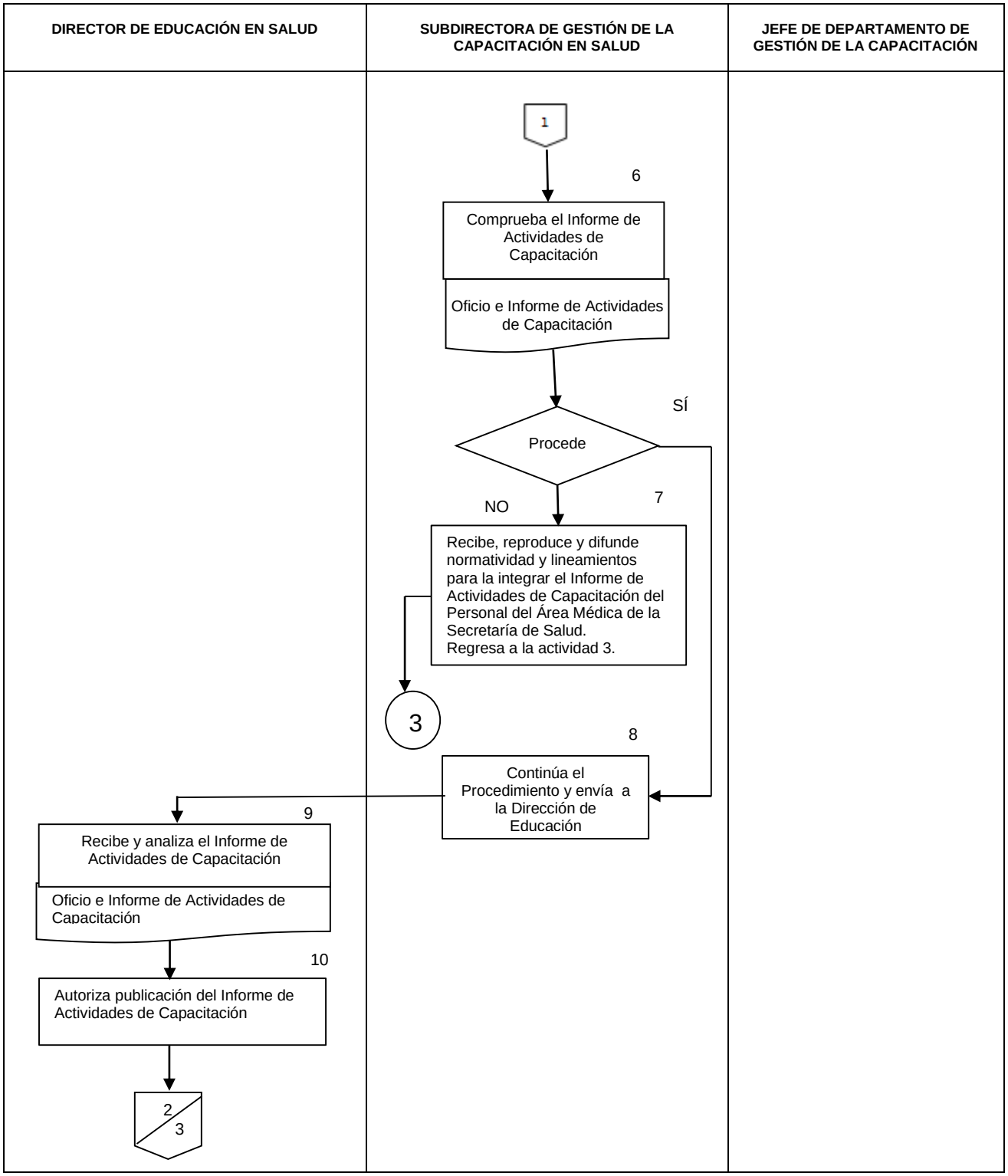
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	**1**	Emite la normatividad y lineamientos aplicables para integrar el Informe de Actividades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**2**	Recibe la normatividad y lineamientos para la integrar el Informe de Actividades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud y los envía al Departamento de Gestión de la Capacitación, para su difusión.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	**3** **4** **5**	Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la integrar el Informe de Actividades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud. Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados validen los eventos que integran el Programa Específico de Capacitación y analiza la información. Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud el Informe de Actividades de Capacitación.	• Oficio, Reglamento de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**6** **7** **8**	Comprueba el Informe de Actividades de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. Procede: No: Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la integrar el Informe de Actividades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud. Regresa a la actividad 3. Sí: Continúa el procedimiento. Envía a la Dirección de Educación en Salud.	• Oficio e Informe de Actividades de Capacitación

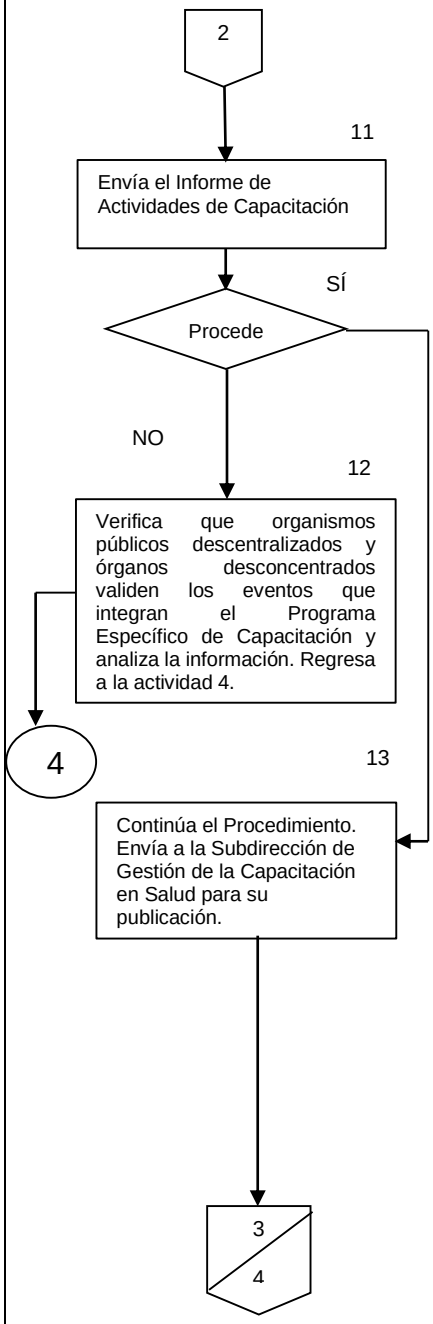
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	**9**	Analiza el Informe de Actividades de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos.	• Oficio e Informe de Actividades de Capacitación
	10	Autoriza publicación del Informe de Actividades de Capacitación en la página Web del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación.	
	11	Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud Informe de Actividades de Capacitación, autorizado.	
		Procede:	
	12	No: Verifica que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados validen los eventos que integran el Programa Específico de Capacitación y analiza la información. Regresa a la actividad 4.	
	13	Sí: Continúa Procedimiento Envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud para su publicación.	
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**14**	Recibe el Informe de Actividades de Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizado para su publicación.	• Oficio e Informe de Actividades de Capacitación autorizado
	15	Envía al Departamento el Informe de Actividades Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizado para su publicación.	
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación	**16**	Recibe el Informe de Actividades de Capacitación de organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, autorizado para su publicación.	

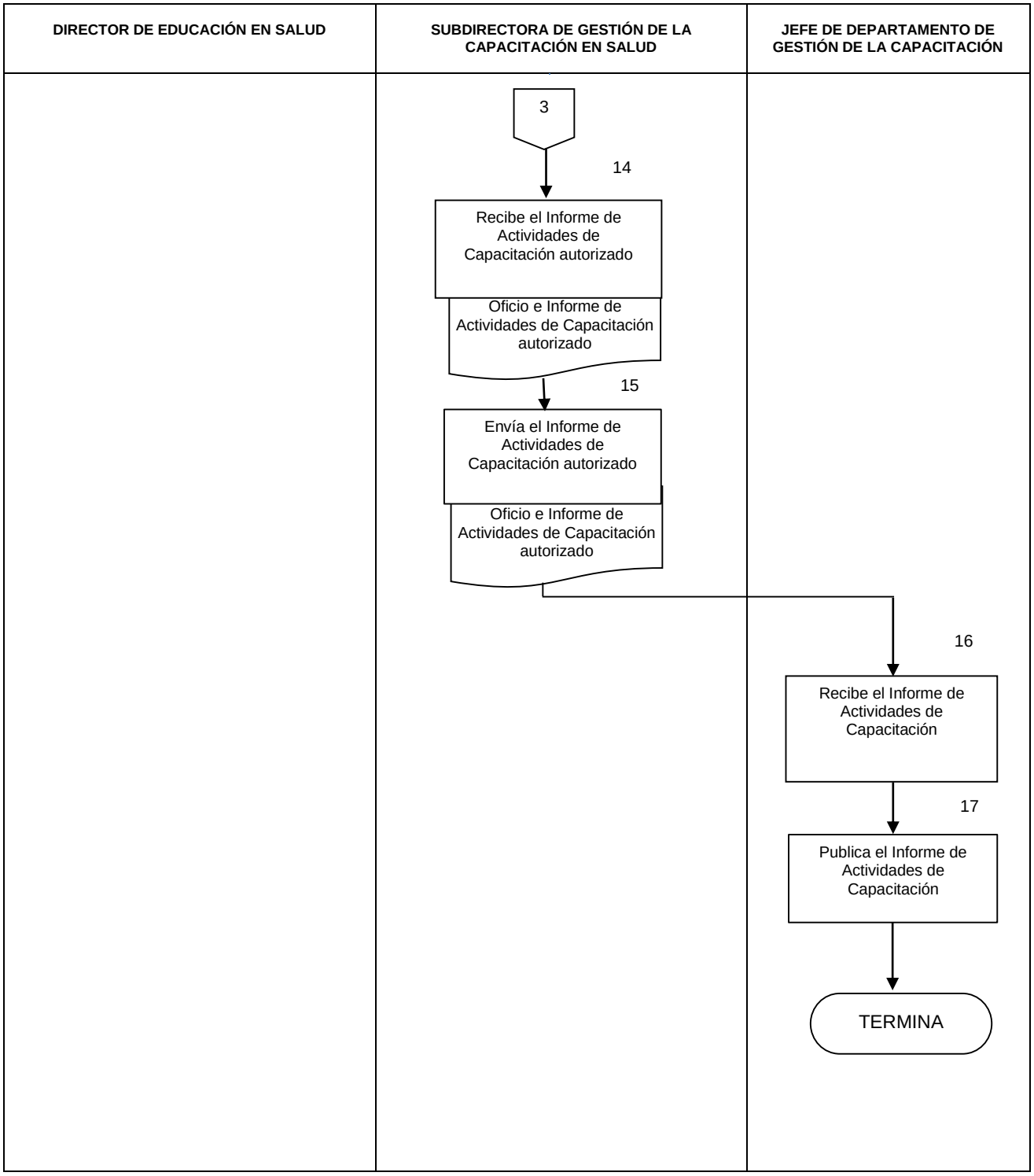
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	17	Publica en la página web del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación el Informe de Actividades de Capacitación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
1
6
Comprueba el Informe de Actividades de Capacitación
Oficio e Informe de Actividades de Capacitación
Procede
SÍ
NO
7
Recibe, reproduce y difunde normatividad y lineamientos para la integrar el Informe de Actividades de Capacitación del Personal del Área Médica de la Secretaría de Salud.
Regresa a la actividad 3.
3
8
Continúa el Procedimiento y envía a la Dirección de Educación
9
Recibe y analiza el Informe de Actividades de Capacitación
Oficio e Informe de Actividades de Capacitación
10
Autoriza publicación del Informe de Actividades de Capacitación
2
3

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
		


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
3
14
Recibe el Informe de Actividades de Capacitación autorizado
Oficio e Informe de Actividades de Capacitación autorizado
15
Envía el Informe de Actividades de Capacitación autorizado
Oficio e Informe de Actividades de Capacitación autorizado
16
Recibe el Informe de Actividades de Capacitación
17
Publica el Informe de Actividades de Capacitación
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe de Actividades de Capacitación	6 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actividad de capacitación: Son las acciones de capacitación tales como: cursos, seminarios, jornadas, talleres, simposio, congresos, charlas, e-learning, las cuales constituyen el medio por el cual los individuos se actualizan y encuentran oportunidades de aprendizaje para cubrir sus necesidades de capacitación.

8.2 Área médica: Comprende exclusivamente a trabajadores del grupo médico que a su vez se clasifica en las ramas médica, paramédica y afín.

8.3 Capacitación: Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.
b) De preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación actualmente llamado “pie de rama”.
c) De prevenir riesgos de trabajo, y
d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

8.4 Informe de Actividades de Capacitación: Relación de acciones de capacitación desarrolladas en un periodo determinado, de acuerdo con los criterios de búsqueda de información definidos por el

administrador de capacitación y que contempla el módulo Informe de Actividades de Capacitación del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación.

8.5 Sistema Nacional de Administración de la Capacitación: El Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud se define como el sitio Web: http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php, en el que organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados deben capturar la información relativa al proceso de capacitación del personal del área médica de la institución: Identificación de Necesidades de Capacitación, Programa Específico de Capacitación e Informe de Actividades de Capacitación.

8.6 Validación de actividades de capacitación: Es la acción por la cual el administrador de capacitación debe especificar si cada uno de los eventos que incluyó en el Programa Específico de Capacitación se realizó, se realizó diferido o no se realizó, así como indicar el número de asistentes reales de los eventos que se llevaron a cabo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio
10.2 Reglamento de Capacitación
10.3 Informe de Actividades de Capacitación

10.1 OFICIO

DGCES-DC
México, Ciudad de México a …

Usuarios estatales del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación

Como es de su conocimiento, el proceso de capacitación del personal del área médica de la Secretaría de Salud cuenta con una herramienta informática: **Sistema Nacional de Administración de la Capacitación (SNAC)** para registrar, procesar y consultar la información que se deriva de dicho proceso, por lo que resulta fundamental mantener esa información actualizada para integrar el Diagnóstico Nacional y Programa Institucional de Capacitación, conforme lo establece el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

Para cumplir con lo anterior, primero es necesario hacer el cierre del proceso de capacitación …, para lo cual los responsables de capacitación a nivel estatal, jurisdiccional y de unidades hospitalarias registrados en el SNAC deben validar los eventos de capacitación registrados en dicho sistema y cuya fecha de programación ya se haya cumplido.

Posteriormente, la captura de información relativa al proceso de capacitación … iniciará con la habilitación de los formularios de los módulos **Identificación de Necesidades de Capacitación y Programa Específico de Capacitación** de acuerdo con las fechas que se establecen en el cronograma anexo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un saludo.

ATENTAMENTE

EL DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

10.2 REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN

CAPITULADO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO II. DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES PARA SU CAPACITACIÓN

CAPÍTULO III DE LAS COMISIONES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN PRIMERA

DE SU OBJETO Y FUNCIONAMIENTO

SECCIÓN SEGUNDA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN TERCERA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES CENTRALES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

SECCIÓN CUARTA

DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES AUXILIARES MIXTAS DE CAPACITACIÓN

CAPITULO IV DE LA GESTIÓN DE CAPACITACIÓN

CAPITULO V DE LA ACREDITACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA

EL DESEMPEÑO Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO

CAPITULO VI DE LOS TIPOS DE BECAS Y AUTORIZACIONES ARTÍCULOS TRANSITORIOS

10.3 INFORME DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

Se pueden ver en el sitio Web: http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php

6. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PROPUESTAS DE INSTRUMENTOS DE ACUERDO EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer modelos de acuerdos de voluntades entre e instituciones educativas y de salud así como demás organismos de los sectores público, social y privado, relacionados a la formación, capacitación y actualización de recursos humanos para la salud, para la promoción de políticas educativas en salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud, se encarga de presentar la propuesta de los instrumentos de acuerdo en materia de educación en salud y la Subdirección de Políticas Educativas en Salud indica el objeto, tipo y acciones esenciales a considerar para la elaboración del instrumento, así como su evaluación; en el caso de la Dirección de Educación en Salud y Dirección General de Calidad y Educación en Salud, emiten las instrucciones para la elaboración, supervisión y autorización de los instrumentos de acuerdo en materia de educación en salud.

2.2 A nivel externo: el procedimiento puede ser aplicable a los órganos interinstitucionales en que interviene la Secretaría de Salud, las autoridades e instituciones educativas y demás organismos del sector público social y privado que participan en la celebración de convenios y otros instrumentos de acuerdo en materia de Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección de Educación en Salud se apegará en la medida de lo posible y lo aplicable a los lineamientos establecidos por la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud en el desarrollo de los modelos de instrumentos desarrollados.

3.2 Los modelos de instrumentos de acuerdo en materia de educación en salud promovidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a fin de establecer políticas educativas en salud, deben ser revisados por las instancias jurídicas de los organismos y entidades interesadas en suscribirlos, por tanto, es responsabilidad de dichos organismos y entidades realizar las gestiones jurídicas para determinar el tipo y materia del instrumento.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Políticas Educativas en Salud conocer en términos generales el ámbito funcional de las instituciones involucradas en el contexto de los modelos de instrumentos propuestos para su posible aplicación y validez al ser propuestos.

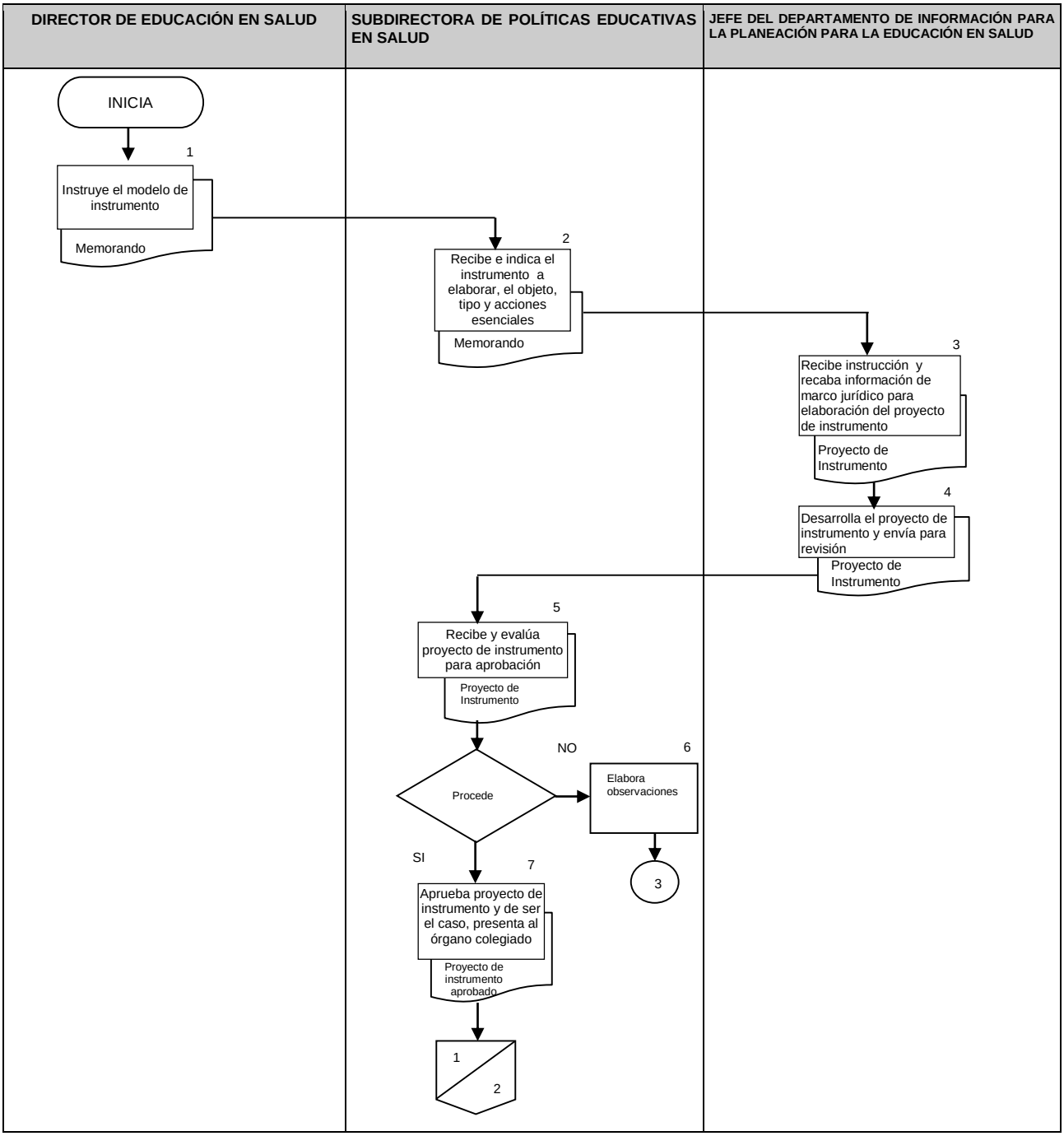
3.4 Los organismos y entidades involucradas en la suscripción de instrumentos en materia de educación en salud a celebrarse en el marco de éstos modelos de instrumentos son responsables de garantizar el cumplimiento en tiempo y forma con todas las condiciones del instrumento jurídico y hacer efectivo el acatamiento de todas las cláusulas y anexos respectivos establecidos en su firma.

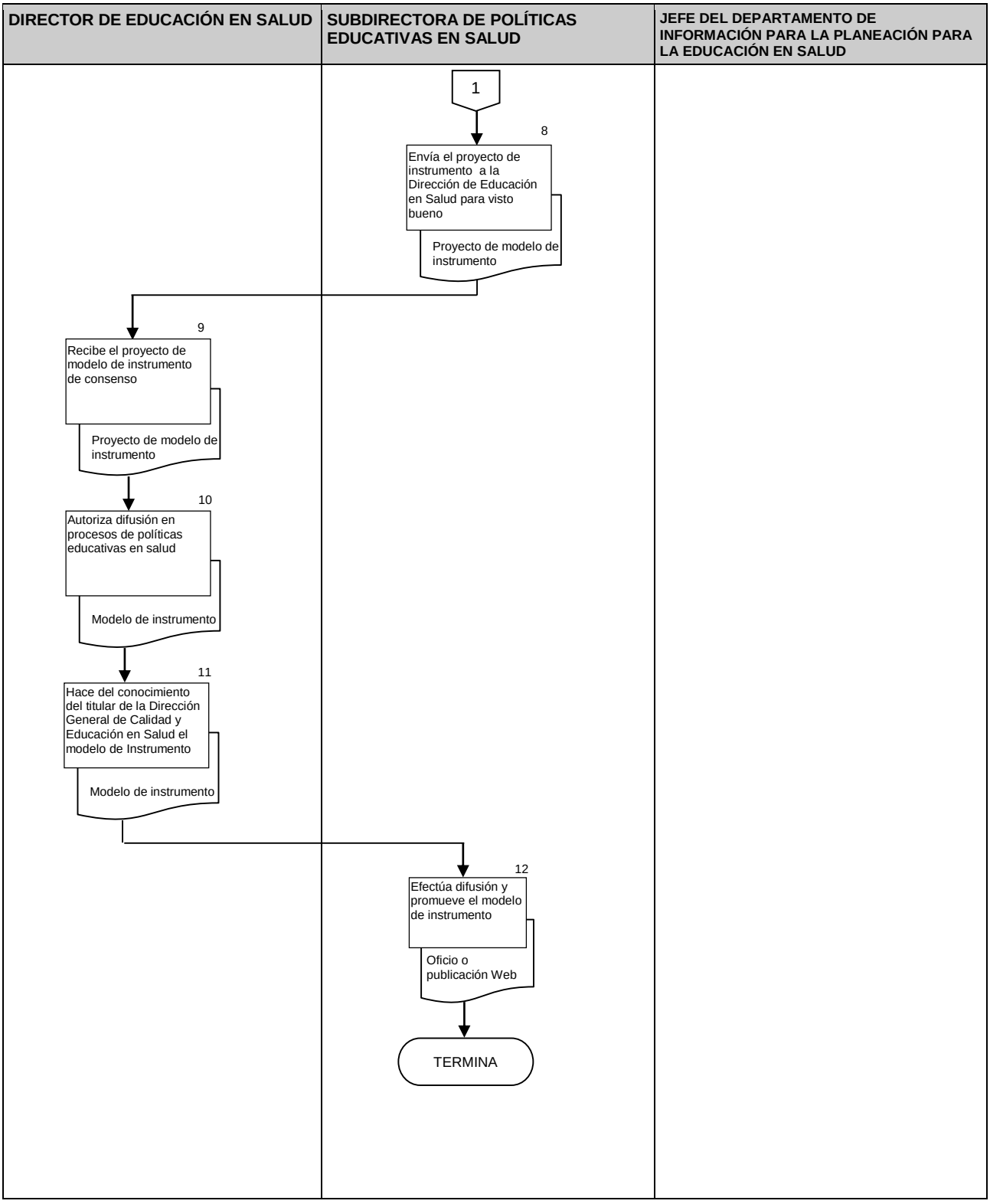
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Instruye a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud la elaboración de un modelo de proyecto de instrumento de acuerdo de colaboración.	• Memorando
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	2	Recibe e indica al Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud el objeto, tipo y acciones esenciales a considerar.	• Memorando
Jefe del Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	3 4	Recibe instrucción y recaba información respecto del marco jurídico aplicable al ámbito de acción, para proceder a elaborar el tipo de instrumento requerido Desarrolla proyecto del instrumento y envía a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud para revisión.	• Proyecto de instrumento
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	5 6 7 8	Recibe y evalúa proyecto de instrumento para aprobación. Procede: NO: Elabora observaciones; regresa a la actividad No. 3. SI: Aprueba y en su caso lo presenta en el seno del órgano colegiado que interese como consultor del proyecto de instrumento para recibir retroalimentación. (puede regresar a la actividad 3) Envía a la Dirección de Educación en Salud proyecto de instrumento de modelo para visto bueno.	• Proyecto de instrumento • Proyecto de modelo de instrumento
Director de Educación en Salud	9 10 11	Recibe el proyecto de modelo de instrumento de consenso. Autoriza la difusión y uso dentro de los procesos de políticas educativas en salud. Hace del conocimiento del Titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el modelo de instrumento autorizado	• Modelo de instrumento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	12	Efectúa la difusión y promueve la adhesión a estos instrumentos en el contexto de la educación en salud inherente a las políticas educativas del área. TERMINA PROCEDIMIENTO	• Oficio o publicación Web

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
1
8
Envía el proyecto de instrumento a la Dirección de Educación en Salud para visto bueno
Proyecto de modelo de instrumento
9
Recibe el proyecto de modelo de instrumento de consenso
Proyecto de modelo de instrumento
10
Autoriza difusión en procesos de políticas educativas en salud
Modelo de instrumento
11
Hace del conocimiento del titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud el modelo de Instrumento
Modelo de instrumento
12
Efectúa difusión y promueve el modelo de instrumento
Oficio o publicación Web
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	No aplica
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No aplica
6.3 Marco normativo general de los actores en los instrumentos	No aplica
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuse de instrucción escrita	5 años	Dirección de Educación en Salud	Número del documento
7.2 Documentales de validación	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	No aplica
7.3 Instrumento aprobado	5 años	Secretaría de Salud y las autoridades e instituciones educativas, y demás organismos del Sector público, social y privado	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento de acuerdo. Al documento que incorpora el acuerdo de voluntades entre la distintas autoridades e instituciones de los sectores Salud y el Educativo para la coordinación de acciones colaborativas en materia de educación en salud

8.2 Órgano colegiado. Al Comité o grupo ad hoc de representantes institucionales seleccionado (s) para dar opinión o consenso sobre los contenidos del modelo de instrumento de acuerdo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Modelo de instrumento

10.1 Modelo de Instrumento

SECRETARIA DE SALUD

CONVENIO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA PARA LA ASIGNACIÓN Y UTILIZACIÓN DE INSTALACIONES Y SERVICIOS DE SALUD, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, LA SECRETARÍA DE SALUD, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", REPRESENTADA POR EL SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD, DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS, Y POR LA OTRA, EL CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA A.C., EN LO SUCESIVO "EL COMAEM", REPRESENTADA POR SU PRESIDENTE, EL DR. GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES, CLÁUSULAS Y

ANTECEDENTES

I. Conforme la Ley General de Salud, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud constituyen una parte del derecho a la protección a la salud; por lo que una de las materias de Salubridad General es la promoción de la formación de los recursos humanos para la salud.

II. La Secretaría de Salud, encargada de la coordinación del Sistema Nacional de Salud es responsable de apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud.

III. El Programa Nacional de Salud, por su parte, al referirse a la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, menciona que la diversidad formativa, que resulta de la existencia de múltiples programas académicos, contribuye a fomentar una práctica profesional heterogénea y ubica como *una necesidad el verificar los estándares de calidad de la práctica profesional desde la formación de los recursos humanos*.

IV. El 6 de junio del 2002 el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior A.C. que cuenta con el aval de la Secretaría de Educación Pública, otorgó su reconocimiento al Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A.C. cuya misión es garantizar un nivel óptimo de calidad en los programas académicos de la licenciatura en Medicina que imparten las instituciones

1

SECRETARIA DE SALUD

educativas, objetivo que comparte la Secretaría de Salud a efecto de promover la formación de los recursos humanos para la salud y la mejora en la prestación del servicio.

V. En este contexto, se hace necesaria la coordinación entre el sector salud y el educativo, a través de sus instituciones, a fin de promover que la utilización de las instalaciones y los servicios de salud durante los procesos de formación de médicos se realice sólo por instituciones educativas con planes y programas acreditados; que consecuentemente cumplan con estándares educativos de calidad, protegiendo la seguridad del usuario de los servicios de salud durante el acto académico-asistencial.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA", por conducto de su representante, declara:

I.1. Que es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto por los artículos 2º, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

I.2 Que con base en los artículos 6º y 7º de la Ley General de Salud, la coordinación del Sistema Nacional de Salud esta a cargo de la Secretaría de Salud, a quien corresponde apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud y coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sean congruentes con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

I.3. Que con base en el artículo 18, fracciones I, XXI, XXII, XXIII y XXV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es una unidad administrativa de la Secretaría de Salud a la cual corresponde entre otras, conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, así como para la formación,

SECRETARIA DE SALUD

capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; normar, controlar y evaluar, en términos de las disposiciones legales aplicables, la asignación de campos clínicos; orientar la formación de recursos humanos para la salud, así como participar en la elaboración de los programas de formación, capacitación y actualización, en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, del Sector Educativo y de los servicios de salud de las entidades federativas; participar en coordinación con las unidades administrativas competentes, en la elaboración de convenios de colaboración que celebre la Secretaría en materia de Educación en Salud con el Sector Educativo, con organismos nacionales e internacionales públicos, sociales y privados; así como participar con las autoridades e instituciones educativas en la definición del perfil del personal profesional y técnico del área de la salud y en el señalamiento de requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a su formación.

I.4. Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º, apartado A, fracción I, 9º, fracciones III, XII y XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el Subsecretario de Innovación y Calidad, se encuentra facultado para suscribir el presente instrumento.

I.5. Que para efectos del presente instrumento se señala como domicilio el ubicado en calle Lieja N° 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, México, D.F.

II. "EL COMAEM", por conducto de su representante, declara:

II.1. Que es una asociación civil denominada Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A.C., constituida por escritura pública No. 13,277, otorgada ante la fe del Notario Publico No. 73 de la ciudad de Coacalco de Berriozabal, Estado de México.

II.2. Que tiene por objeto aplicar un programa para dictaminar la buena calidad del proceso educativo que desarrolla una institución de educación superior para la formación de médicos en sus distintas modalidades; realizar a solicitud de las

SECRETARIA DE SALUD

autoridades responsables de las instituciones educativas, la evaluación y dictaminación respectivas de los programas de enseñanza, con una vigencia limitada en cuanto al tiempo y con fundamento en lo establecido en sus estatutos y difundir por los medios que se consideren convenientes las listas de los programas de enseñanza de la medicina que sean acreditados.

II.3. Que está capacitado, en los términos establecidos por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, A.C., COPAES, para ejercer las funciones como organismo acreditador no gubernamental de programas académicos de educación superior en el nivel de licenciatura en medicina, técnico superior universitario o profesional asociado contando con la capacidad técnica, jurídica y financiera para realizar estas actividades.

II.4. Que como Presidente de "EL COMAEM", tiene otorgadas facultades para suscribir el presente convenio de acuerdo con lo señalado en el poder notarial número 13,277 expedido ante el Notario Público No. 73, del Estado de México.

11.5 Que para efectos del presente convenio señala como su domicilio legal el ubicado en el Periférico Sur No. 4809, Col. El Arenal Tepepan, Delegación Tlalpan, C.P. 14610.

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO.

El presente convenio tiene por objeto establecer los compromisos conforme a los cuales "LA SECRETARÍA" y "EL COMAEM" se coordinarán para orientar hacia la calidad la formación de profesionales de la medicina que se realiza en campos clínicos de las instalaciones y servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, mediante la acreditación de los correspondientes planes y programas de estudio de la carrera de medicina.

SECRETARIA DE SALUD

SEGUNDA. COMPROMISOS DE "LA SECRETARÍA".

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento "LA SECRETARÍA" se compromete a:

1. Compartir información útil sobre la política de salud y de educación en salud que oriente la formación del médico general y el desarrollo de competencias coherentes con las necesidades de atención a la salud,

2. Evaluar el cumplimiento del requisito de asignación de campos clínicos exclusiva a facultades y escuelas de medicina con planes y programas de estudio acreditados o en proceso de acreditación en las instituciones del Sector Salud, inserto en la NOM-234-SSA1-2003 Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado;

3. Proporcionar a "EL COMAEM" la información y análisis estadísticos relacionados con la utilización de instalaciones y servicios de salud, a fin de coadyuvar a la revisión y evaluación de los estándares relativos a la calidad de la educación clínica, dentro de su proceso de acreditación, y

4. Promover la difusión del proceso de acreditación de la educación médica mediante los foros de educación en salud que llegare a realizar durante la vigencia de este convenio, sobre lo cual informara a "EL COMAEM".

5. Impulsar la autoevaluación de los estándares de calidad en la educación médica y los procedimientos establecidos para su verificación, en las escuelas de reciente apertura que solicitan campos clínicos.

SECRETARIA DE SALUD

TERCERA. COMPROMISOS DE "EL COMAEM".

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento "EL COMAEM" se compromete a:

1. Fungir como instancia de consulta y asesoría a fin de que "LA SECRETARÍA" obtenga información relativa a los procesos de acreditación de planes y programas de estudio de medicina, para lo cual:

1.1 Enviará a "LA SECRETARÍA" notificación de las facultades y escuelas integradas formalmente al proceso de acreditación, considerando en él la etapa de autoevaluación, solicitud de visita de verificación y obtención del dictamen correspondiente, así como información respecto a sus avances en el mismo;

1.2 Comunicará a "LA SECRETARÍA" los resultados preliminares de las visitas de verificación a facultades y escuelas de medicina, así como las fechas previstas para la emisión de dictámenes; y

2. Remitirá los estándares aplicables, efectuará evaluaciones y emitirá dictámenes preliminares sobre su cumplimiento, a facultades y escuelas de medicina que lo soliciten, reportándolo a "LA SECRETARÍA", en el caso de que aquellas lo requieran para efectos de la asignación de campos clínicos.

3. Opinará sobre la calidad de los planes de estudio que "LA SECRETARÍA" le presente a consideración ante la posibilidad de su apertura.

4. Invitará a participar a "LA SECRETARÍA" en las revisiones de los estándares de calidad para la acreditación de planes y programas de estudio de medicina que llegare a realizar durante la vigencia del presente convenio, con especial énfasis en los inherentes a la formación clínica desarrollada en campos clínicos, y

SECRETARIA DE SALUD

CUARTA. RELACION LABORAL

Queda expresamente estipulado que las partes suscriben el presente convenio en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y elementos propios para ejecutar los compromisos de este instrumento, por lo que desde este momento, aceptan que en relación con el personal que llegare a trabajar con motivo de su ejecución, éste se entenderá relacionado únicamente con aquélla que lo contrató, por lo que no existirá relación alguna de carácter laboral con la contraparte y no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios. Cada parte asume las responsabilidades de carácter civil, fiscal, laboral o de seguridad social que de tal relación les corresponda.

QUINTA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

El contenido del presente Convenio esta basado en la buena fe de las partes. Las acciones que no estén contempladas en él, o las que surjan durante la ejecución del mismo, serán puestas a consideración de las partes, resolviéndose de común a cuerdo a través del grupo de trabajo que para el seguimiento del presente convenio se conforme, cuyas resoluciones tendrán carácter de definitivas.

OCTAVA. VIGENCIA.

El presente convenio surtirá sus efectos a partir de su firma y podrá ser modificado de común acuerdo entre las partes. Asimismo, podrá darse por terminado en cualquier tiempo, cuando a juicio de los participantes se deje de cumplir con el objeto señalado en la cláusula primera y previa notificación por escrito de una parte a las otras con 30 días naturales de anticipación, pero en este caso tomarán las providencias necesarias a efecto de que las acciones que se hayan iniciado se desarrollen hasta su total conclusión.

SECRETARIA DE SALUD

Leido que fue el presente Convenio de Colaboración en Materia de Calidad de la Formación de Profesionales de la Medicina para la Asignación y Utilización de Instalaciones y Servicios de Salud, y enteradas las partes de su valor y consecuencias legales, lo firman por triplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 07 días del mes de septiembre del año dos mil cinco. Constante en ocho fojas útiles por un solo lado.

POR "LA SECRETARÍA"
EL SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN y CALIDAD

DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS

POR "EL COMAEM"
EL PRESIDENTE

DR. GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECCIÓN CONSULTIVA

REGISTRADO BAJO EL NÚMERO 2972

MÉXICO, D.F., A 30 DE NOVIEMBRE DE 2005

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
ASUNTOS JURÍDICOS

El Subdirector de Normatividad, Registro y Sistematización

Lic. Sergio S. Valdés Trejo

5. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR CRITERIOS ESENCIALES PARA LAS CARRERAS DE LA SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer Criterios Esenciales de Carreras de la Salud a fin de facilitar el desarrollo de evaluación de planes y programas de estudio para el otorgamiento de la Opinión Técnica Académica emitida por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), como parte del trámite para el otorgamiento del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE).

2. ALCANCE

2.1A nivel interno: la Subdirección de Políticas Educativas en Salud con el apoyo del Departamento de Información para la Planeación de la Educación en Salud coordina el trabajo de los grupos técnicos para la definición de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud y la Dirección de Educación en Salud supervisa y autoriza los Criterios Esenciales para la evaluación de planes y programas de estudio de las carreras de la salud.

2.2 A nivel externo: son aplicables a los procesos de evaluación de planes y programas de estudio de las carreras de la salud de nueva apertura en los servicios estatales de salud, al contar con guías de Criterios Esenciales para realizar de manera objetiva la evaluación en el dictamen de Opinión Técnica Académica para el trámite de Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1La elaboración de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud deberán alinearse al Programa Nacional de Salud, al Programa de Sistema Integral de Calidad en Salud, los Programas Prioritarios en Salud al perfil epidemiológico nacional, al Programa Nacional de Educación y al Acuerdo 279 de la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección de Educación en Salud.

3.2Los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud deberán elaborarse con apego a las políticas de educación en salud, nuevas tecnologías de educación en salud, lineamientos y/o instrumentos normativos vigentes para la formación de los recursos humanos para la salud a través de la Subdirección de Políticas Educativas en Salud.

3.3La elaboración de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud se basan en el formato general desarrollado por el Comité de Evaluación (COEVA).

3.4Los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud deberán ser elaborados por un equipo integrado por expertos en el área de los criterios a desarrollar, representantes de la Secretaría de Salud, de los Servicios de Salud Estatales, de Instituciones de Salud y Educativas y coordinado por la Dirección de Educación en Salud por medio de la Subdirección de Políticas Educativas en Salud.

3.5La Dirección de Educación en Salud deberá vigilar los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud deberá aprobarlos.

3.6La Dirección General de Calidad y Educación en Salud por medio de la Dirección de Educación en Salud deberá gestionar los apoyos necesarios para la implantación de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud en la evaluación de planes y programas de estudio.

3.7Los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud deberán ser difundidos oficialmente a los Servicios Estatales de Salud a través de la Subdirección de Políticas Educativas en Salud.

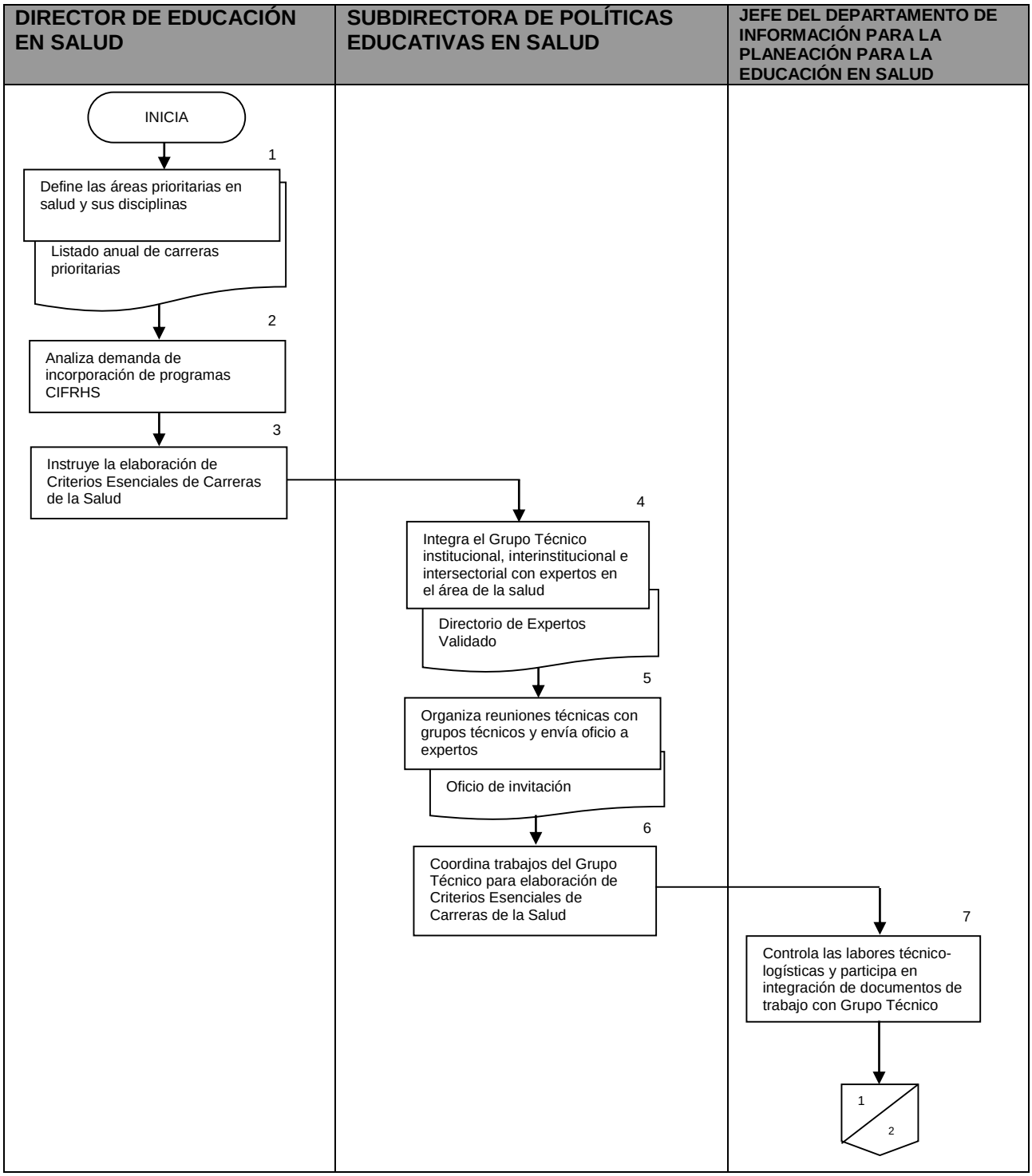
3.8Los Órganos Desconcentrados y Descentralizados y los Servicios Estatales de Salud deberán enviar a la Dirección de Educación en Salud los avances y logros de la utilización de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud en la evaluación de Planes y Programas de Estudio de nueva apertura para el otorgamiento de la Opinión Técnica Académica emitida por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

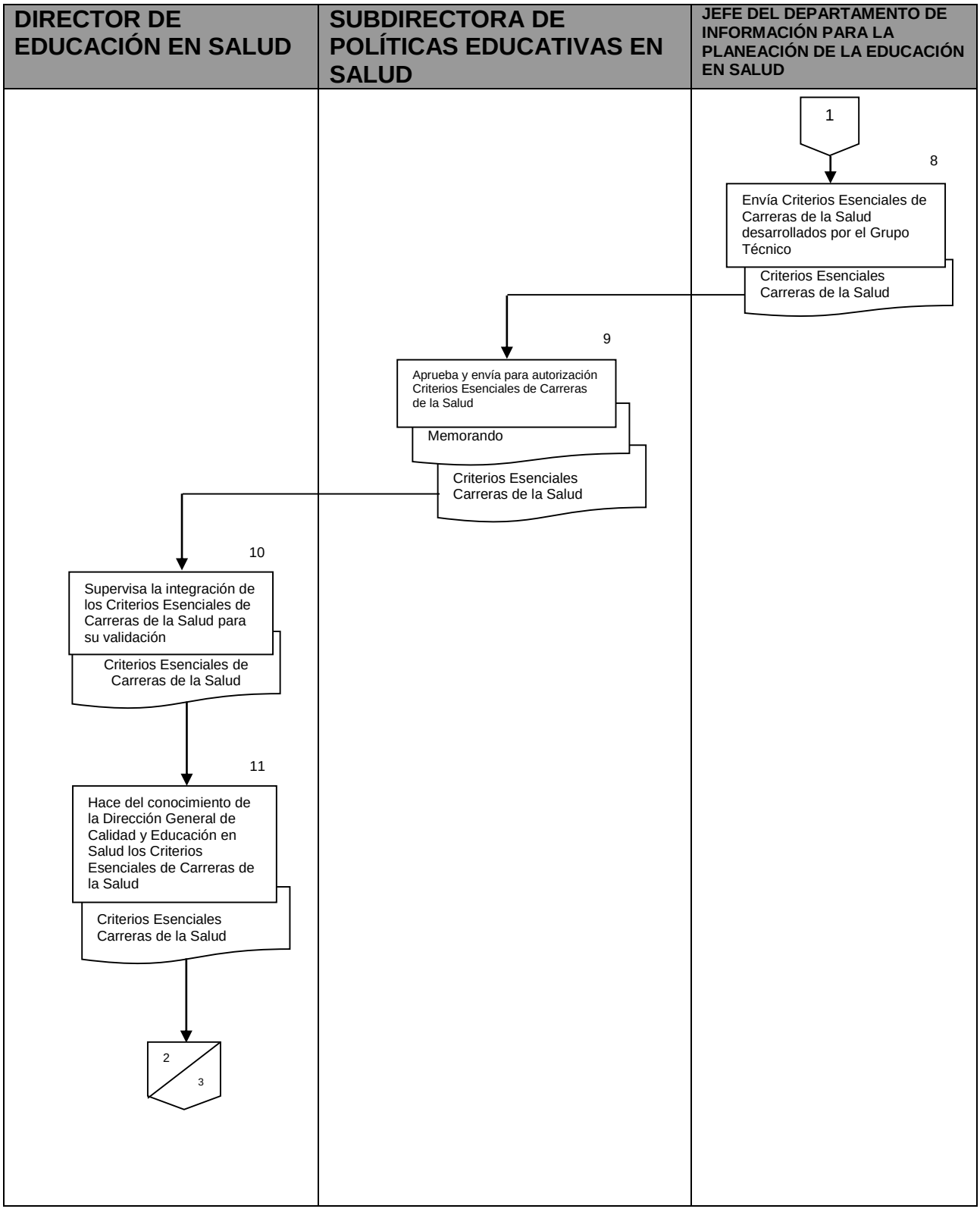
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

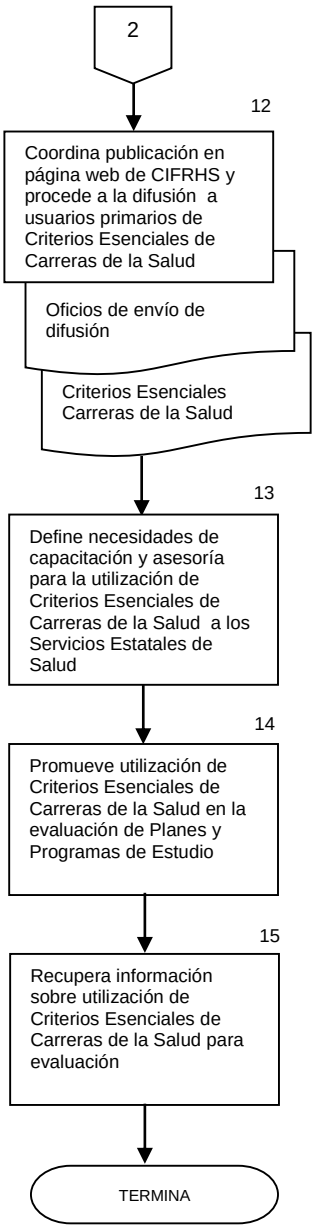
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Define las prioridades establecidas en los documentos estratégicos oficiales para identificar las áreas prioritarias y sus disciplinas.	• Listado anual de carreras prioritarias
	2	Analiza la demanda de incorporación que es turnada a la atención de los programas de CIFRHS.	
	3	Instruye la elaboración de Criterios Esenciales de Carreras de la Salud conforme a la pertinencia de la carrera	
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	4	Integra el Grupo Técnico institucional, interinstitucional e intersectorial con expertos en el área de la salud específica y experiencia docente para elaborar los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud.	• Oficio de invitación • Directorio de expertos validado
	5	Organiza las reuniones técnicas con el grupo técnico para visto bueno, elabora y envía oficio de invitación a expertos signado por la Dirección de Educación en Salud.	
	6	Coordina al Grupo Técnico para elaborar los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud de conformidad con los criterios generales aprobados por COEVA.	
Jefe del Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	7	Controla las labores técnico-logísticas de la coordinación de los Grupos Técnicos y participa en la integración de los documentos de trabajo.	• Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
	8	Envía a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud documento de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud desarrollado por el Grupo Técnico	
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	9	Aprueba y envía mediante memorando los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud a la Dirección de Educación en Salud para su validación.	• Memorando • Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
Director de Educación en Salud	10	Supervisa la integración de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud para confirmar su aptitud.	• Criterios Esenciales de Carreras de la Salud

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	11	Hace del conocimiento de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud para su consideración previo a la aprobación en Comité.	• Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	12	Coordina la edición final y publicación de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud aprobados en página web de CIFRHS, elabora oficios de difusión y envía a los usuarios primarios.	• Oficios de envío • Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
	13	Define necesidades de asesoría y capacitación para la utilización de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud en la evaluación de planes y programas de estudio en los servicios estatales de salud.	
	14	Promueve la utilización de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud en la revisión de planes y programas de estudio	
	15	Recupera información sobre la utilización de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud para su evaluación posterior. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5 DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD
1
8
Envía Criterios Esenciales de Carreras de la Salud desarrollados por el Grupo Técnico
Criterios Esenciales Carreras de la Salud
9
Aprueba y envía para autorización Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
Memorando
Criterios Esenciales Carreras de la Salud
10
Supervisa la integración de los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud para su validación
Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
11
Hace del conocimiento de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud los Criterios Esenciales de Carreras de la Salud
Criterios Esenciales Carreras de la Salud
2
3

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD
		

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Acuerdo 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior.	N/A

7 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de invitación a expertos para conformar Grupo Técnico.	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud.	N/A
7.2 Oficio de difusión de Criterios Esenciales de Carreras de la Salud	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Criterios Esenciales de Carreras de la Salud:** Conjunto de elementos medibles, que permiten decidir de manera objetiva el otorgamiento de la Opinión Técnica Académica emitida por la CIFRHS, como parte del trámite para el otorgamiento del RVOE.

8.2 Experto: Profesional con experiencia mínima de 3 años tanto en el área de los criterios a desarrollar como en docencia

8.3 Grupo Técnico. Es un grupo de representantes institucionales que suma esfuerzos, conocimientos, habilidades, para alcanzar objetivos en común. Estructura básica que permite la máxima interacción de sus miembros para realizar tareas con el propósito de cumplir objetivos establecidos en el seno de un órgano o coordinación superior.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de invitación

10.1 Oficio de invitación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Oficio No. DGCES-DG- 01442 -2016

Ciudad de México, a 5 de abril de 2016

DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ
DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA
Y REHABILITACIÓN NORTE DE LA UNIDAD MÉDICA DE
ALTA ESPECIALIDAD (UMAE)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
PRESENTE

Como es de su conocimiento, el Comité de Evaluación (COEVA), de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), desarrolla los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio de las carreras del área de la salud. En seguimiento al Plan de Trabajo 2016 de este Comité, actualmente se desarrolla el perfil profesional y los criterios en el área de Fisioterapia a través del Grupo Técnico de Rehabilitación. En ese sentido, agradeceremos su participación para asistir a las reuniones que se llevarán a cabo durante el año en curso, conforme al siguiente calendario de reuniones, en la sala de juntas de la Dirección de Educación en Salud, a las 11:00 a.m., en Homero No. 213, Piso 15, Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México. Para mayor información está a sus órdenes el Tel. (55) 20003400 ext. 53404 y 53420.

Grupo Técnico de Rehabilitación Calendario de reuniones 2016	
No. DE REUNIÓN	**FECHA**
2	26 de abril
3	24 de mayo
4	28 de junio
5	30 de agosto
6	27 septiembre
7	25 de octubre

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y
SECRETARIO TÉCNICO DE LA CIFRHS

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p.-
Dr. Jose Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente
Mtro. Ricardo Octavio Morales Carmona.- Director General Adjunto de la DGCES.- Presente
Mtro. Severino Rubio Domínguez.- Director de Educación en Salud.- Presente.

Serie: 1S.2
ROMC/SRD/MRS/cal.

7. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR ESTUDIOS PARA LA FUNDAMENTACIÓN Y DESARROLLO DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Fundamentar y desarrollar jurídica y técnicamente actos administrativos necesarios para la operación de las políticas educativas en salud entre las instituciones de salud y educativas mediante la elaboración de estudios específicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: el procedimiento es observable por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien plantea la necesidad de información, por sí o a través de la Dirección de Educación en Salud, la cual instruye a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud y el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud para instrumentar análisis que respondan a las interrogantes y solicitudes internas o de instancias superiores.

2.2 A nivel externo: el procedimiento puede ser requerido y aprovechado por instituciones de salud y educativas, los servicios estatales de salud y los comités estatales interinstitucionales para la formación de recursos humanos para la salud, interesadas en la información y conocimiento generado en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para conducir la política nacional en materia de formación, capacitación y educación permanente de los recursos humanos para la salud, para lo que debe contar con estudios e información válida y confiable sobre el tema.

3.2 Los actos administrativos que la Subdirección de Políticas Educativas en Salud fundamente, responderán en lo general y en lo particular a la solicitud establecida por la Dirección de Educación en Salud.

3.3 La cualidad y alcance de los estudios desarrollados serán acordados previamente entre la Dirección de Educación en Salud y la Subdirección de Políticas Educativas en Salud, apoyadas en los términos de referencia.

3.4 La Subdirección de Políticas Educativas en Salud actuará en colaboración con el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud entorno a la resolución de los aspectos jurídicos y técnicos.

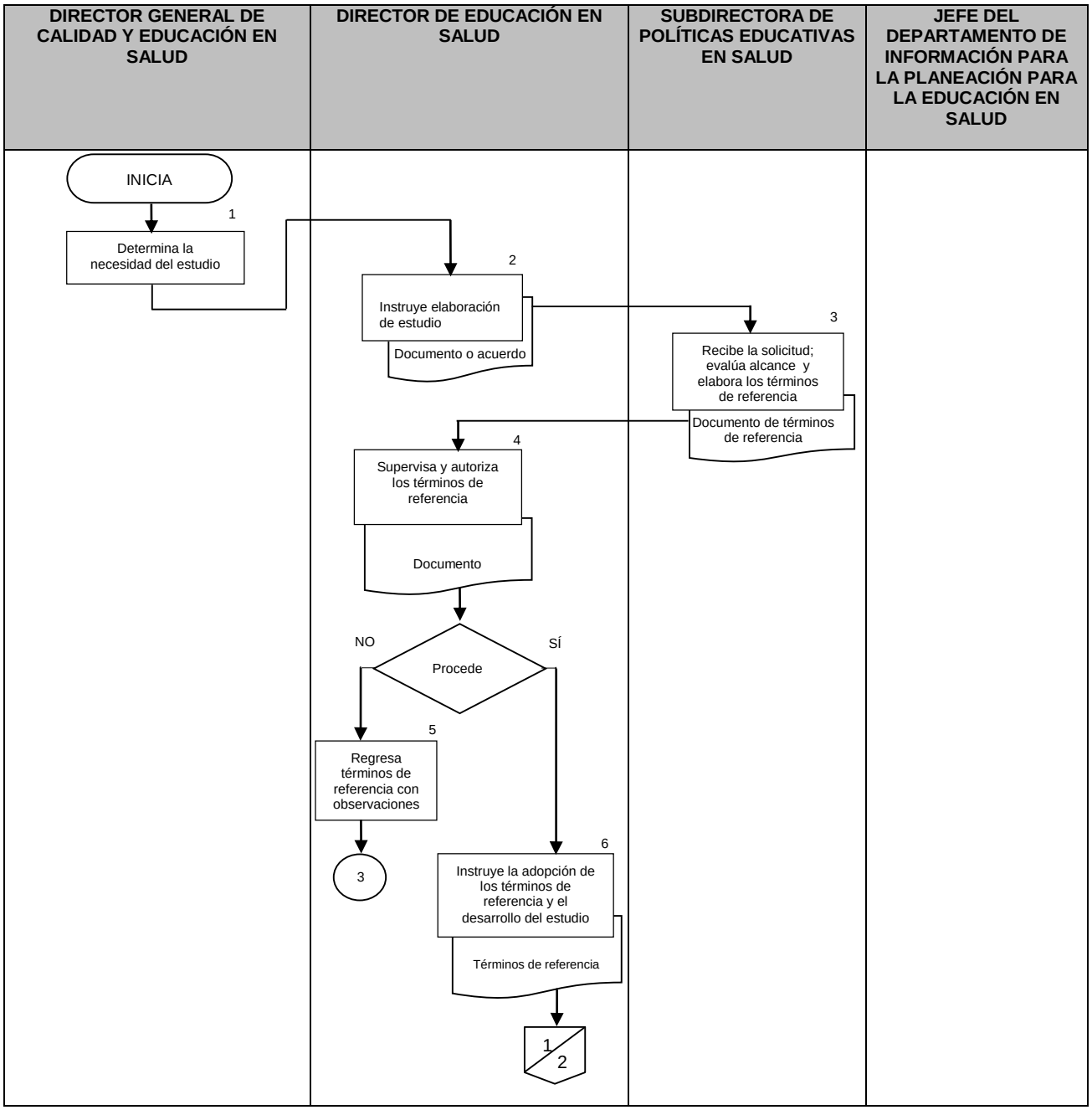
3.5 La Dirección de Educación en Salud deberá colaborar con otras áreas e instituciones u organismos afines, aportando el análisis técnico-jurídico resultante de este procedimiento.

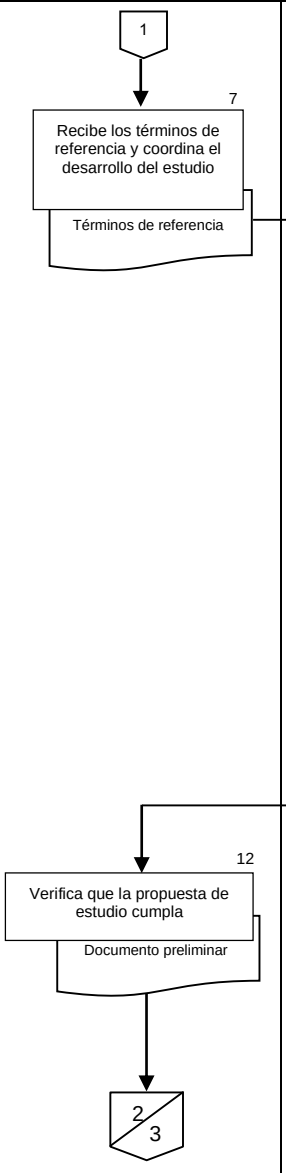
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

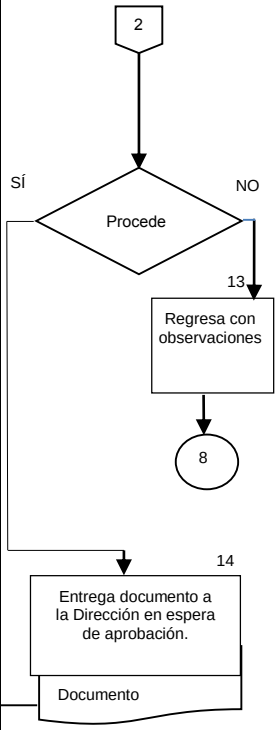
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Determina la necesidad de información y estudio para la fundamentación de políticas en salud.	
Director de Educación en Salud	2	Instruye la elaboración de un estudio u opinión en materia específica. El estudio puede generarse por consulta externa, de unidades superiores, órganos relacionados con el área o particulares	• Documento o acuerdo
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	3	Recibe la solicitud escrita o verbal de iniciar estudio; evalúa su alcance y elabora los términos de referencia para aprobación de la Dirección de área.	• Documento de términos de referencia
Director de Educación en Salud	4 5 6	Supervisa los términos de referencia que presenta la Subdirección de Políticas Educativas en Salud, procediendo a autorizar Procede: No: Regresa documento con observaciones; se vuelve a la actividad 2 Si: Instruye la adopción de los términos de referencia y el desarrollo del documento. La existencia de los términos de referencia puede sustituirse por una primera versión del estudio, considerando los tiempos administrativos y complejidad del asunto, con lo que se iría de la fase 3 a la 6	• Documento de términos de referencia

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	7	Recibe los términos de referencia autorizados y se coordina con el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud para que participe en el desarrollo del estudio.	• Términos de referencia
Jefe del Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	8 9 10 11	Participa en el desarrollo del estudio y organiza recursos humanos y medios para ese fin. Recopila y consulta la bibliografía e información disponible relacionada al asunto. Pondera los resultados de la investigación bibliográfica o la información consultada y realiza consulta de campo de ser necesario integrando sus resultados al estudio. Desarrolla el análisis pertinente y sus conclusiones; envía documento preliminar para revisión	• Documento preliminar
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	12 13 14	Verifica que la propuesta de estudio cumpla los términos de referencia. Procede: No: Regresa con observaciones; se vuelve a la actividad 8 Sí: Entrega documento a la Dirección en espera de aprobación.	• Documento preliminar • Memorando/ documento validado
Director de Educación en Salud	15 16	Determina la validez del estudio concluido Autoriza la integración de los resultados del estudio en la fundamentación y desarrollo de la política educativa en salud de que se trate y sus actos derivados. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• Documento definitivo

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5 Otra legislación aplicable	N/A
6.6 Bibliografía mínima	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de turno de la solicitud	5 Años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número de oficio
7.2 Memorandos emitidos	5 Años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número de memorando
7.3 Términos de referencia	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Acuse de recibido con fecha
7.4 Oficio o memorando de entrega o envío del estudio u opinión.	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número de oficio
7.5 Acuses de recibido del oficio o memorando	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Sello de recibido

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Estudios**: Documento resultante de la investigación técnica y jurídica del tema planteado en los términos de referencia del mismo, conforme sus objetivos.

8.2 **Términos de referencia**: Documento que contiene los objetivos del estudio así como sus características y marco jurídico mínimos a considerar, plazos y requisitos para su desarrollo, mismo que debe validar la autoridad que solicita el estudio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Documento definitivo

10.1. Documento definitivo

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
Subdirección de Políticas Educativas en Salud

APERTURA Y FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA

I. OBJETIVO, II. MARCO LEGAL ADMINISTRATIVO, III. LA IMPARTICIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR CON BASE EN EL ART. 3ª FRACCIÓN VII, IV. INCORPORACIÓN, V. RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS, VI. LA PARTICIPACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN LOS PROCEDIMIENTOS EDUCATIVOS DE APERTURA, VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, VIII. FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA, IX. PARTICIPACIÓN DE LOS ORGANISMOS DEL SECTOR SOCIAL EN LA ACREDITACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD DE LAS ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA, X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

I. OBJETIVO.

El objetivo de este estudio es enmarcar los posibles escenarios para que una escuela o facultad de Medicina inicie actividades, evidenciar las deficiencias regulatorias y/o procedimentales que en un sentido general, existen en torno a la apertura y funcionamiento con calidad de facultades y escuelas de Medicina y proponer alternativas de solución.

II. MARCO LEGAL ADMINISTRATIVO.

La Federalización Educativa, implica el ejercicio de atribuciones concurrentes entre la Federación y las autoridades educativas estatales, entre ellas se encuentra el prestar directamente educación superior, según el artículo 14 de la Ley General de Educación.

El Estado, -Federación, estados y municipios- conforme el artículo 3º fracción V Constitucional, "promoverá y atenderá todos los tipos y modalidades educativos –incluyendo la educación superior- necesarios para el desarrollo de la Nación, apoyará la investigación científica y tecnológica, ..."

En el mismo contexto de competencia concurrente, las autoridades educativas federal y local pueden otorgar, negar y retirar el reconocimiento de validez oficial de estudios a estudios del tipo superior que impartan los particulares.

Este hecho reconoce la posibilidad legal que asiste a los particulares de poder impartir educación en todos sus tipos y modalidades, previo los trámites educativos de autorización expresa del estado o reconocimiento de validez oficial, no obstante que este último, refiriéndonos a la educación superior, no sea legalmente indispensable para ejercitar la función.

Conforme el articulo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su fracción VII:

"Las universidades y las demás instituciones de Educación Superior a las que la Ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y ***la responsabilidad de gobernarse así mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura*** *de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y programas, fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrarán su patrimonio...."*

Por otra parte referente al funcionamiento con calidad de los planes y programas de estudios para las escuelas y facultades de medicina el art. 29 de la Ley General de Educación señala "Corresponde a la Secretaría la evaluación del sistema educativo nacional, sin perjuicio de la que las autoridades educativas locales realicen en sus respectivas competencias. Dicha evaluación y la de las autoridades educativas locales serán sistemáticas y permanentes. Sus resultados serán tomados como base para que las autoridades educativas, en el ámbito de su competencia, adopten las medidas procedentes."

III. DE LOS TIPOS DE RECONOCIMIENTO EDUCATIVO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

III.A. LA IMPARTICIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR CON BASE EN EL ART. 3º, FRACCIÓN VII CONSTITUCIONAL.

Este tipo de impartición de la educación superior se establece mediante decretos presidenciales o leyes orgánicas que crean a las instituciones educativas, generalmente en el sector paraestatal. Estos instrumentos jurídicos les proveen de personalidad jurídica, atribuciones y constitución patrimonial.

De esta forma tales instituciones no requieren de ningún otro reconocimiento o autorización de autoridad educativa para desarrollar planes de estudios de educación superior. Enseñanza que realizan mediante el principio de libertad de cátedra y de investigación y sobre los cuales pueden expedir certificados de estudios, grados y títulos.

III.B. INCORPORACIÓN

La incorporación de estudios, expresión entendida en dos sentidos, por una parte indica la noción y proceso en general por el cual los estudios se integran al Sistema Educativo Nacional, facilitando el libre tránsito de un tipo o nivel educativo a otro; y efectuada por determinada autoridad educativa, organismo descentralizado o institución educativa autónoma facultada para ello, sin atender al acto administrativo específico por el cual se ejecuta; por la otra, en estricto sentido, indica la realización del trámite ante una institución educativa facultada para incorporar estudios, la cual se responsabiliza del desarrollo de planes de estudios de otra institución educativa, con la misma calidad y administración que los que se originan en ella.

III.C. RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS

El reconocimiento de validez oficial de estudios es el acuerdo expreso de la autoridad educativa o institución facultada, que reconoce la validez a estudios impartidos por un particular, en este caso, del tipo superior y medio superior.

El RVOE será específico para cada plan de estudios conforme la Ley General de Educación. Para impartir nuevos estudios se requerirá, según el caso, el reconocimiento respectivo, este incorpora a la institución que lo obtenga, respecto de estudios a que el propio reconocimiento se refiere, al Sistema Educativo Nacional.

Según se establece en el artículo 47 de la LGE "en los planes de estudios deberán establecerse:

I. Los propósitos de formación general y, en su caso, de adquisición de las habilidades y las destrezas que correspondan a cada nivel educativo,

II. Los contenidos fundamentales de estudio, organizados en asignaturas u otras unidades de aprendizaje que, como mínimo, el educando deba acreditar para cumplir los propósitos de cada nivel educativo,

III. Las secuencias indispensables que deben respetarse entre las asignaturas o unidades de aprendizaje que constituyen un nivel educativo y

IV. Los criterios y procedimientos de evaluación y acreditación para verificar que el educando cumple los propósitos de cada nivel educativo.

En los programas de estudios deberán establecerse los propósitos específicos de aprendizajes de las asignaturas u otras unidades de aprendizaje dentro de un plan de estudios, así como los criterios y procedimientos para evaluar y acreditar su cumplimiento. Podrán incluir sugerencias sobre métodos y actividades para alcanzar dichos propósitos."

No obstante, el RVOE se otorga atendiendo además otros aspectos distintos al plan de estudios que, según lo establecido en el artículo 55 son: Contar con personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación y, en su caso, satisfagan los demás requisitos que señalen las autoridades competentes y, con instalaciones que satisfagan las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas que la autoridad otorgante determine. Para establecer un ***nuevo plantel se requerirá,*** según el caso, una nueva autorización o un nuevo reconocimiento.

III.C.1. El caso del RVOE otorgado por autoridad educativa.

El otorgamiento de reconocimiento de validez oficial de estudios por parte de la SEP Federal se encuentra regulado de manera general por el Acuerdo 243 y en lo específico, para los de tipo superior, por el Acuerdo 279, ambos de la misma autoridad.

En el Acuerdo **243** de la SEP se menciona que ésta ***deberá promover***, a través de instrumentos conducentes, que las autoridades educativas en los estados y los organismos descentralizados, facultados para otorgar reconocimientos de validez oficial, sean federales o estatales, adopten las bases que dispone el Acuerdo. En el segundo, el Acuerdo **279** se exceptúa de su aplicación a los particulares que impartan educación superior con fundamento en Decretos Presidenciales y Acuerdos Secretariales, por otra parte, se dispone que la SEP emita ***recomendaciones pertinentes*** con el fin de que las autoridades educativas en los estados y las universidades públicas de educación superior y autónomas, establezcan normas y criterios que señala el propio Acuerdo en sus disposiciones.

En este sentido, se observa que las autoridades educativas locales y los organismos descentralizados, facultados para otorgar reconocimientos de validez oficial no tienen la obligación de observar esta normatividad Federal de no existir los Acuerdos o convenios con la SEP Federal que así lo señalen y por ende, la aplicación de los criterios en materia de educación superior son recomendados, más no obligatorios para los organismos citados, distintos a SEP.

III.C.2. El caso de las universidades e instituciones educativas autónomas.

De acuerdo con la noción de incorporación, las instituciones educativas autónomas facultadas por ley pueden otorgar el RVOE conforme las disposiciones legales que las sustentan. Así, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de la Universidad Autónoma de México en su artículo 2º fracción V, ésta "tiene derecho para:

> v.Otorgar para fines académicos, validez a los estudios que se hagan en otros establecimientos educativos, nacionales o extranjeros, e incorporar de acuerdo con sus reglamentos, enseñanzas de bachilleratos o profesionales. Tratándose de las que se impartan en la primaria, en la secundaria o en escuelas normales, y de las de cualquier tipo o grado que se destinen a obreros o campesinos, invariablemente se exigirá el certificado de revalidación que corresponda expedido por la Secretaría de Educación Pública, requisito que no será necesario cuando el plantel en que se realizaron los estudios que se pretende revalidar, tengan autorización de la misma Secretaría para impartir esas enseñanzas."

Conforme las disposiciones señaladas en la Ley Orgánica de la Universidad Autónoma Metropolitana, artículo 3º fracción V, esta institución a fin de realizar su objeto tiene facultades para: "...Incorporar estudios y otorgar o retirar reconocimiento de validez para fines académicos, a los realizados en planteles particulares que impartan el mismo tipo de enseñanza, con planes y programas equivalentes."

IV. LA PARTICIPACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN LOS PROCEDIMIENTOS EDUCATIVOS DE APERTURA.

En estos tres escenarios, fuente de la educación superior que se imparte, se presenta la participación que la autoridad sanitaria conforme la Ley General de Salud tiene, generalmente a solicitud de las autoridades e instituciones educativa, en la apertura de instituciones formadoras de Médicos y otras carreras para la Salud.

Conforme la Ley General de Salud es atribución de la autoridad sanitaria coordinarse con las autoridades educativas en la recomendación de normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud, otorgar facilidades a las instituciones educativas en el uso de los establecimientos de salud para la enseñanza, así como coadyuvar en el señalamiento de requisitos para la apertura y funcionamiento de las mismas, cuando ello le sea solicitado.

En esta última función, esta Dependencia únicamente participa en la revisión de casos aislados cuando la Secretaría de Educación Pública lo solicita, sin embargo, no tiene una participación reconocida en los procedimientos educativos para la apertura de instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, es, a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, que esta actividad se ve desarrollada en un ámbito intercolegiado, no directo. No obstante, ante las autoridades judiciales, en los procedimientos contenciosos por el dictamen de RVOE es la autoridad sanitaria la responsable de la emisión de la opinión con que se fundamenta el dictamen.

Este mismo escenario, viene sucediéndose en las entidades federativas para el caso de las solicitudes de RVOE ante el nivel de la autoridad educativa local, para el que se cuenta la participación de los Comités Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud que, en ocasiones derivan la opinión al nivel del corporativo nacional y sin embargo también emiten dictámenes de manera directa.

V. CONCLUSIONES SOBRE EL RECONOCIMIENTO EDUCATIVO A LA EDUCACIÒN SUPERIOR.

1. No se observa una facultad de coordinación de acciones para otorgar RVOE entre las autoridades educativas.

De la Ley General de Educación se desprende en su capítulo IV "Del Procedimiento Educativo, Sección 2", los requisitos que debe cubrir los Planes y Programas de Educación artículo 47, así como los requisitos con que deben contar los solicitantes para que se otorgue la autorización o el RVOE artículo 55.

La Ley General de Educación establece que la aplicación y la vigilancia del cumplimiento de esta ley corresponde a las autoridades de la Federación, de las entidades federativas y de los municipios, no estableciendo así ningún imperativo de observancia a las autoridades educativas locales conforme a lo emitido en los acuerdos federales (Acuerdo N° 243 y Acuerdo N° 279), por lo que dicho contenido es entendido como meras recomendaciones.

Recomendación. Con fundamento en el Artículo 12, fracción II de la Ley para la Coordinación de la Educación Superior, es indispensable celebrar los convenios de coordinación de acciones, entre las autoridades educativas federal y locales, para establecer un procedimiento general a seguir para otorgar el RVOE el cual

deberá adoptar: bases, trámites y procedimientos de los establecidos en los acuerdos N° 243 y N° 279 con el fin de obtener un desarrollo armónico de la educación superior a nivel nacional.
Con esto se contará con un esquema fortalecido para el otorgamiento del RVOE de estudios de tipo Superior, utilizando criterios comunes, cumpliendo así con lo dispuesto por los acuerdos 243 y 279, así como con las metas establecidas en el Programa Nacional de Educación 2001-2006.

2 Se desconoce el término que deberá existir, entre la apertura y cuando se concrete el procedimiento de obtención del RVOE.

La Ley General de Educación establece que la aplicación y vigilancia del cumplimiento de esta ley corresponde a las autoridades federales, de las entidades federativas y de los municipios en el ámbito que le corresponda.

De la Ley General de Educación se desprende en su artículo 79 que la autoridad adoptará las medidas que sean necesarias para evitar perjuicio a los educandos.

Recomendación. Respondiendo a las medidas que debe adoptar la autoridad para evitar perjuicios a los educandos, se aconseja establecer un plazo, entendido éste como término fatal, que no puede ser objeto de prórroga; entre la apertura de la institución educativa o Institución formadora de Recursos Humanos para la Salud y "la tramitación al procedimiento"[1] para la obtención del RVOE. Dicho plazo en la actualidad se estima sea de 40 días, con base en que el acuerdo **279** refiere un plazo a la autoridad para otorgar o negar el reconocimiento, si se trata de planes y programas de estudios en las áreas de salud, de diez días contados a partir de la opinión que emita la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, y siendo que esta Comisión de manera consuetudinaria otorga su opinión en el término de treinta días, se sugiere dicho plazo.

3. Se desconoce la normatividad que tiene la autoridad educativa local y que al parecer no cumple con los mínimos de la ley general de educación.

La Ley General de Educación establece su observancia obligatoria, en el imperativo contenido en el artículo 11 "La aplicación y la vigilancia del cumplimiento de esta ley corresponde a las autoridades de la Federación, de las entidades federativas y de los municipios".

Adicionalmente a las atribuciones exclusivas que le confiere la Ley General de Educación a las autoridades educativas locales en sus artículos 12 y 13, en su artículo 14, fracción IV, establece la facultad de: "Otorgar, negar y retirar el reconocimiento de validez oficial de estudios distintos a los de primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica que impartan los particulares".

Sin embargo, dentro del CAPÍTULO IV "Del Proceso Educativo", de la Ley General de Educación concerniente al otorgamiento del RVOE como parte del procedimiento solamente regula los Planes de Estudios en los requisitos que deben cubrir -artículo 47-, y los requisitos con que deben contar los solicitantes para obtener el RVOE -artículo 55-, sin establecer el procedimiento a seguir por las autoridades educativas locales, otorgando de manera discrecional esta facultad a las mismas. Esto ha derivado en que las autoridades adquieran el papel de "instancias" para efectuar el trámite, puesto que el solicitante va de la Federal a la local ante la emisión de una negativa, aún cuando las deficiencias que presenta su procedimentación sea en los requisitos intrínsecos[2] al trámite.

Recomendación. Nuevamente se advierte la necesidad de la adopción de los acuerdos de coordinación referidos en la Ley pero, además, la pertinente difusión de la normativa a otros sectores como en este caso, el Sector Salud, que se involucra en el desarrollo del procedimiento con el fin de promover la formación con calidad de los recursos humanos para la salud y de la misma forma puede prever la utilización de campos clínicos para los estudiantes de los programas relativos y atender la calidad de la atención, si el esquema de licenciamiento o reconocimiento cubre aspectos requeridos para la formación médica.

4. La autoridad educativa local debería tomar la función reconocida en el acuerdo 279 para la CIFRHS e incluir la necesariedad de campos clínicos como requisito indispensable y determinante.

[1] Conforme a los artículos 54, 55 56 y 57 de la Ley General de Educación.
[2] Entiéndase por requisitos de naturaleza intrínseca, como los requisitos constitutivos, que son aquellos a los que pertenecen una eficacia inmediata, en el sentido de que su ligazón con el efecto jurídico no se manifiesta a través de un requisito distinto.

Dentro de las funciones otorgadas a la CIFRHS tiene la de opinar sobre los requisitos para la apertura y funcionamiento de las instituciones abocadas a la formación de recursos humanos para la salud.

Recomendación. La CIFRHS debe emitir opinión sobre la pretensión de uso y la distribución de campos clínicos, como acto determinante en la obtención del RVOE, trasladando la misma potestad a los CIFRHS estatales. La autoridad educativa local deberá dar su opinión favorable o no, considerando los requisitos establecidos por los comités estatales con base en la obtención de campos clínicos, cumpliéndose así la finalidad del Acuerdo por lo que se crea la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud, artículo 3° fracciones I, III,V y IX y sus respectivas réplicas estatales.

VI. FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA.

VI. A. ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS ACADÉMICOS.

Es el reconocimiento público que otorga un organismo acreditador, no gubernamental y reconocido formalmente por una entidad facultada para ello, que cumple con determinados criterios, indicadores y parámetros de calidad en su estructura, organización, funcionamiento, insumos, procesos de enseñanza, servicios y resultados.

VI. B. OBJETIVOS DE LA ACREDITACIÓN.

- Reconocer públicamente la calidad de los programas académicos de educación superior e impulsar su mejoramiento.
- Fomentar en las instituciones de educación superior, a través de sus programas académicos, una cultura de mejora continua.
- Propiciar que el desempeño de los programas académicos alcance parámetros de calidad nacionales e internacionales.
- Contribuir a que los programas dispongan de recursos suficientes y de los mecanismos idóneos para asegurar la realización de sus propósitos.
- Propiciar la comunicación e interacción entre los sectores de la sociedad en busca de una educación de mayor calidad y pertinencia social.
- Promover cambios significativos en las instituciones y en el sistema de educación superior acordes con las necesidades sociales presentes y futuras.
- Fomentar que las instituciones y sus entidades académicas cumplan con su misión y sus objetivos.
- Proveer a la sociedad información sobre la calidad de los programas educativos de nivel superior.

VI. C. PARTICIPACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD DE LAS ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA.

Por otra parte, conforme lo dispone el artículo 94 de la LGS, cada institución de salud, con base en las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría de Salud, establece las bases par la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud, es conforme esta norma de Ley que en el Reglamento Interior de esta Dependencia se le faculta, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a establecer las normas oficiales mexicanas para la formación, capacitación y educación continua.

Es en este escenario, en donde se percibe la única participación autónoma por parte de la Secretaría para el establecimiento de requisitos mínimos para el funcionamiento de instituciones formadoras, siempre y cuando éstas no cuenten con campos clínicos propios y los acuerdos sectoriales en la materia se mantengan estables entre las instituciones de salud. De esta manera se han mantenido vigentes la normatividad operativa para el uso de campos clínicos en el internado médico y la correspondiente a la prestación del servicio social.

VII. PARTICIPACIÓN DE LOS ORGANISMOS DEL SECTOR SOCIAL EN LA ACREDITACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD DE LAS ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA

VII. A. CONSEJO PARA LA ACREDITACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR, A.C. (COPAES).

VII. A. 1. OBJETO

El COPAES es la instancia surgida del sector social, capacitada y reconocida por el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Educación Pública (SEP), para conferir reconocimiento formal a favor de organizaciones

cuyo fin sea acreditar programas académicos de educación superior que ofrezcan instituciones públicas y particulares, previa valoración de su capacidad organizativa, técnica y operativa, de sus marcos de evaluación para la acreditación de programas académicos, de la administración de sus procedimientos y de la imparcialidad del mismo. El COPAES estará integrada en todo tiempo por personas morales, públicas o privadas, de nacionalidad mexicana.

VII. A. 2. COMPROMISOS DEL COPAES CON LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA.

Planteados de manera general, los principales compromisos son:

1. Reconocer los procesos de acreditación de programas académicos que tomen en cuenta la idoneidad del conjunto de factores que intervienen en la calidad, especialmente el profesorado, el equipamiento, el currículum, la infraestructura, los servicios institucionales de apoyo al aprendizaje. Los métodos e instrumentos para la evaluación de dicho aprendizaje, y los patrones comunitarios de interacción académica;

2. Elaborar, y someter a la consideración y aprobación de la SEP, los lineamientos y criterios acordes con el fin primero del consejo, para reconocer formalmente a las organizaciones acreditadoras de programas académicos que los cumplan.

3. Someter a la consideración y aprobación de la SEP el marco normativo y los criterios de calidad que deberán aplicar las organizaciones acreditadoras de programas académicos de educación superior a fin de merecer el reconocimiento del COPAES;

VII. B. CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA, A.C. (COMAEM).

El COMAEM, acreditado recientemente por el COPAES, asume el papel de censor imparcial de la calidad de los programas de formación, lo que acredita oficialmente ante la sociedad, adjudicándole carácter temporal, dada la dinámica que el proceso educativo, el avance del conocimiento y la tecnología aplicable imponen a los programas de formación de médicos.

VII. B. 1. INTEGRANTES.

El COMAEM esta formado con representantes de:

- Escuelas y Facultades de Medicina;
- Academia Nacional de Medicina, Mexicana de Cirugía;
- Secretaría de Salud;
- Además cuenta con observadores de las principales instituciones:
- IMSS;
- ISSSTE; y
- Colegios médicos y de la sociedad civil.

VII. B. 2. CAMPO DE APLICACIÓN.

Abarca la totalidad de escuelas y facultades de medicina en el país, comprendiendo programas de medicina desde licenciatura, hasta especialización, maestrías y doctorados.

VIII. CONCLUSIONES

VIII. A. SOBRE LOS TRÁMITES DE RECONOCIMIENTO EDUCATIVO

1. La acreditación de programas académicos obliga a las instituciones de Educación Superior a cumplir con criterios, indicadores y parámetros de calidad en su estructura, organización, funcionamiento, insumos, procesos de enseñanza, servicios y resultados.

Recomendación. Es conveniente tomar en consideración la opinión y/o recomendaciones de los organismos acreditadores (CIEES, COMAEM) como requisito para:

- El otorgamiento y retiro del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios; y
- Apertura de nuevos planteles o carreras profesionales de la salud.

En este sentido el Programa Nacional de Educación cuenta entre sus *objetivos estratégicos* con el siguiente:

– Educación Superior de buena calidad.

De este se deriva el siguiente *objetivo particular*:

– Fomentar la mejora y el aseguramiento de la calidad de los programas educativos que ofrecen las instituciones públicas y particulares.

Las *líneas de acción* de este objetivo que tienen relación con la acreditación de programas son las siguientes:

– Promover la evaluación diagnóstica de los programas educativos por parte de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES);

– Impulsar la consolidación del COPAES para asegurar la regulación de los procesos de acreditación;

– Mejorar los requisitos y procedimientos para el otorgamiento del RVOE de estudios del tipo superior y fortalecer la capacidad técnica del gobierno federal para el análisis de las solicitudes, así como para la supervisión;

– Establecer acuerdos con los gobiernos de los estados para aplicar criterios académicos comunes para el otorgamiento del RVOE.

X.B. SOBRE EL FUNCIONAMIENTO CON CALIDAD

2. Reforzar en el marco normativo la participación de estos organismos acreditadores señalando en el proyecto de Norma Oficial Mexicana para la asignación de campos clínicos, la obligatoriedad de las escuelas y facultades de contar con el dictamen de acreditación para la asignación de campos clínicos en las instituciones de salud.

El artículo 89 de la Ley General de Salud menciona que compete a "las autoridades educativas en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de Educación Superior, recomendar normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud".

El artículo 94 de la misma Ley establece que "cada institución de salud, con base en las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría de Salud, establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud".

3. En el Convenio que se establezca entre la COPAES-SSA-SEP se deben promover mecanismos de coordinación que propongan la intervención optativa de estos organismos en la supervisión o evaluación que las autoridades educativas ejercen ante una consideración de insuficiencia en la calidad de los programas.

El Programa Nacional de Educación marca como principales retos en cuestión de Educación Superior:

- Mejorar los requisitos para el otorgamiento del RVOE;
- Simplificar los procedimientos;
- Fortalecer la capacidad técnica de evaluación y de supervisión del gobierno federal y estatal; y
- Lograr acuerdos entre ellos para la aplicación homogénea del marco normativo y así garantizar su cumplimiento.

8. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO SOBRE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Desarrollar el análisis estadístico de la información sobre recursos humanos en salud, para el uso de los tomadores de decisiones y responsables de la emisión y conducción de las políticas públicas en la materia.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Dirección General de Calidad y Educación en Salud determina sobre el análisis estadístico de recursos humanos para la salud, la Dirección de Educación en Salud define la extensión del análisis estadístico en este ámbito; la Subdirección de Políticas Educativas en Salud coordina la recopilación, clasificación, organización y evaluación de la información y el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud propone las tablas de trabajo correspondientes y aplicabilidad de las bases de datos existentes.

2.2 A nivel externo: es aplicable a las instancias que generan y requieren información sobre la formación, capacitación y educación permanente de recursos humanos para la salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para conducir la política nacional en materia de formación, capacitación y educación permanente de los recursos humanos para la salud, para lo que debe contar con estudios e información válida y confiable sobre el tema.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se coordinará con la Dirección General de Información en Salud a fin de aprovechar el acervo de datos sobre recursos humanos en salud que de acuerdo a sus objetivos logren conformar ambas instancias y orientar la integración de información permanente para coadyuvar a la emisión de políticas educativas en salud.

3.3 La Dirección de Educación en Salud durante el desarrollo de este procedimiento integrará de manera permanente indicadores, índices, tasas y porcentajes, entre otras expresiones estadísticas relevantes, para describir la situación de la formación, capacitación y educación permanente de los recursos humanos en salud y su relación con las distintas variables para la prestación de los servicios de salud.

3.4 La Subdirección de Políticas Educativas en Salud y el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud darán seguimiento a los datos obtenidos eventualmente mediante el procedimiento, de acuerdo a la solicitud de la Dirección de Educación en Salud.

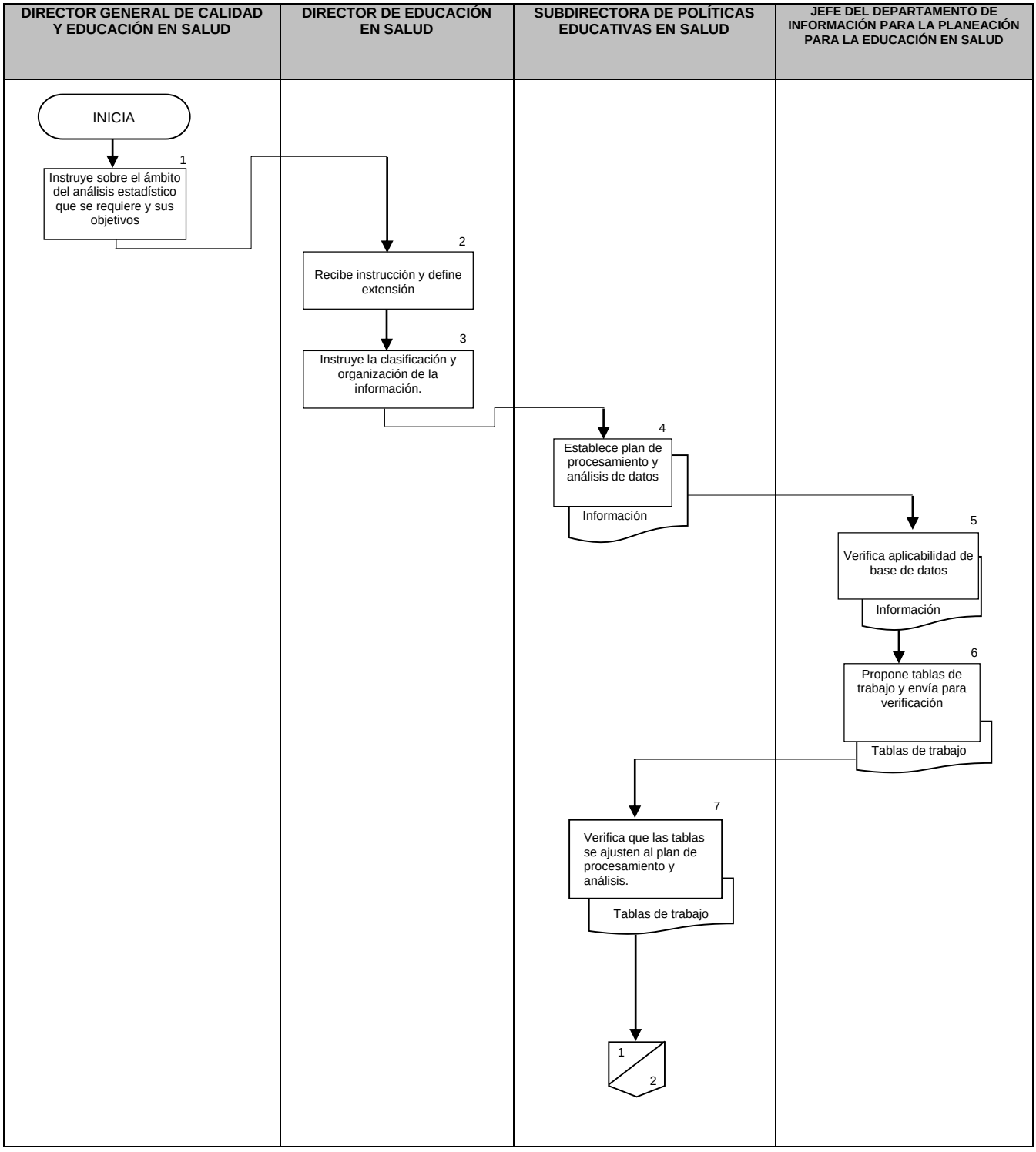
3.5 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Educación en Salud, utilizará como medio de difusión de los resultados del procedimiento publicaciones electrónicas como el Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

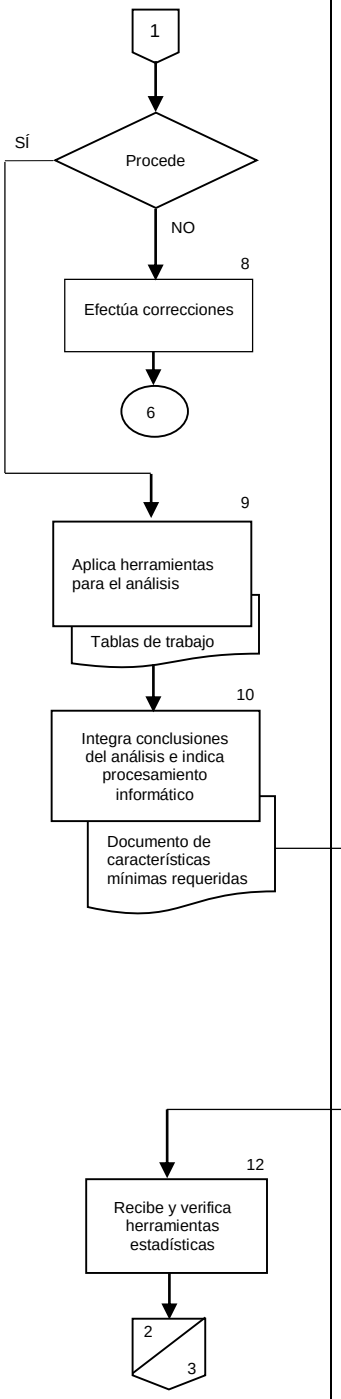
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

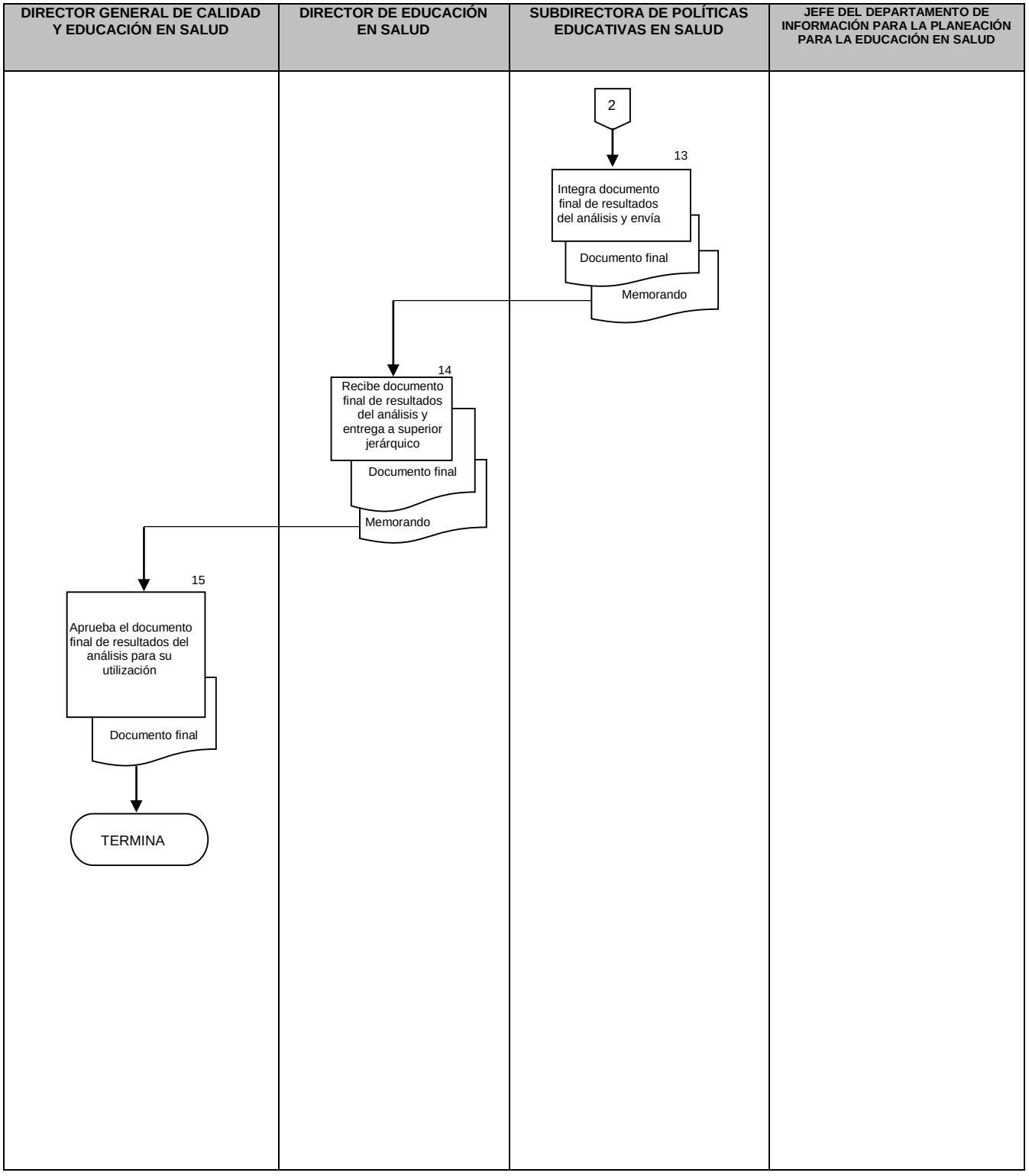
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Instruye a la Dirección de Educación en Salud el ámbito sobre el que se requiere el análisis estadístico y sus objetivos.	
Director de Educación en Salud	2 3	Recibe la instrucción y define la extensión, temporalidad y cuestionamientos iniciales del análisis. Instruye a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud coordinar la clasificación y organización de la información.	
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	4	Establece el plan de procesamiento y análisis de datos conforme las determinantes de la instrucción recibida e indica al Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud el procesamiento de la información.	• Información
Jefe del Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	5 6	Verifica la aplicabilidad de las bases de datos existentes Propone las tablas de trabajo de acuerdo a los objetivos del plan, y envía para verificación.	• Información • Tablas de trabajo
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	7 8 9 10	Verifica que las tablas de trabajo se ajusten al plan de procesamiento y análisis. Procede: NO: Efectúa correcciones. Regresa a la actividad 6. SÍ: Aplica herramientas para la posible interacción de las variables en análisis. Integra conclusiones del análisis que responden a cuestionamientos iniciales conforme requerimiento e indica al Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud el procesamiento informático que se requiera para la presentación de las conclusiones.	• Tablas de trabajo • Documento de características mínimas requeridas
Jefe del Departamento de Información para la	11	Recibe la instrucción y características mínimas requeridas e integra en herramientas estadísticas las	• Documento de características

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Planeación para la Educación en Salud		líneas de conocimiento obtenidas para su exposición y envía.	mínimas requeridas
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	12 13	Recibe y verifica las herramientas estadísticas que exponen las líneas de conocimiento obtenidas. Integra el documento final de los resultados del análisis y envía al Director de Educación en Salud.	• Documento final • Memorando
Director de Educación en Salud	14	Recibe documento final que expone los resultados obtenidos del análisis y entrega a su superior jerárquico.	• Documento final • Memorando
Director General de Calidad y Educación en Salud	15	Aprueba el documento final entregado que contiene el análisis desarrollado por la Dirección de Educación en Salud para su utilización. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• Documento final

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
			


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
2
13
Integra documento final de resultados del análisis y envía
Documento final
Memorando
14
Recibe documento final de resultados del análisis y entrega a superior jerárquico
Documento final
Memorando
15
Aprueba el documento final de resultados del análisis para su utilización
Documento final
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Anuarios y otras publicaciones de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud.	N/A
6.2 Anuarios de ANUIES.	N/A
6.3 Anuarios de INEGI	N/A
6.4 Comunicados de COMAEM	N/A
6.5 Información generada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A
6.6 Catálogos programáticos de los programas nacionales servicio social de las carreras del área, de internado médico y residencias médicas en la Secretaría de Salud	N/A
6.7 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.8 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Tablas de trabajo sobre análisis realizados	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Procesamiento informático: Elaboración de presentaciones en softwares informáticos para ese fin, con el diseño adecuado a los objetivos del análisis.

8.2 Tablas de trabajo: Documento que integra la información recopilada de forma ordenada y sistematizada para responder a los cuestionamientos iniciales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

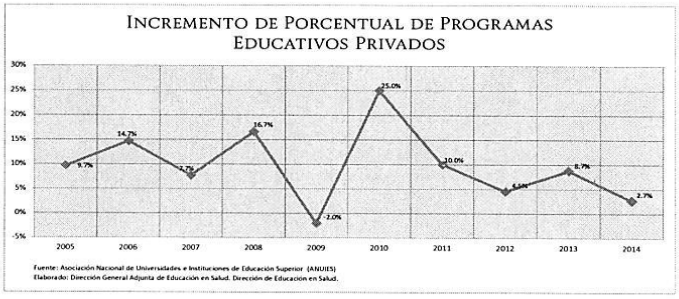
10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

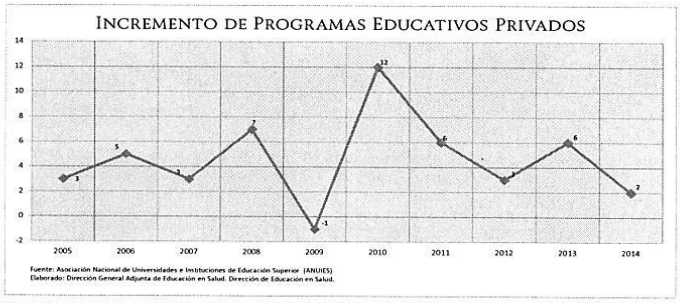
10.1 Tablas de trabajo

10.1 Tablas de trabajo

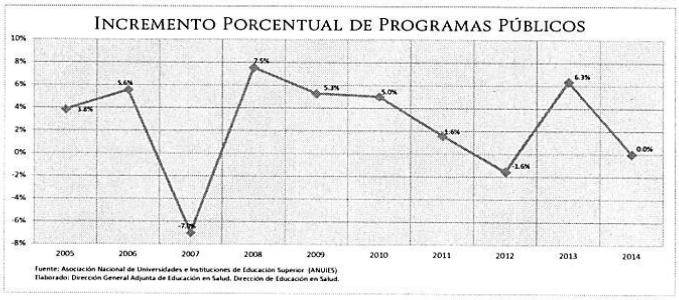
RELACIÓN DE NÚMERO DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y PRIVADOS MEDICINA

Año	No. de Programas Privados	Incremento Programas Privados	Incremento porcentual
2005	31		
2006	34	3	10%
2007	39	5	15%
2008	42	3	8%
2009	49	7	17%
2010	48	-1	-2%
2011	60	12	25%
2012	66	6	10%
2013	69	3	5%
2014	75	6	9%
2015	77	2	3%





Año	No. de Programas Públicos	Incrmento de Programas Públicos	Incremento porcentual de Programas Públicos
2005	52		
2006	54	2	4%
2007	57	3	6%
2008	53	-4	-7%
2009	57	4	8%
2010	60	3	5%
2011	63	3	5%
2012	64	1	2%
2013	63	-1	-2%
2014	67	4	6%
2015	67	0	0%





9. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER Y/O ACTUALIZAR NORMATIVIDAD EN MATERIA DE CAPACITACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Actualizar el marco normativo en materia de capacitación, para estar en posibilidades de orientar el desempeño y desarrollo laboral de los trabajadores.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes giran instrucciones a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud quien a su vez gira las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación para la revisión técnica y actualización de la normatividad en materia de capacitación, ya que es de suma importancia debido a los cambios a nivel global, impedir que se rezague el Proceso de Capacitación en los trabajadores adscritos a las unidades administrativas mencionadas.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades administrativas centrales de la secretaria de salud, proveedores de capacitación del sector público, social o privado del área de la salud, quienes enviarán sus propuestas de modificación a la normatividad en capacitación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Este procedimiento es de suma importancia debido a los cambios a nivel global, impedir que se rezague el Proceso de Capacitación en los trabajadores adscritos a las unidades administrativas mencionadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Educación en Salud será la única facultada para la adecuación, actualización y emisión de los lineamientos normativos.

3.2 Los lineamientos deberán ser emitidos por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.3 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable de difundir los Lineamientos de manera oficial en un plazo no mayor de 30 días hábiles posteriores a la aprobación de la Normatividad.

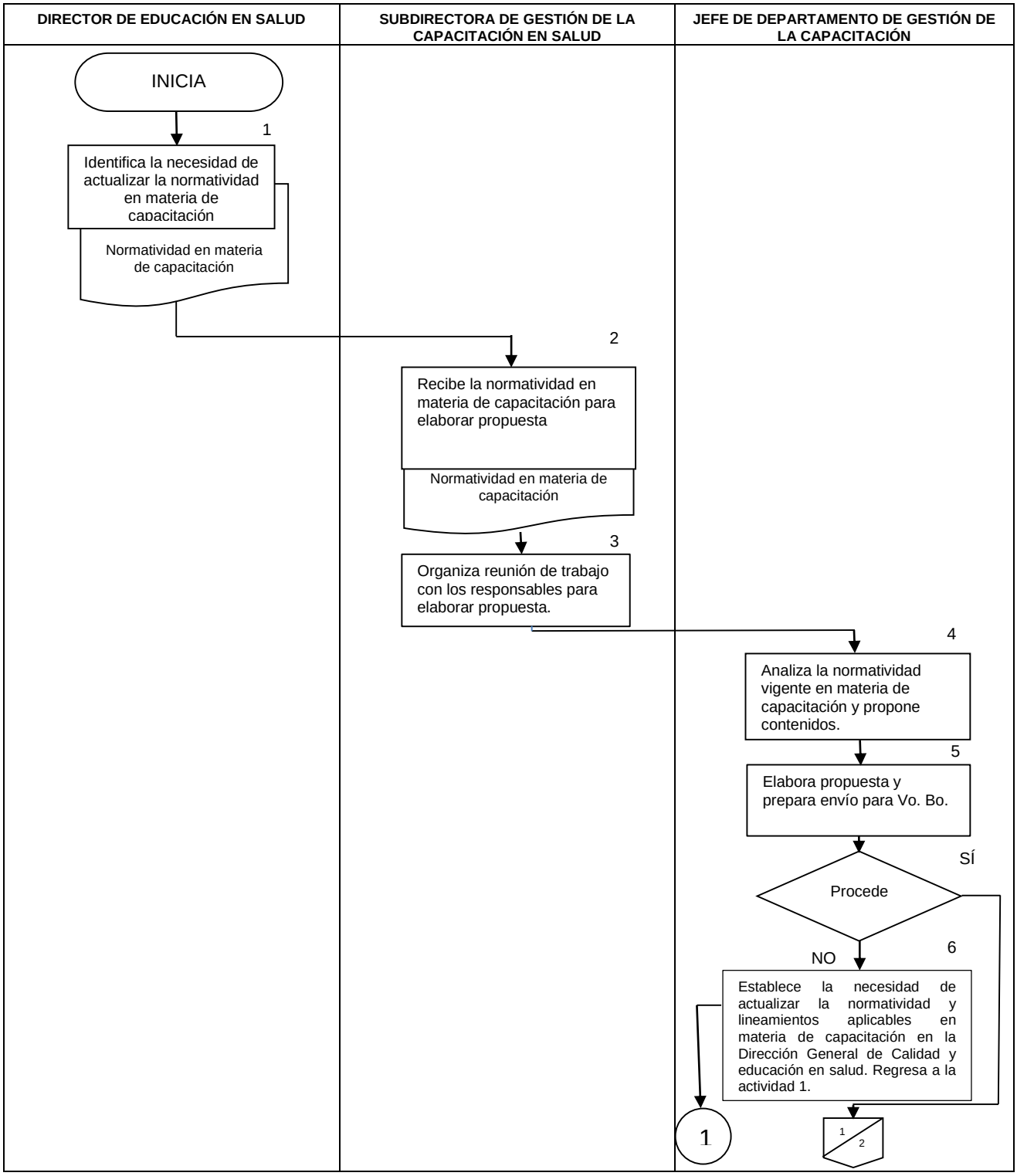
3.4 La Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud, será responsable de recibir la normatividad a actualizar y revisar dicha actualización.

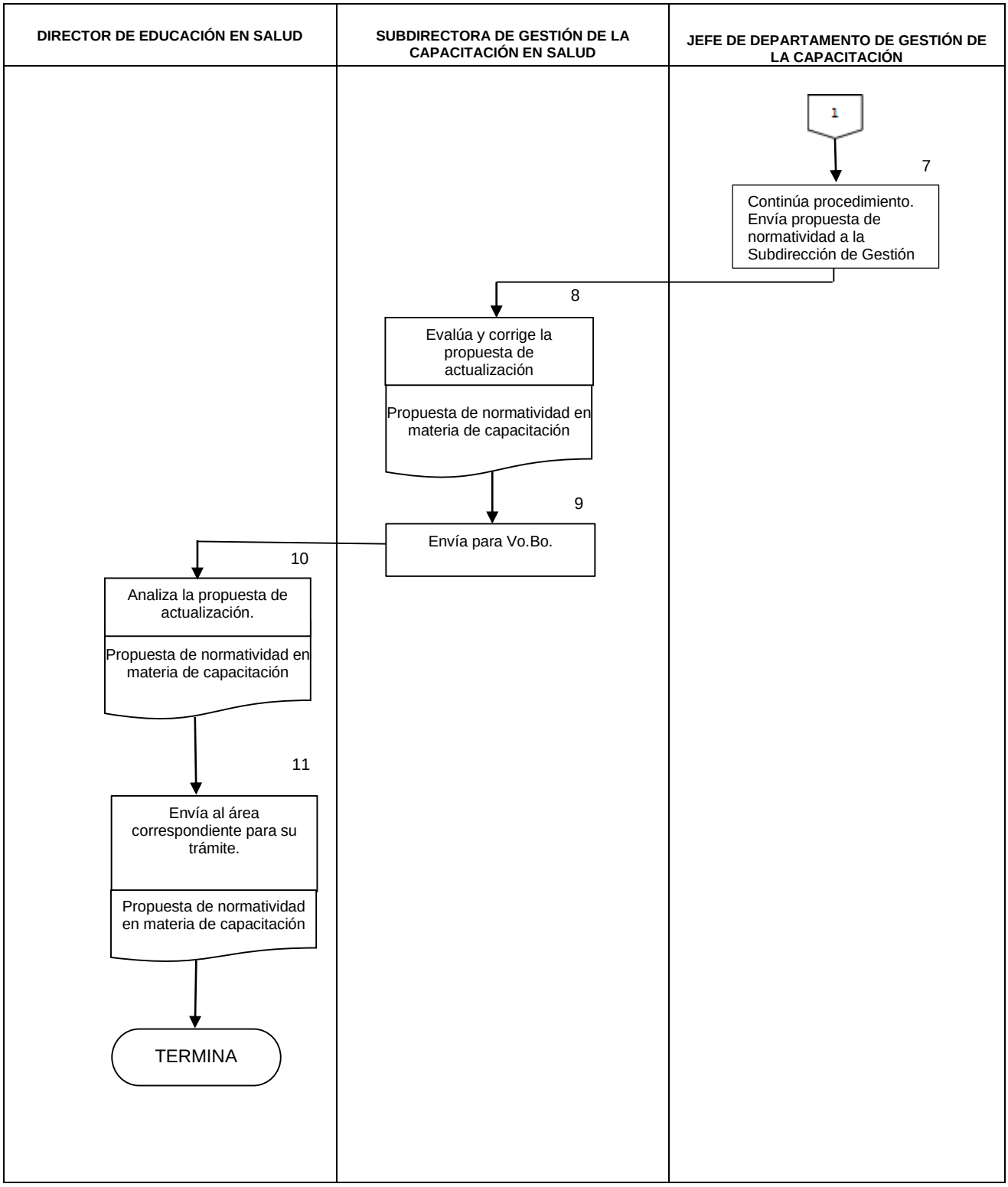
3.5 El Departamento de Gestión de la Capacitación, será responsable de elaborar los lineamientos y procedimientos propuestos a actualizar, conforme a la normatividad vigente en materia de capacitación en la Secretaria de Salud

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	**1**	Identifica la necesidad de actualizar la normatividad en materia de capacitación.	• Normatividad en materia de capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**2**	Recibe la normatividad en materia de capacitación para elaborar propuesta.	• Normatividad en materia de capacitación
	3	Organiza reunión de trabajo con los responsables para elaborar propuesta.	
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación	**4**	Analiza la normatividad vigente en materia de capacitación y propone contenidos.	
	5	Elabora propuesta y prepara envío para Vo. Bo. Procede:	
	6	No: Establece la necesidad de actualizar la normatividad y lineamientos aplicables en materia de capacitación en la Dirección General de Calidad y educación en salud. Regresa a la actividad 1.	
	7	Sí: Continúa procedimiento. Envía propuesta de normatividad a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud.	
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**8**	Evalúa y corrige la propuesta de actualización de la normatividad.	• Propuesta de normatividad en materia de capacitación
	9	Envía para Vo. Bo.	
Director de Educación en Salud	**10**	Analiza la propuesta de actualización.	• Propuesta de normatividad en materia de capacitación
	11	Envía al área correspondiente para su trámite **TERMINA PROCEDIMIENTO**.	• Propuesta de normatividad en materia de capacitación

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
1
7
Continúa procedimiento. Envía propuesta de normatividad a la Subdirección de Gestión
8
Evalúa y corrige la propuesta de actualización
Propuesta de normatividad en materia de capacitación
9
Envía para Vo.Bo.
10
Analiza la propuesta de actualización.
Propuesta de normatividad en materia de capacitación
11
Envía al área correspondiente para su trámite.
Propuesta de normatividad en materia de capacitación
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	Aplica
6.3 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	Aplica
6.4 Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	Aplica
6.5 Criterios para dictaminar técnicamente eventos de capacitación	Aplica
6.6 Lineamientos para el otorgamiento de aval institucional a eventos de capacitación de recursos humanos en salud	Aplica
6.7 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.8 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Normatividad Vigente en Materia de Capacitación	6 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ámbito laboral: Comprende la estructura técnico- administrativa, el ámbito físico de trabajo, la relación entre áreas internas, clima social y las condiciones de realización del trabajo, la interacción de estos elementos influye positiva o negativamente en el desarrollo presente o futuro de la organización.

8.2 Área médica: Comprende exclusivamente a trabajadores del grupo médico que a su vez se clasifica en las ramas médica, paramédica, afín y confianza médica.

8.3 Capacitación: Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.
b) De actualizar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación.

c) De prevenir riesgos de trabajo, y
d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

8.4 Macro entorno: Son los factores o elementos que pueden afectar la organización, en el plano nacional, regional o local, de manera positiva o negativa, presente o futura en materia política, de legislación, tecnológica y de medio ambiente, sociedad, cultura y desarrollo tecnológico.

8.5 Modelo de Gestión de la Calidad de la Capacitación: Conjunto estructurado de requisitos de calidad en materia de capacitación, que determinan un marco de trabajo orientativo para desarrollar y hacer operativas las actividades de capacitación del personal del Área Médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Propuesta de normatividad en materia de capacitación

10.1 PROPUESTA DE NORMATIVIDAD EN MATERIA DE CAPACITACIÓN

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CRITERIOS PARA DICTAMINAR TÉCNICAMENTE EVENTOS DE CAPACITACIÓN CON COSTO
SUBCOMITÉ DE CAPACITACIÓN TÉCNICO-MÉDICO

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

México, D.F. noviembre, 2014

10. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos para elaborar el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del personal adscrito a la Dirección General de Calidad Educación en Salud, para identificar y los requerimientos en materia de capacitación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes emiten las instrucciones a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud a su vez gira las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación, para que se realice la Identificación de Necesidades de Capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud , de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Dirección General de Recursos Humanos, para conocer los requerimientos en materia de capacitación de los trabajadores de esta unidad administrativa. Este procedimiento nos permite identificar las necesidades de capacitación del personal adscrito a ésta unidad administrativa y así poder diseñar el Programa Específico de Capacitación.

2.2 A nivel externo, la información generada con el procedimiento se envía a la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud. Esta instancia administrativa integrará nuestra información para tener el Diagnostico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para integrar el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, se consideran los elementos del macro entorno y ámbito laboral del Modelo de Gestión de la Capacitación del Personal de la Secretaría de Salud, todo ello con base a los lineamientos que emite la Dirección General de Recursos Humanos.

3.2 Los lineamientos y procedimientos para elaborar el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, son emitidos por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, en el área administrativa con apego a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo y el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud y la Dirección de Educación en Salud es responsable de dar seguimiento.

3.3 La Dirección de Educación en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable de la difusión de los lineamientos y procedimientos de Detección de Necesidades de Capacitación a las diferentes Direcciones de Área y a la Coordinación Administrativa convocándolas a participar, por parte de la Dirección de Educación en Salud.

3.4 La Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud, es responsable de coordinar la aplicación del proceso de Detección de Necesidades de Capacitación.

3.5 La Dirección de Educación en Salud es responsable de la participación para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, por parte de las Direcciones de Área y Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, una vez que la Dirección

General de Recursos Humanos ha emitido los lineamientos y las fechas para la entrega de los resultados, correspondiéndole a la Dirección de Educación en Salud la recepción, integración, procesamiento, análisis e interpretación de la Información.

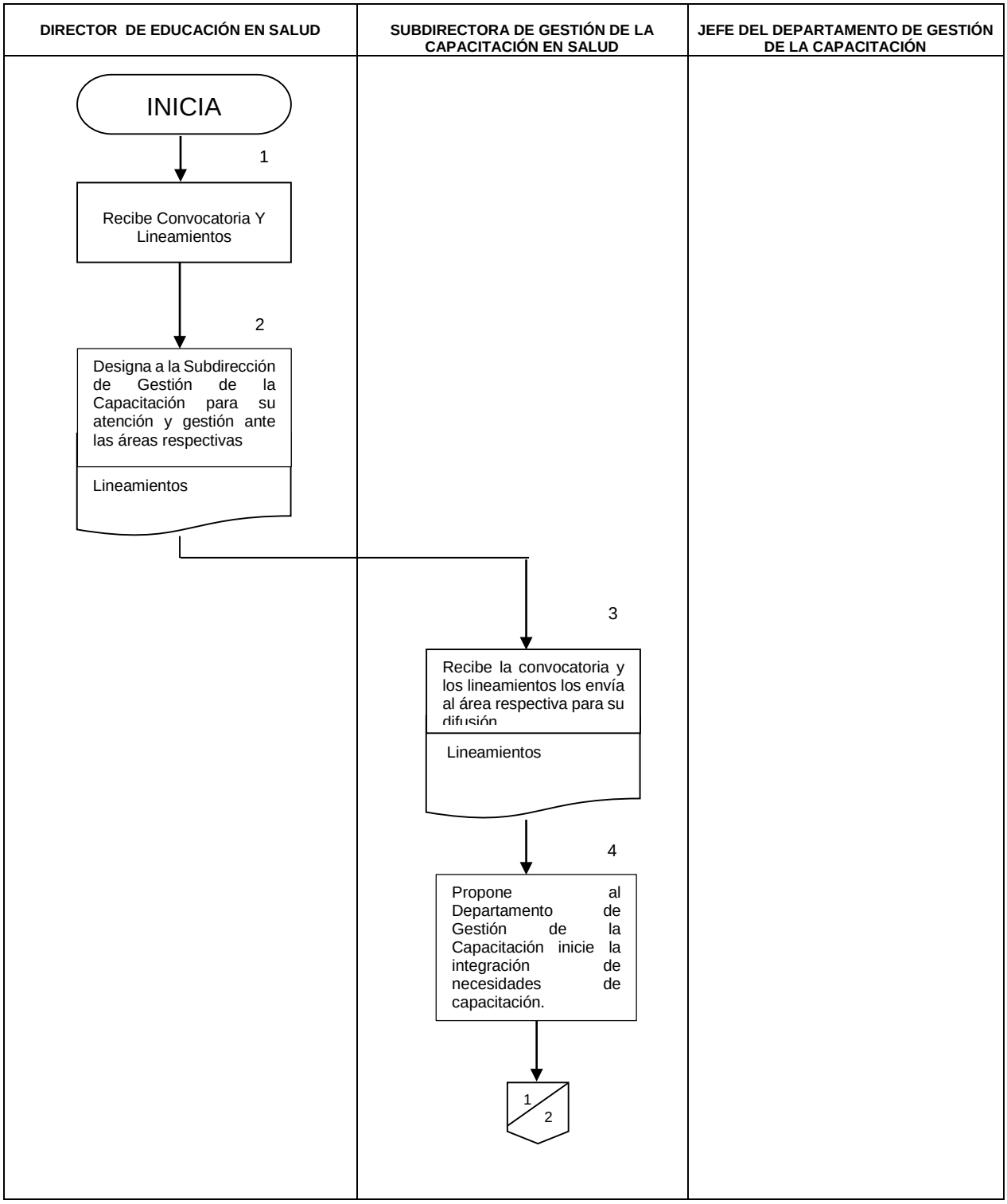
3.6 Las Direcciones de Área y la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud son responsables del envío a la Dirección de Educación en Salud los resultados del proceso de identificación de necesidades de capacitación en los tiempos establecidos en la convocatoria.

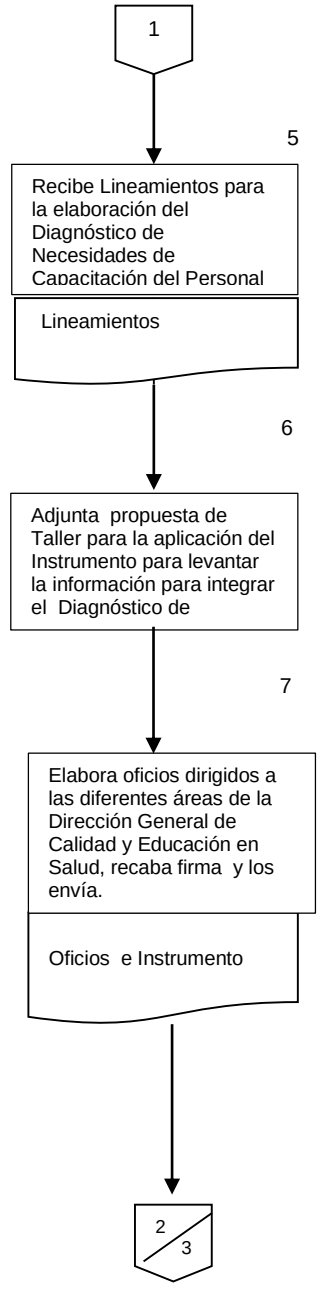
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

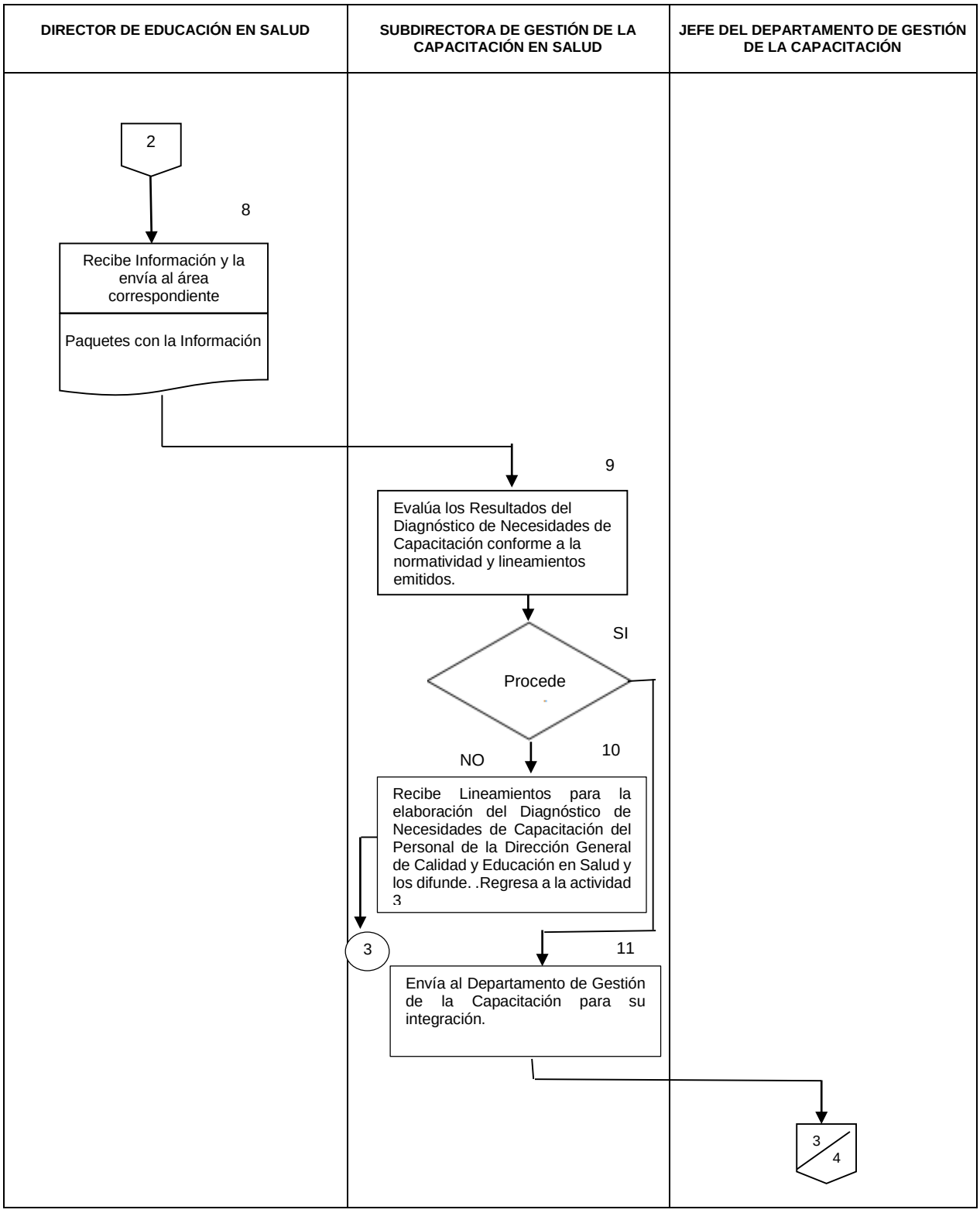
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	**1**	Recibe la convocatoria y lineamientos para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	• Lineamientos
	2	Designa a la Subdirección de Gestión de la Capacitación para su atención y gestión ante las áreas respectivas	
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**3**	Recibe la convocatoria y los lineamientos para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y los envía al área respectiva para su difusión.	• Lineamientos.
	4	Propone al Departamento de Gestión de la Capacitación inicie la integración de necesidades de capacitación.	
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	**5**	Recibe Lineamientos para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y los difunde.	• Lineamientos
	6	Adjunta propuesta de Taller para la aplicación del Instrumento para levantar la información para integrar el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	• Instrumento
	7	Elabora oficios dirigidos a las diferentes áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, recaba firma y los envía.	• Oficios
Director de Educación en Salud	**8**	Recibe los paquetes con la información de las diferentes Direcciones de Área y los envía a la Subdirección de Gestión de la Capacitación para su análisis e integración.	• Oficio y paquetes con la información

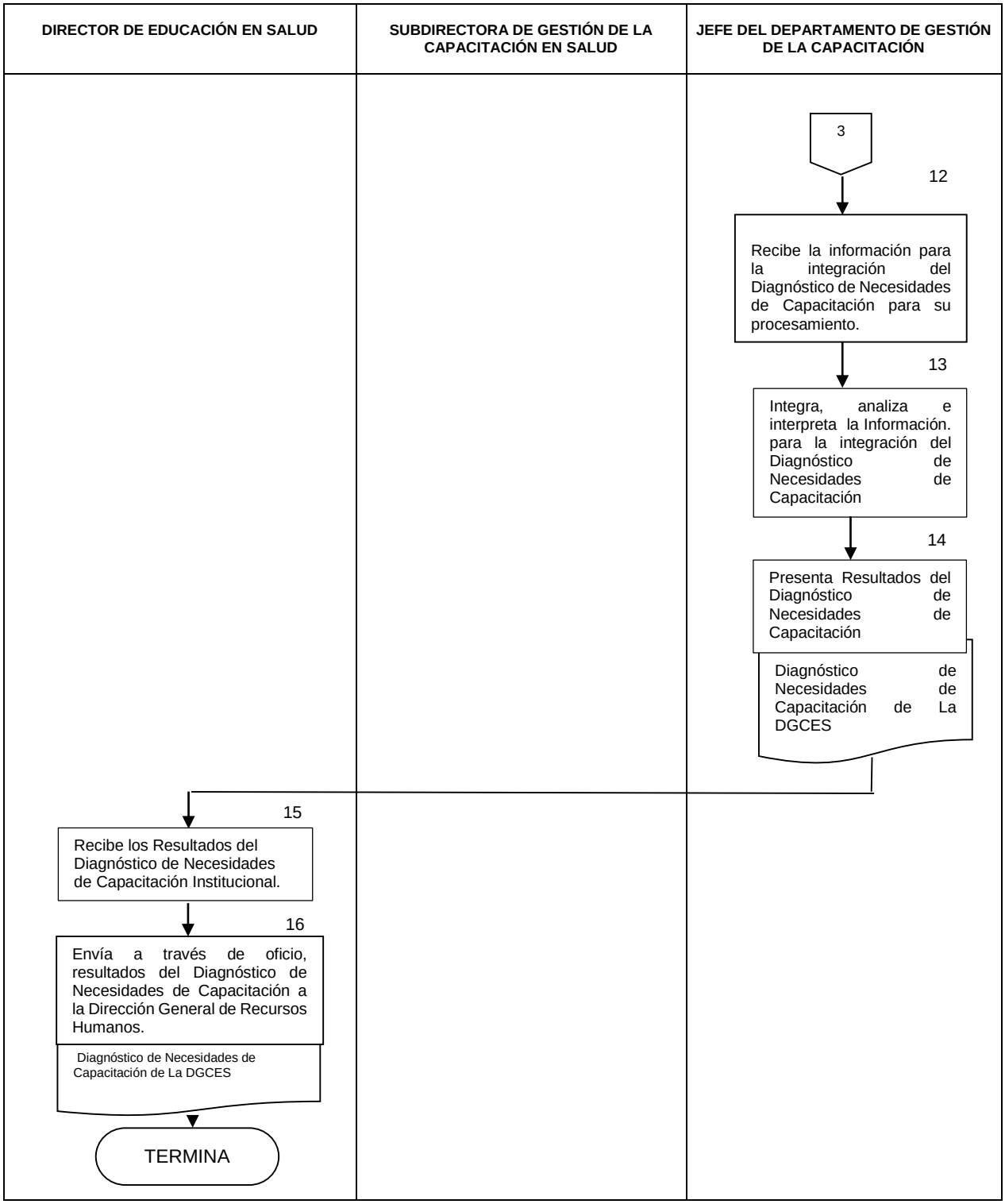
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**9**	Evalúa los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos. Procede:	• Oficio y observaciones
	10	No: Recibe Lineamientos para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y los difunde. .Regresa a la actividad 3	
	11	Si, Envía al Departamento de Gestión de la Capacitación para su integración.	
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	**12**	Recibe la información para la integración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación para su procesamiento.	• Diagnóstico de necesidades de capacitación de la DGCES
	13	Integra, analiza e interpreta la Información. para la integración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.	
	14	Presenta Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación	
Director de Educación en Salud	**15**	Recibe los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional.	• Diagnóstico de necesidades de capacitación de la DGCES
	16	Envía a través de oficio, resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación a la Dirección General de Recursos Humanos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
		


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
2
8
Recibe Información y la envía al área correspondiente
Paquetes con la Información
9
Evalúa los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación conforme a la normatividad y lineamientos emitidos.
SI
Procede
NO
10
Recibe Lineamientos para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y los difunde. .Regresa a la actividad 3
3
11
Envía al Departamento de Gestión de la Capacitación para su integración.
3
4


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN
3
12
Recibe la información para la integración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación para su procesamiento.
13
Integra, analiza e interpreta la Información. para la integración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación
14
Presenta Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación
Diagnóstico de Necesidades de Capacitación de La DGCES
15
Recibe los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional.
16
Envía a través de oficio, resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación a la Dirección General de Recursos Humanos.
Diagnóstico de Necesidades de Capacitación de La DGCES
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación	3 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	N/A
7.2 Oficio y Lineamientos	3 años	Dirección de Educación en Salud	N/A
7.3 Paquetes con la información	3 años	Dirección de Educación en Salud	N/A
7.4 Oficio y observaciones	3 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	N/A
7.5 Diagnóstico de Necesidades de Capacitación de la DGCES	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	N/A
7.6 Oficio y Diagnostico de Necesidades de Capacitación de la DGCES	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ámbito laboral: Comprende la estructura técnico- administrativa, el ámbito físico de trabajo. la relación entre áreas internas, clima social y las condiciones de realización del trabajo, la interacción de estos elementos influye positiva o negativamente en el desarrollo presente o futuro de la organización.

8.2 Capacitación: Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.

b) De preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación actualmente llamado “pie de rama”.

c) De prevenir riesgos de trabajo, y

d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

8.3 Diagnóstico de Necesidades de Capacitación: Es el proceso mediante el cual se captan los requerimientos de capacitación del personal a través del análisis comparativo entre los conocimientos, habilidades y/o destrezas y actitudes inherentes a cada puesto y las características particulares que sobre estos mismos conceptos poseen los trabajadores.

8.4 Macroentorno: Son los factores o elementos que pueden afectar la organización, en el plano nacional, regional o local, de manera positiva o negativa, presente o futura en materia política, de legislación, tecnológica y de medio ambiente, sociedad y cultura y desarrollo tecnológico.

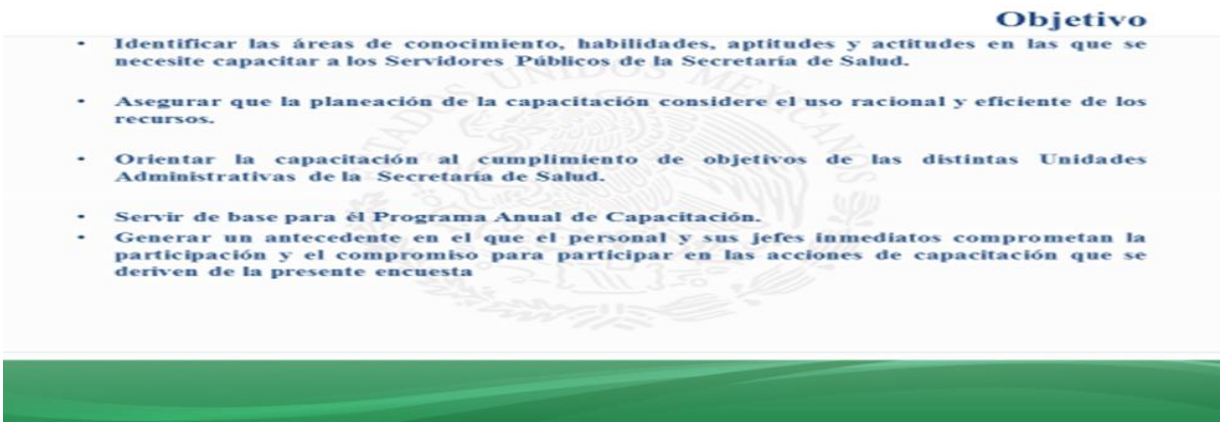
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

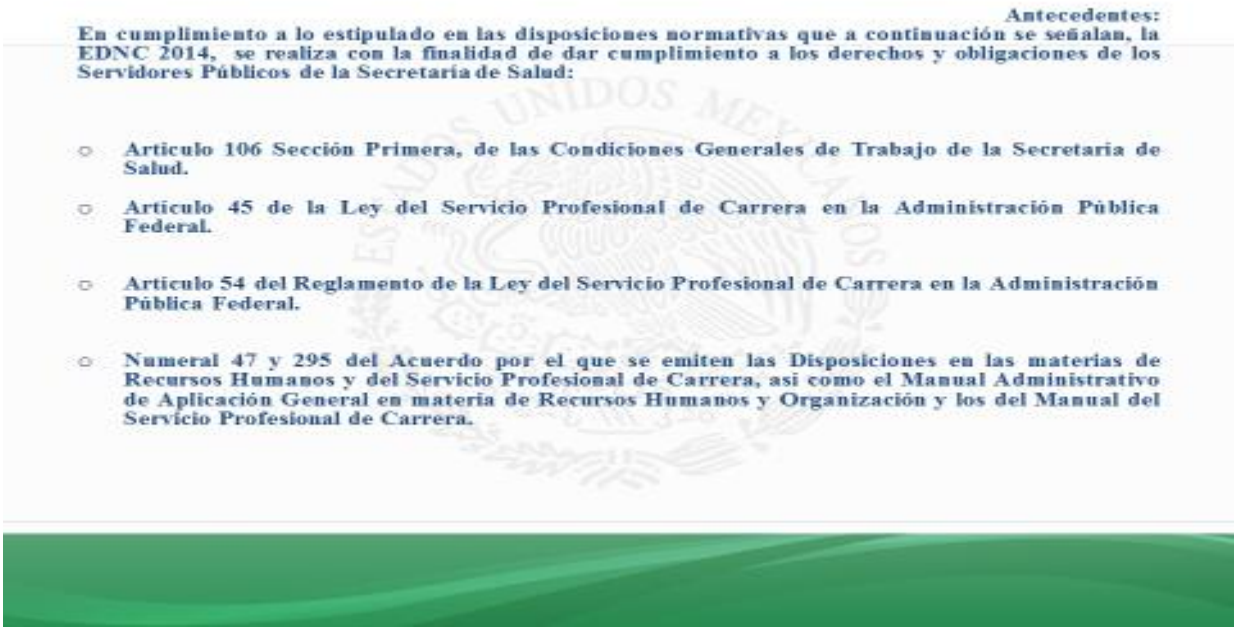
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lineamientos
10.2 Cuestionario para la Detección de Necesidades de Capacitación DN03-10
10.3 Oficio de Convocatoria
10.4 Diagnóstico de necesidades de capacitación de la DGCES

10.1 Lineamientos





10.2 Cuestionario para la Detección de Necesidades de Capacitación DN03-10

70 AÑOS SALUD SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Recursos Humanos
Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación

RFC | **CURP** #N/A

OBJETIVO: Brindar al personal que forma parte de la Secretaría de Salud, la formación, actualización y capacitación en los conocimientos y habilidades que requieran para desempeñar las funciones de su competencia, así como propiciar un desarrollo profesional, laboral y personal en un ambiente de igualdad de oportunidades, respeto a la diversidad y equidad.

DIRIGIDO A: **Personal de base y confianza de la Secretaría de Salud.**

I. Datos Generales

Nombre	#N/A (Ap. Paterno)	#N/A (Ap. Materno)	#N/A (Nombre (s))
Puesto	#N/A		
Género	Hombre: #N/A	Mujer: #N/A	
Horario de Labores	vespertino		
Unidad de Adscripción	#N/A		
Área de Adscripción	DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD		
Funciones que realiza	Administrativas		
Nombre del Jefe Inmediato	(Ap. Paterno)	(Ap. Materno)	(Nombre (s))

II. Necesidades de Capacitación

A continuación se presentarán una serie de preguntas que buscan orientar las acciones de capacitación, por lo que es muy importante que proporcione la información que considera necesaria para fortalecer la capacitación para la mejora de su desempeño. Las opciones incluyen cursos de formación personal y profesional.

1. Seleccione tres cursos a los que haya acudido durante el 2013.

Administración de la Salud Pública
Desarrollo y formación de instructores

2. De estos cursos ¿en cuál le gustaría dar continuidad durante el 2014?

Administración de la Salud Pública
Desarrollo y formación de instructores

3. ¿Qué cursos considera que serían necesarios para mejorar el desempeño de sus labores?

5. ¿Qué cursos consideraría que podrían impulsar su desarrollo humano?

6. ¿ Requiere de algun conocimiento en especifico para mejorar el desarrollo de sus funciones?

7. De los siguientes Manuales de Aplicación General en la Administración Pública Federal ¿Cuáles considera que es necesario conocer para un mejor desempeño de sus funciones?

Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	
Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno	
Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	
Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros	
Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera.	
Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales	
Manual Administrativo de Aplicación General en Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Seguridad (MAAGTICS)	
Manual Administrativo de Aplicación General en las materias de Transparencia y de Archivos.	

8. De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles considera que serían las limitantes para que pudiera acudir a cursos de capacitación?

Jefe inmediato no le permite inscribirse al curso	
No se tiene conocimiento de los cursos que se estan impartiendo	
Los cursos no son de su interés	
Exceso de trabajo, lo cual le impide asistir	
Los horarios en los que se imparten los cursos no le permiten asistir	x
No se difunde al interior el calendario con los cursos de capacitación	

9. La capacitación tiene como finalidad desarrollar sus habilidades y las destrezas como parte del equipo de trabajo, en este sentido:
¿Considera que su jefe inmediato se involucra con su capacitación?

10.3 Oficio de Convocatoria

No. DGANES/ /2014

México D.F., a 21 de Enero de 2014

Asunto: Convocatoria para participar en la Aplicación de la Cédula para la Detección de Necesidades de Capacitación 2014.

MTRA. JUANA JIMÉNEZ SÁNCHEZ
Directora de Enfermería
P r e s e n t e

En cumplimiento a lo estipulado en las disposiciones normativas que a continuación se señalan, la Encuesta para la
Detección de Necesidades de Capacitación 2014, se realiza con la finalidad de dar cumplimiento a los derechos y obligaciones de los Servidores Públicos de la Secretaría de Salud:

- Articulo 106 Sección Primera, de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
- Artículo 45 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.
- Artículo 54 del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.
- Numeral 47 y 295 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y los del Manual del Servicio Profesional de Carrera.

Por lo anterior le solicito convoque al Personal de Base adscrito a la Dirección a su cargo participe respondiendo dicha Encuesta, la cual ya les fue enviada a su correo electrónico en el cual se les indica el procedimiento para contestarla y remitirla al correo electrónico vicnuro@hotmail.com , a mas tardar el próximo VIERNES 24 DE ENERO DE 2014.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración y aprovecho la ocasión para enviarles un afectuoso saludo.

A t e n t a m e n t e
Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Salud

Dra. Miriam Veras Godoy

MGDCO/AACG/MACS/vnr

10.4 Diagnóstico de necesidades de capacitación de la DGCES

CONCENTRADO DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN ESPECIFICAS POR DIRECCIÓN DE ÁREA

No.	DIRECCIÓN DE ÁREA	Subdirectores	Jefe de Departamento	Personal Operativo	Tema Específico 1	Tema Específico 2	Tema Específico 3	Tema Específico 4	Tema Específico 5
1	Procesos Normativos en Salud	3	6	24	Legislación en Salud	Planeación Estratégica	Manejo de Agenda y Archivo Electrónico	Habilidades Gerenciales	Manifestación del Impacto regulatorio
2	Automatización de Procesos y Soporte Técnico	1	2	14	Programación Avanzada en JAVA	Diplomado en Seguridad Informática	Desarrollo de Aplicaciones para dispositivos Moviles APPS		
3	Seguridad del Paciente	1	0	8	Investigación de Seguridad del Paciente	Indicadores Internacionales de Seguridad del Paciente	Elaboración y Utilización de Herramientas para mejorar la Gestión Hospitalaria	Taller para la Elaboración de cursos de autoaprendizaje a través de medios virtuales	
4	Estomatología	1	2	5	Calidad, liderazgo y Gestión de Riesgos	Planeación Estratégica	Uso de Herramientas Gerenciales	Orientación a Resultados	Mecanismo de garantía de calidad en Salud (Certificación Profesional, Acreditación y Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud)
5	Enfermería	1	2	12	Planeación Estratégica	Taller de elaboración de Indicadores de Resultados	Trabajo en Equipo		
6	Mejora de Procesos	2	4	7	Visión Estratégica	Modelos de Participación Ciudadana y Contraloría Social	Etica en la atención a los usuarios del Servicio de Salud	Orientación a Resultados y Trabajo en Equipo	Ley Gral de salud y Sistemas de Financiamiento a Entidades Federativas
7	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	1	1	11	Redacción de Documentos	Ortografía y Redacción	Actualización de paquetería en Office 2010, bases	Desarrollo de equipos de trabajo de alto desempeño	Proceso administrativo
8	Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios			15	Auditoría Médica	Trabajo en Equipo	Negociación	Elaboración de Manuales de Procedimientos	Administración por Procesos
9	Educación en Salud	3	4	47	Computo y Seguridad de la Información	Manejo Presupuestal y Procesos Licitatorios	Archivo y Correspondencia	Manejo de Conflictos y Liderazgo	Administración Estratégica
10	Subdirección de Gestión de la Capacitación		1	16					
11	Coordinación Administrativa	1	1	55	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	Clasificador por Objeto del Gasto	Capacidades Gerenciales (Liderazgo, Negociación, Orientación a Resultados, Trabajo en Equipo y Visión	Clasificación de Archivo

11. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar el Programa Específico de Capacitación, para dar respuesta a las necesidades de capacitación identificadas del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección de Educación en Salud quienes emiten las instrucciones para elaborar el programa específico de capacitación a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud quien a su vez gira las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación, que coordine la elaboración del programa específico de capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

2.2 A nivel externo, el Programa Específico de Capacitación del Personal es la evidencia de responder a las demandas de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, quien es la instancia que norma el proceso de capacitación al personal Administrativo de la Secretaría de Salud

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Programa Anual de Capacitación elaborado por la Dirección de Educación en Salud debe orientarse al desarrollo del Capital Humano de la Institución, e integra eventos que contemplen las tres áreas sustantivas: Educación, Normatividad y Calidad, así como al personal de Servicios Generales de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.2 El Programa Anual de Capacitación, debe ser congruente con los resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación de cada Dirección de Área y Coordinación Administrativa.

3.3 La Dirección de Educación en Salud, la Subdirección y el Departamento de Gestión de la Capacitación deben promover la participación del personal en el Programa Anual de Capacitación, ocupando los lugares que se les asignan

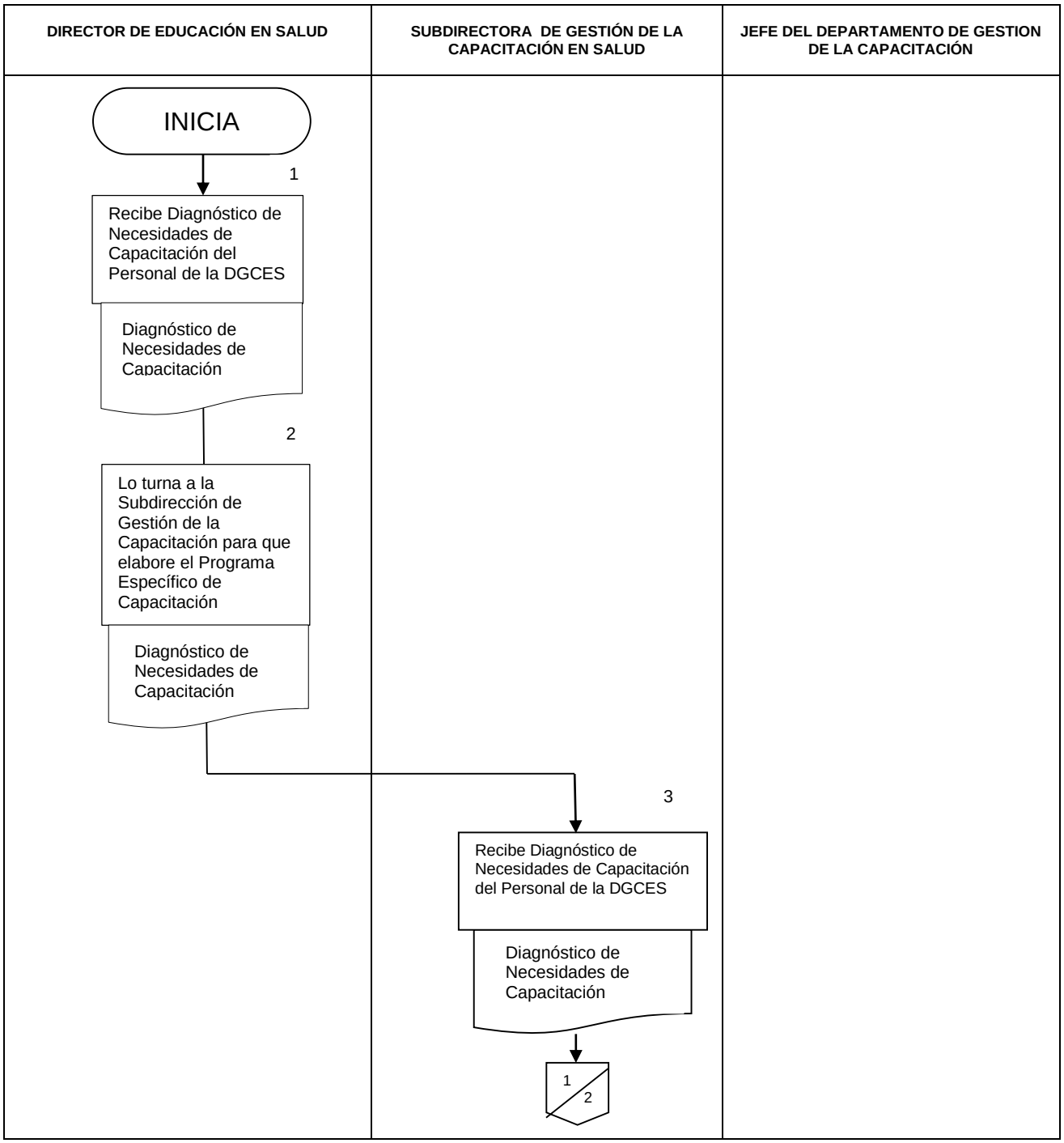
3.4 Preferentemente el Programa Anual de Capacitación debe cubrir el 100% de los trabajadores, adscritos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por lo que la Dirección de Educación en Salud es responsable de informar a la Dirección General de Recursos Humanos sobre el Programa específico de capacitación del Personal de la Unidad Administrativa.

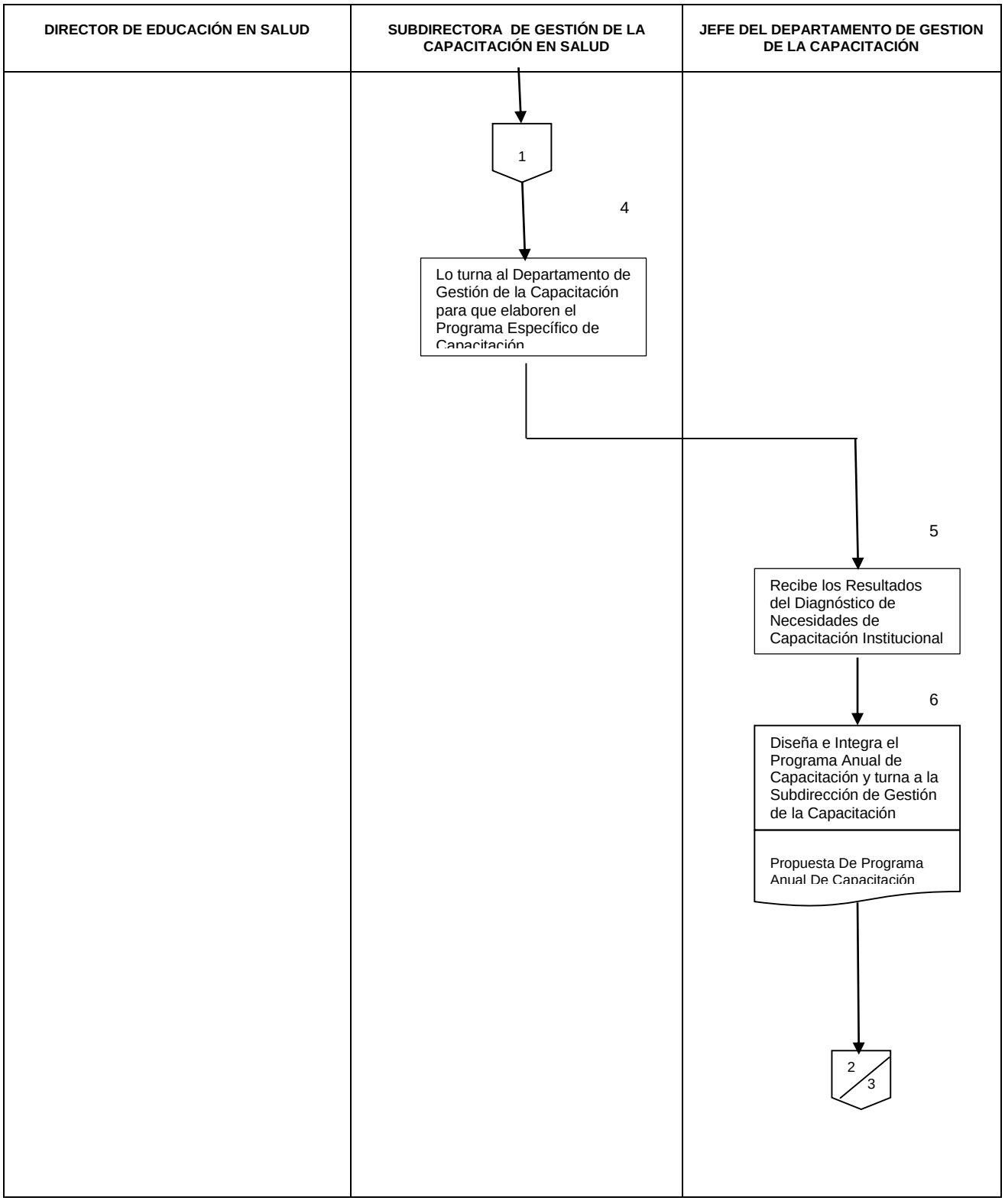
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

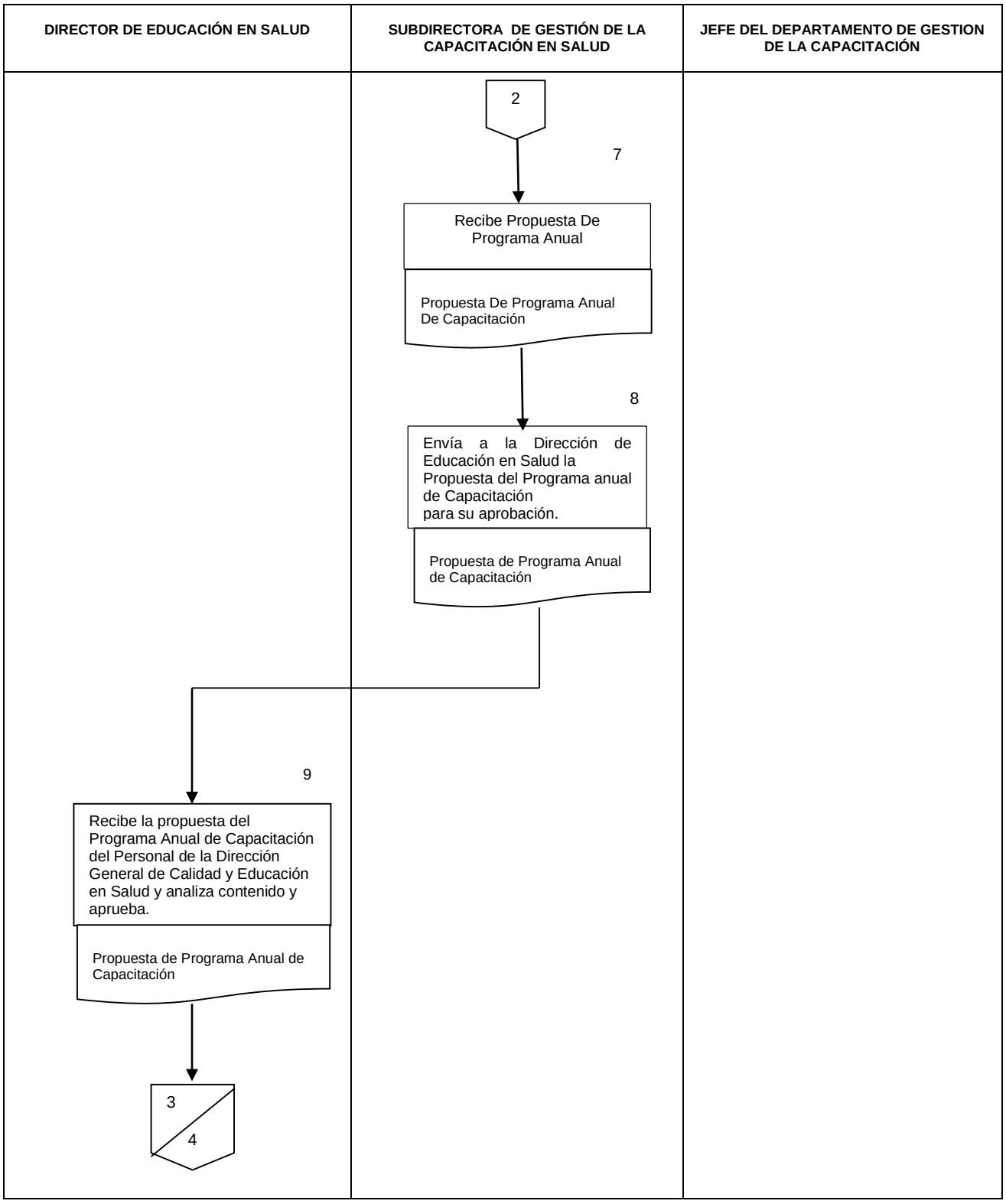
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	**1**	Recibe los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional	• Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional
	2	Dirige a la Subdirección de Gestión de la Capacitación para que elaboren el Programa Específico de Capacitación.	
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**3**	Recibe los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional	• Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional
	4	Proporciona al Departamento de Gestión de la Capacitación para que elaboren el Programa Específico de Capacitación.	
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	**5**	Recibe los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional	• Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional
	6	Diseña e integra el Programa Anual de Capacitación con base en el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y el Presupuesto asignado para tal fin, y lo turna a la Subdirección de Gestión de la Capacitación	• Propuesta de Programa Anual de Capacitación .
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**7**	Recibe propuesta del Programa Anual de Capacitación y verifica contenido	• Propuesta de Programa Anual de Capacitación
	8	Envía a la Dirección de Educación en Salud la propuesta el Programa anual de capacitación para su aprobación.	
Director de Educación en Salud	**9**	Recibe la propuesta del Programa Anual de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y analiza contenido y aprueba.	• Propuesta de Programa Anual de Capacitación
	10	Presenta la Propuesta del Programa Anual de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud ante el Director General para su autorización.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	11	Envía a la Dirección General de Recursos Humanos el Programa Anual de Capacitación del Personal de la DGCES.	
		Procede:	
	12	No: Diseña e integra el Programa Anual de Capacitación con base en el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y el Presupuesto asignado para tal fin, y lo turna a la Subdirección de Gestión de la Capacitación. regresa a la actividad 1	
		Sí: Continúa procedimiento	
	13	Recibe de la Dirección General de Recursos Humanos el Programa Anual de Capacitación del Personal de la DGCES autorizado y lo envía al Departamento de Gestión de la Capacitación para su operación.	
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	**14**	Recibe de la Dirección de Educación en Salud el Programa Anual de Capacitación del Personal de la DGCES autorizado.	• Programa Anual de Capacitación
	15	Difunde el Programa Anual de Capacitación, entre el personal de la DGCES.	
	16	Prepara, organiza y ejecuta el desarrollo de los eventos que conforman el Programa Anual de Capacitación.	
	17	Realiza inscripción y conformación de los grupos.	
	18	Desarrolla los eventos de capacitación.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

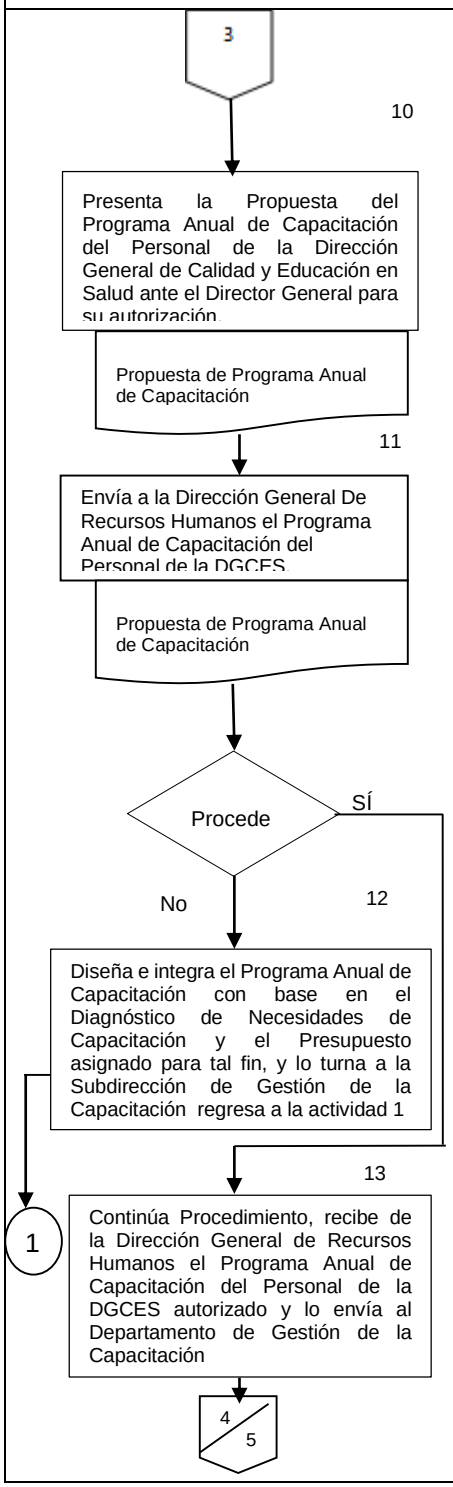
5. DIAGRAMA DE FLUJO.



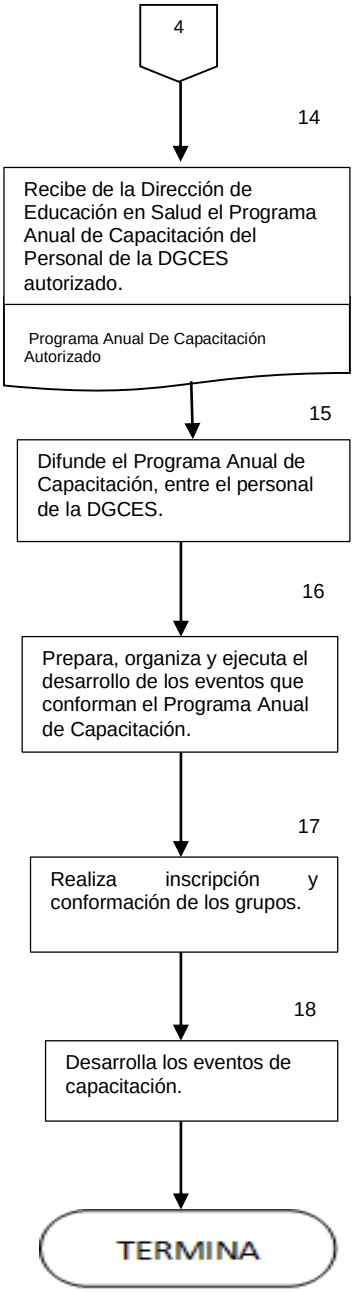

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
1
4
Lo turna al Departamento de Gestión de la Capacitación para que elaboren el Programa Específico de Capacitación
5
Recibe los Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional
6
Diseña e Integra el Programa Anual de Capacitación y turna a la Subdirección de Gestión de la Capacitación
Propuesta De Programa Anual De Capacitación
2
3


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
2
7
Recibe Propuesta De Programa Anual
Propuesta De Programa Anual De Capacitación
8
Envía a la Dirección de Educación en Salud la Propuesta del Programa anual de Capacitación para su aprobación.
Propuesta de Programa Anual de Capacitación
9
Recibe la propuesta del Programa Anual de Capacitación del Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y analiza contenido y aprueba.
Propuesta de Programa Anual de Capacitación
3
4

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN



DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Capacitación	3 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	Programa
7.2 Propuesta de Programa Anual de Capacitación	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	N/A
7.3 Oficio y Lineamientos	3 años	Dirección de Educación en Salud	N/A
7.4 Dípticos del Programa Anual de Capacitación.	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	N/A
7.5 Póster	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	N/A
7.6 Oficios de Convocatoria de participación a las Direcciones de Área y Coordinación Administrativa	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Capacitación. Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

8.2 Programa Específico de Capacitación. Es el documento formal de carácter anual, de las acciones y/o eventos de capacitación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Diagnostico de Necesidades de Capacitación
10.2 Propuesta de Programa Específico de Capacitación
10.3 Formato “Programa Anual de Capacitación”

10.1 Diagnostico de Necesidades de Capacitación (Archivo electrónico, en CD)

CONCENTRADO DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN ESPECIFICAS POR DIRECCIÓN DE ÁREA

No.	DIRECCIÓN DE ÁREA	Subdirectores	Jefe de Departamento	Personal Operativo	Tema Específico 1	Tema Específico 2	Tema Específico 3	Tema Específico 4	Tema Específico 5
1	Procesos Normativos en Salud	3	6	24	Legislación en Salud	Planeación Estratégica	Manejo de Agenda y Archivo Electrónico	Habilidades Gerenciales	Manifestación del Impacto regulatorio
2	Automatización de Procesos y Soporte Técnico	1	2	14	Programación Avanzada en JAVA	Diplomado en Seguridad Informática	Desarrollo de Aplicaciones para dispositivos Moviles APPS		
3	Seguridad del Paciente	1	0	8	Investigación de Seguridad del Paciente	Indicadores Internacionales de Seguridad del Paciente	Elaboración y Utilización de Herramientas para mejorar la Gestión Hospitalaria	Taller para la Elaboración de cursos de autoaprendizaje a través de medios virtuales	
4	Estomatología	1	2	5	Calidad, liderazgo y Gestión de Riesgos	Planeación Estratégica	Uso de Herramientas Gerenciales	Orientación a Resultados	Mecanismo de garantía de calidad en Salud (Certificación Profesional, Acreditación y Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud)
5	Enfermería	1	2	12	Planeación Estratégica	Taller de elaboración de Indicadores de Resultados	Trabajo en Equipo		
6	Mejora de Procesos	2	4	7	Visión Estratégica	Modelos de Participación Ciudadana y Contraloría Social	Etica en la atención a los usuarios del Servicio de Salud	Orientación a Resultados y Trabajo en Equipo	Ley Gral de Salud y Sistemas de Financiamiento a Entidades Federativas
7	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	1	1	11	Redacción de Documentos	Ortografía y Redacción	Actualización de paquetería en Office 2010, bases	Desarrollo de equipos de trabajo de alto desempeño	Proceso administrativo
8	Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios			15	Auditoría Médica	Trabajo en Equipo	Negociación	Elaboración de Manuales de Procedimientos	Administración por Procesos
9	Educación en Salud	3	4	47	Computo y Seguridad de la Información	Manejo Presupuestal y Procesos Licitatorios	Archivo y Correspondencia	Manejo de Conflictos y Liderazgo	Administración Estratégica
10	Subdirección de Gestión de la Capacitación		1	16					
11	Coordinación Administrativa	1	1	55	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	Clasificador por Objeto del Gasto	Capacidades Gerenciales (Liderazgo, Negociación, Orientación a Resultados, Trabajo en Equipo y Visión	Clasificación de Archivo

10.2 Propuesta de Programa Específico de Capacitación

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2014

CURSO	DIRIGIDO A	CUPO	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Metodología de Marco Lógico para la Construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados	Directivos y Mandos Medios	28	12-14			
Desarrollo de Cursos con Moodle					6-20	
Las Funciones Cerebrales Superiores, 3er. Curso					14-16	
Diplomado Herramientas de Computo para capacitación a Distancia						2-13
Investigación de Seguridad del Paciente						
Marco Jurídico de la Capacitación en la Secretaría de Salud						
Modelos de Participación Ciudadana y Contraloría Social						
Taller de elaboración de Indicadores de Resultados						
Mecanismo de Evaluación para garantizar la Calidad de la Atención Estomatológica						
Auditoría Médica						

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2014

SEGUNDO SEMESTRE

CURSO	DIRIGIDO A	CUPO	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
Diplomado en Seguridad Informática								
Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público								
Manifestación del Impacto regulatorio								
Evaluación Educativa y del Proceso de la Capacitación								
Indicadores Internacionales de Seguridad del Paciente								
Ética en la atención a los usuarios del Servicio de Salud								
Calidad, liderazgo y Gestión de Riesgos								
Clasificador por Objeto del Gasto								

10.3 Formato "Programa Anual de Capacitación"

TOTAL DE CURSOS OFERTADOS DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2014

No.	CURSOS GRATUITOS(SIN COSTO)	PARTICIPACIÓN POR NIVEL DE PUESTO											
		Op. / RA	Op. / RM	S	E/AR	JD	S	DA	DGA	D G	GA	L D	Total de participantes
1	LA FUNCIÓN PÚBLICA Y LA ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS DE ARCHIVO	3	1			1	1						6
2	TALLER PARA USO ADECUADO DE LOS INSTRUMENTOS DE ARCHIVISTAS	2											2
3	ACTUALIZACIÓN EN POWER POINT	2											2
4	METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	1	5			7	7	5	3				28
5	ACTUALIZACIÓN DE POWER POINT					1	1	1					3
6	FORMACIÓN DE INSTRUCTORES						1	1					2
7	LINUX	1											1
8	TALLER DE LECTURA RÁPIDA	2				1							3
9	INDUCCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA					1							1
10	EL ENFOQUE INTERCULTURALIDAD EN LOS SERV DE SALUD EN LÍNEA	1											1
11	MANIFESTACIÓN DEL IMPACTO REGULATORIO	8	7				2	1					18
12	AMPARO ADMINISTRATIVO	1											1
13	INTELIGENCIA EMOCIONAL	4											4
14	DESARROLLO ORGANIZACIONAL					2							2
15	LAS FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES	20	8			1	1	1					31
16	LIDERAZGO Y COACHING					1	2	1					4
17	PLANEACIÓN ESTRÁTEGICA						1	1					2
18	INDUCCION A LA SECRETARÍA DE SALUD EN LÍNEA					3	1	1					5
19	ÉTICA Y CULTURA ORGANIZACIONAL		1										1
20	MAPEO Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS					1		1					2
21	DISEÑO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS					3							3
22	BIOQUIMICA MENTAL Conferencia	17	7					1					25
23	CALIDAD EN EL SERVICIO EN LÍNEA		1										1
24	IMPORTANCIA DE LA PLANEACIÓN EN LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS	1	1										2
25	ELABORACIÓN DE INDICADORES DE DESEMPEÑO						1						1
26	ENTRENAMIENTO INTENSIVO EN POWER POINT						1						1
27	ADQUISICIÓN DE BIENES MUEBLES							1					1
28	DESARROLLO DE HABILIDADES GERENCIALES					1							1
29	JUICIO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	2											2
30	MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE ADQUISICIONES					2							2
31	ORIENTACIÓN A RESULTADOS EN LÍNEA					3	1	1					5
32	VISION ESTRATÉGICA EN LINEA					2		1					3
33	TERAPIA DE RISA Conferencia	19	4			1	1						25
34	ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA		1										1
35	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Módulo 1					11	10	4					25
36	AUDITORÍA AL DESEMPEÑO						1						1
37	NEGOCIACIÓN					1							1
38	MANEJO DEL ESTRÉS	1											1
39	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EL LÍNEA		1			1		1					3
40	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA		1										1
41	APRENDIZAJE ACELERADO	1											1
42	JUICIO CONTENCIOSO	1				1							2
43	PLANEACIÓN ESTRATEGICA MÓDULO II					10	7	3					20
44	ELABORACIÓN DE REPORTES EJECUTIVOS	1											1
45	AMPARO ADMINISTRATIVO	2											2
46	EXCELENCIA SECRETARIAL	1											1
47	DEMOCRATIZACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES	1											1
48	ANALISIS DE PROBLEMAS		1										1
49	ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO	1				2							3
50	INGLES BASICO Nivel 1	20	3										23
		113	42			57	39	25	3				279

INSTRUCCIONES:

1.En el recuado que se presenta a continuación, capture con número las veces que fueron solicitados los cursos de acuerdo al nivel de puesto, en dónde:

Op./RA = Personal operativo y personal que pertenece a la Rama Administrativa									
Op./RM = Personal operativo y personal que pertenece a la Rama Médica									
S=SOPORTE									
E/AR =ENLACE DE ALTA RESPONSABILIDAD									
JD= Jefatura de departamento									
S=Subdirección									
DA=Dirección de Área									
DGA=Dirección General Adjunta									
DG= Dirección General									
GA=Gabinete de Apoyo									
LD= Libre Designación									

12. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Cumplir con los lineamientos que emite la Dirección General de Recursos Humanos. para realizar el seguimiento y control de las actividades de capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno la Dirección de Educación en Salud, emiten instrucciones para que la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud coordine y de instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación para que realice al registro del proceso de capacitación lo cual permite llevar el control sobre el número de trabajadores capacitados así como cumplir con la normatividad y envío de informes trimestrales a la Dirección General de Recursos Humanos

2.2 A nivel externo el procedimiento nos permite alimentar el sistema de información de la Dirección General de Recursos Humanos, quien recibe los informes trimestrales de capacitación del personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Educación en Salud a través de la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud y del Departamento de Gestión de la Capacitación son responsables de realizar el seguimiento y control de las actividades de capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, siguiendo los lineamientos y formatos emitidos por la Dirección General de Recursos Humanos.

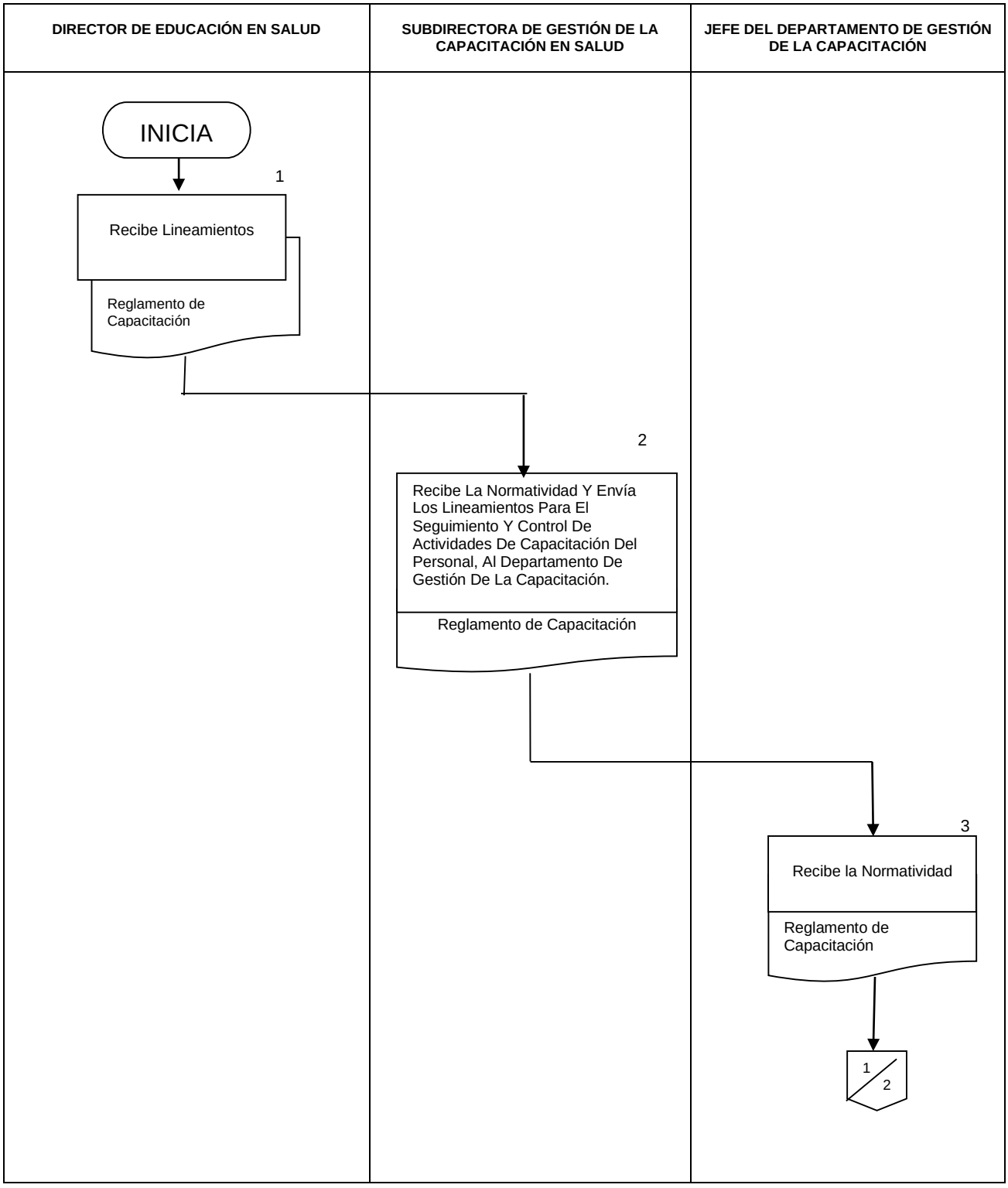
3.2 La Dirección de Educación en Salud, es responsable de enviar a la Dirección General de Recursos Humanos el control y seguimiento de las actividades de capacitación que se realizarán trimestralmente y en el formato correspondiente.

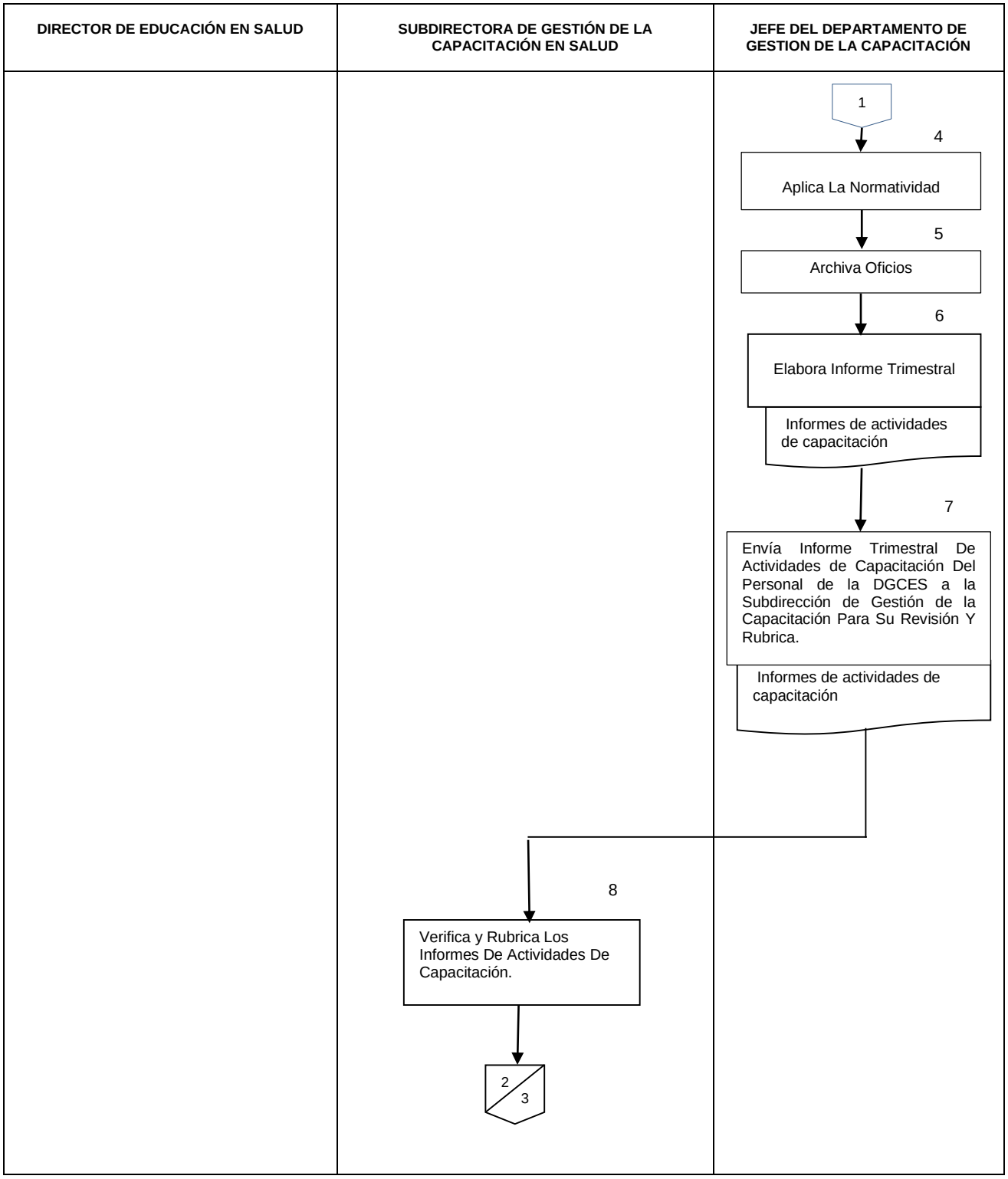
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

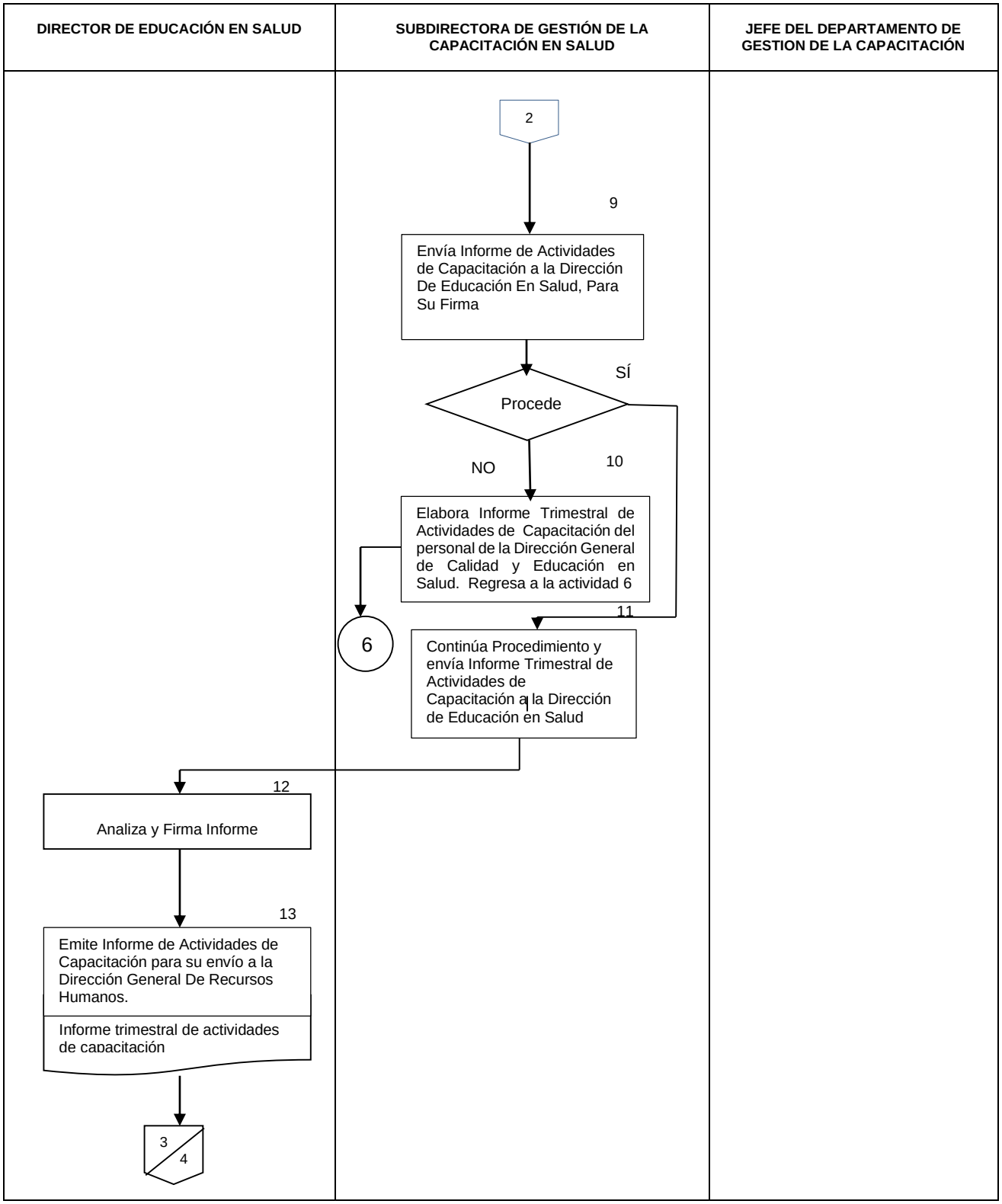
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Recibe lineamientos aplicables a las actividades de capacitación del personal de esta unidad administrativa y designa a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud, para su implementación.	• Reglamento de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	2	Recibe la normatividad y envía los lineamientos para el seguimiento y control de actividades de capacitación del personal, al Departamento de Gestión de la Capacitación.	• Reglamento de Capacitación
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	3 4 5 6 7	Recibe normatividad para el seguimiento y control de actividades de capacitación del personal de la Secretaría de Salud. Aplica normatividad para el control y seguimiento de las actividades de capacitación del personal de la Secretaría de Salud. Archiva copia de oficios y original de documentos. Elabora Informe Trimestral de Actividades de Capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Envía Informe Trimestral de Actividades de Capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a la Subdirección de Gestión de la Capacitación para su revisión y rubrica.	• Reglamento de Capacitación • Informes de Actividades de Capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	8 9	Verifica y rubrica los Informes de Actividades de Capacitación. Envía Informe de Actividades de Capacitación a la Dirección de Educación en Salud, para su firma Procede:	• Informes de Actividades de Capacitación

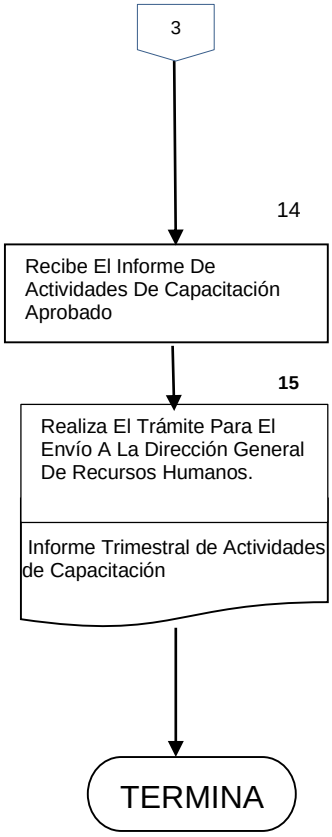
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	10	No: Elabora Informe Trimestral de Actividades de Capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Regresa a la actividad 6	
	11	SÍ: Continúa procedimiento y envía Informe Trimestral de Actividades de Capacitación a la Dirección de Educación en Salud	
Director de Educación en Salud	12	Analiza y firma Informe Trimestral de Actividades Capacitación	• Informe Trimestral de Actividades de Capacitación
	13	Emite Informe de Actividades de Capacitación para su envío a la Dirección General de Recursos Humanos.	
Jefe del Departamento de Gestión de la Capacitación	14	Recibe Informe Trimestral de Actividades de Capacitación Aprobado mediante firma del Formato y oficio	• Informe Trimestral de Actividades de Capacitación
	15	Realiza el trámite para el envío a la Dirección General de Recursos Humanos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
1
4
Aplica La Normatividad
5
Archiva Oficios
6
Elabora Informe Trimestral
Informes de actividades de capacitación
7
Envía Informe Trimestral De Actividades de Capacitación Del Personal de la DGCES a la Subdirección de Gestión de la Capacitación Para Su Revisión Y Rubrica.
Informes de actividades de capacitación
8
Verifica y Rubrica Los Informes De Actividades De Capacitación.
2
3


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
2
9
Envía Informe de Actividades de Capacitación a la Dirección De Educación En Salud, Para Su Firma
SÍ
Procede
NO
10
Elabora Informe Trimestral de Actividades de Capacitación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Regresa a la actividad 6
6
11
Continúa Procedimiento y envía Informe Trimestral de Actividades de Capacitación a la Dirección de Educación en Salud
12
Analiza y Firma Informe
13
Emite Informe de Actividades de Capacitación para su envío a la Dirección General De Recursos Humanos.
Informe trimestral de actividades de capacitación
3
4

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 cuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe de Actividades de Capacitación	3 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	Informe
7.2 Oficio y Lineamientos	3 años	Dirección de Educación en Salud	No aplica
7.3 Oficio e Informes de Actividades de Capacitación	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	No aplica
7.4 Oficio y Observaciones	3 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actividad. Conjunto de acciones afines por una misma persona o una misma unidad administrativa, como parte de una función asignada.

8.2 Áreas. Los grandes conjuntos ocupacionales genéricos existentes en los Catálogos de Puestos y en el Catálogo del Sector son dos: Área Administrativa y Área Médica.

8.3 Capacitación. Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, con los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos:

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.
b) De preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación actualmente llamado “pie de rama”.
c) De prevenir riesgos de trabajo, y
d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Reglamento de Capacitación
10.2 Formato "Informe de Actividades de Capacitación" (IAC).

10.1 REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD

CAPITULADO
CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO II. DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES PARA SU CAPACITACIÓN
CAPÍTULO III DE LAS COMISIONES MIXTAS DE CAPACITACIÓN
SECCIÓN PRIMERA
DE SU OBJETO Y FUNCIONAMIENTO
SECCIÓN SEGUNDA
DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN
SECCIÓN TERCERA
DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES CENTRALES MIXTAS DE CAPACITACIÓN
SECCIÓN CUARTA
DE LA INTEGRACIÓN Y ATRIBUCIONES DE LAS COMISIONES AUXILIARES MIXTAS DE CAPACITACIÓN
CAPITULO IV DE LA GESTIÓN DE CAPACITACIÓN
CAPITULO V DE LA ACREDITACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA
EL DESEMPEÑO Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO
CAPITULO VI DE LOS TIPOS DE BECAS Y AUTORIZACIONES ARTÍCULOS TRANSITORIOS

10.2 Formato "Informe de Actividades de Capacitación" (IAC).

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MOVER MÉXICO

Nivel:	**COMPONENTE**									
Indicador 1. Porcentaje de cumplimiento en la impartición de cursos en materia gerencial y técnica.										
Elaboró:										
Nombre:							**Cargo:**			
DRA. VICTORIA NÚÑEZ ROBLES							Coordinadora del Programa Anual de Capacitación			
Correo Electronico:				**Telefono (s):**			**Cisco y/o Extensión**			
vicnuro@hotmail.com			20 00 35 58				53558			
UR Unidades Administrativas							**Área**			
610 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD							DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD			
Periodo de Reportes	**Numerador**			**Denominador**					**Porcentaje**	
	Número de de cursos realizados en materia gerencial y técnica(2014)			**Número de cursos programados en materia gerencial y técnica (2014)**						
1er Semestral/Enero- Junio			**31**				**32**		97	
2do Semestral/Julio-Diciembre			No aplica						#¡VALOR!	
ACUMULADO			31						97	
							No se modifica			
Responsable:										
Nombre:							**Cargo:**			
LIC. ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ							Subdirectora de Gestión de la Capacitación			
Correo Electronico:				**Telefono:**			**Cisco y/o Extensión**			
adrycastrog@hotmail.com			20 00 35 03				53503			
COMPONENTE 1										

SOPORTE

Numerador: Número de de cursos realizados en materia gerencial y técnica(2014)

No.	
1	LA FUNCIÓN PÚBLICA Y LA ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS DE ARCHIVO
2	TALLER PARA EL USO ADECUADO DE INSTRUMENTOS ARCHIVISTAS
3	ACTUALIZACIÓN EN POWER POINT
4	METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE LA MATRIZ DE RESULTADOS
5	ACTUALIZACIÓN EN POWER POINT
6	FORMACIÓN DE INSTRUCTORES
7	LINUX
8	TALLER DE LECTURA RÁPIDA
9	INDUCCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
10	EL ENFOQUE DE LA INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD (En Línea)
11	MANIFESTACIÓN DEL IMPACTO REGULATORIO
12	AMPARO ADMINISTRATIVO
13	INTELIGENCIA EMOCIONAL
14	DESARROLLO ORGANIZACIONAL
15	LAS FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES
16	LIDERAZGO Y COACHING
17	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
18	INDUCCIÓN A LA SECRETARÍA DE SALUD
19	ACTUALIZACIÓN EN POWER POINT
20	ÉTICA Y CULTURA ORGANIZACIONAL
21	MAPEO Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS
22	DISEÑO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
23	LECTURA RÁPIDA
24	LIDERAZGO Y COACHING
25	CALIDAD EN EL SERVICIO (En Línea)
26	IMPORTANCIA DE LA PLANEACIÓN EN LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS
27	ELABORACIÓN DE INDICADORES DE DESEMPEÑO
28	DESARROLLO DE HABILIDADES GERENCIALES
29	JUICIO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
30	LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
31	INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS

	ELABORÓ								**REVISÓ**			
	DRA. VICTORIA NÚÑEZ ROBLES							LIC. ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ				
	Coordinadora del Programa Anual de Capacitación						Subdirectora de Gestión de la Capacitación					
	NOMBRE Y CARGO							NOMBRE Y CARGO				
	JUSTIFICACIÓN											
	CAUSAS											
	Se está logrando la Meta ya que en este Primer Semestre se ha alcanzado el 97 %, de participación en Cursos de Capacitación.											
	EFECTO											
	Lograr capacitar al personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en un 97 %, quedando un 3 % por cumplir para el 2o. Semestre											
	OTROS											
	ELABORO						**REVISÓ**					
	DRA. VICTORIA NÚÑEZ ROBLES							**LIC. ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ**				
	Coordinadora del Programa Anual de Capacitación				Subdiorectora de Gestión de la Capacitación							
	NOMBRE Y CARGO							NOMBRE Y CARGO				

13. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LOS ÓRGANOS COLEGIADOS RESPONSABLES DE LA CONDUCCIÓN DE LA CAPACITACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer y definir los lineamientos y los procedimientos que permitan a las unidades centrales y órganos desconcentrados de la Secretaria de Salud, a los organismos públicos descentralizados que prestan los servicios de salud en las entidades federativas, y al conjunto de entidades que están coordinadas por la Institución; ejecutar la capacitación del ámbito médico y/o administrativo, así como el otorgamiento de becas de tiempo para personal de base o beca económica para los profesionales de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Educación en Salud, la cual emite las instrucciones para dictaminar las solicitudes de beca o eventos de capacitación con costo a la Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud, esta participa en las reuniones y gira las instrucciones al Departamento de Gestión de la Capacitación, para que efectúe la revisión técnica de las solicitudes y las presente a los integrantes del órgano colegiado en la reunión correspondiente.

2.2 A nivel externo las unidades de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, federales y estatales de la Secretaría de Salud, envían a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las solicitudes de eventos de capacitación con costo y becas de capacitación para su dictamen, el cual una vez emitido se turna a la Dirección General de Recursos Humanos o Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, según corresponda.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Educación en Salud es responsable de turnar las solicitudes de eventos de capacitación y/o becas en 5 días hábiles a la fecha de recepción.

3.2 La Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud promoverá la implantación de los procedimientos e instructivos para el otorgamiento de eventos de capacitación, y/o becas.

3.3 La Jefatura de Departamento de Gestión de la Capacitación difundirán los procedimientos y requisitos, que las unidades administrativas deben cumplir, a fin tramitar autorizaciones de los eventos de capacitación y/o becas.

3.4 El Departamento de Gestión de la Capacitación, tienen la atribución de recibir y analizar las solicitudes de eventos de capacitación y o becas conforme a la normatividad vigente en materia de capacitación, para presentarlos en el órgano colegiado correspondiente.

3.5 El Departamento de Gestión de la capacitación tiene la responsabilidad de comunicar a la unidad administrativa correspondiente el resultado del dictamen de solicitudes de eventos de capacitación y/o becas.

3.6 La Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud, es responsable de dar seguimiento mediante el Sistema de Control de Gestión a los eventos de capacitación y becas autorizadas.

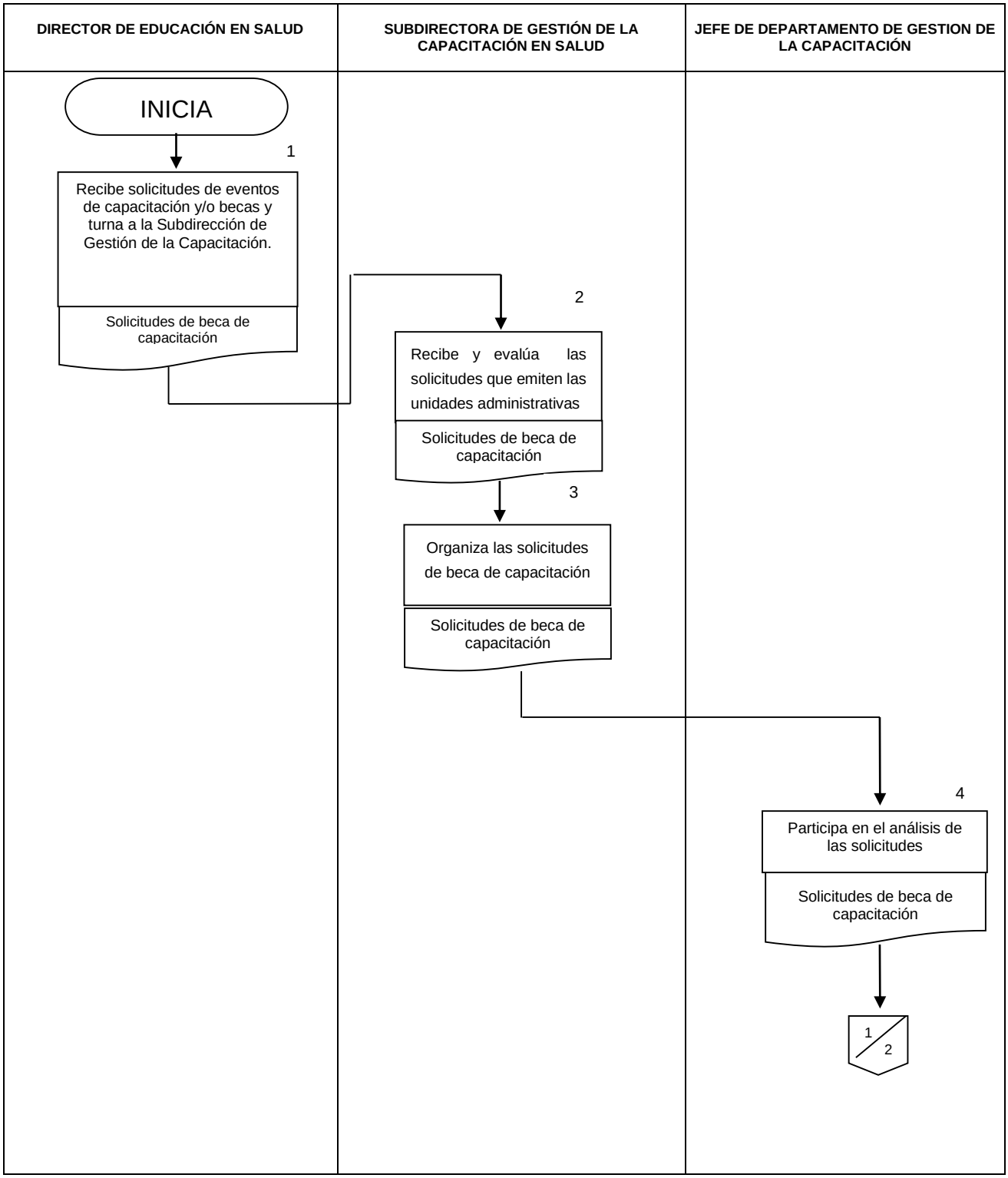
3.7 La Dirección de Educación en Salud es responsable de hacer las gestiones necesarias para facilitar las reuniones de los órganos colegiados y registrar el seguimiento de los resultados a las solicitudes mediante el control de gestión.

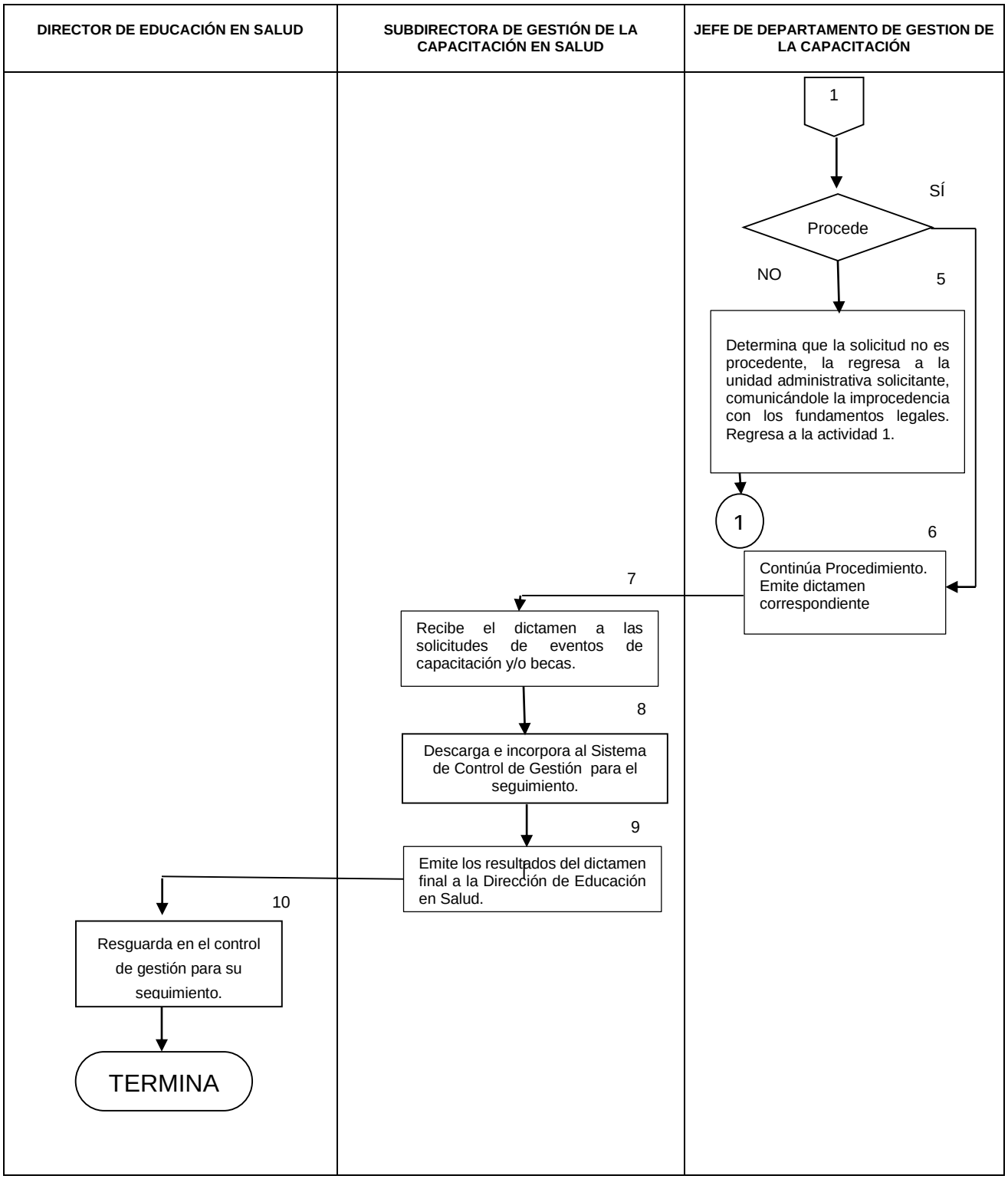
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	**1**	Recibe solicitudes de eventos de capacitación y/o becas y turna a la Subdirección de Gestión de la Capacitación.	• Solicitudes de beca de capacitación
Subdirectora de Gestión de la Capacitación en Salud	**2**	Recibe y evalúa las solicitudes que emiten las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y descentralizados, así como a los servicios estatales de salud	• Solicitudes de beca de capacitación
	3	Organiza las solicitudes de beca y lo delega a los órganos colegiados correspondientes.	• Solicitudes de beca de capacitación
Jefe de Departamento de Gestión de la Capacitación	**4**	Participa en el análisis de las solicitudes en apego a la normatividad vigente y las presenta al pleno de los órganos colegiados en sus reuniones ordinarias y/o extraordinarias y emiten dictamen. Procede:	• Solicitudes de beca de capacitación
	5	No: Determina que la solicitud no es procedente, la regresa a la unidad administrativa solicitante, comunicándole la improcedencia con los fundamentos legales. Regresa a la actividad 1.	
	6	Sí: Continúa procedimiento. Emite dictamen correspondiente de acuerdo al procedimiento de cada órgano colegiado, en caso de aceptar la solicitud	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	**7**	Recibe el dictamen a las solicitudes de eventos de capacitación y/o becas.	• Oficio de dictamen de solicitud de beca de capacitación
	8	Descarga e incorpora al Sistema de Control de Gestión para el seguimiento.	
	9	Emite los resultados del dictamen final a la Dirección de Educación en Salud.	
Dirección de Educación en Salud	**10**	Resguarda en el control de gestión para su seguimiento. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA CAPACITACIÓN
1
Procede
SÍ
NO
5
Determina que la solicitud no es procedente, la regresa a la unidad administrativa solicitante, comunicándole la improcedencia con los fundamentos legales. Regresa a la actividad 1.
1
6
Continúa Procedimiento. Emite dictamen correspondiente
7
Recibe el dictamen a las solicitudes de eventos de capacitación y/o becas.
8
Descarga e incorpora al Sistema de Control de Gestión para el seguimiento.
9
Emite los resultados del dictamen final a la Dirección de Educación en Salud.
10
Resguarda en el control de gestión para su seguimiento.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	Aplica
6.2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	Aplica
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No aplica
6.4 Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	Aplica
6.5 Criterios para Dictaminar Técnicamente Eventos de Capacitación	Aplica
6.6 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	No aplica
6.7 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Control de Gestión	6 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	No aplica
7.2 Oficios y solicitudes	3 años	Dirección de Educación en Salud	No aplica
7.3 Solicitudes	3 años	Departamento de Gestión de la Capacitación	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Programa Específico de Capacitación. Es el documento formal de carácter anual, de las acciones y/o eventos de capacitación de cada una de las Unidades Administrativas del sector central de la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados, así como los Organismos Públicos Descentralizados del Gobierno Federal y de las entidades federativas.

8.2 Programa Institucional de Capacitación. Es la integración anual de los programas específicos de capacitación en un documento único de la Secretaría de Salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato solicitud de beca de capacitación
10.2 Oficio de dictamen de solicitud de beca de capacitación

10.1 FORMATO SOLICITUD DE BECA DE CAPACITACIÓN

SOLICITUD DE BECA

No. _____ (1)	FECHA DE RECEPCIÓN: _____ (2)	FOTO

DATOS PERSONALES (3)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

R.F.C. NACIONALIDAD SEXO

DOMICILIO: CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA DELEGACION

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO

DATOS LABORALES (4)

ADSCRIPCION

CENTRO DE TRABAJO

DOMICILIO: CALLE No. COLONIA DELEGACION

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO

PUESTO CLAVE PRESUPUESTAL

HORARIO DE TRABAJO SUELDO MENSUAL

FUNCIONES QUE USTED DESEMPEÑA: _____

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA DE BASE

DATOS ESCOLARES (5)

PRIMARIA	☐	SECUNDARIA	☐	COMERCIAL	☐	TECNICA	☐
PREPARATORIA	☐	VOCACIONAL	☐	PROFESIONAL	☐	POSTGRADO	☐

TIPO DE BECA SOLICITADA (6)

I.	BECA PARA INTERNADO DE PREGRADO	☐
II.	BECA PARA SERVICIO SOCIAL DE PASANTES	☐
III.	BECA PARA ESPECIALIDADES (RESIDENCIAS MEDICAS)	☐
IV.	BECA PARA ESTUDIOS DE POSGRADO	☐
V.	BECA PARA CURSOS POSTÉCNICOS	☐
VI.	BECA PARA ESTUDIOS DE LICENCIATURA	☐
VII.	BECA PARA ESTUDIOS DE EDUCACIÓN CONTÍNUA	☐

AUTORIZACIÓN SOLICITADA (7)

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO	☐	COMISIÓN OFICIAL	☐	LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO	☐

DATOS DEL CURSO SOLICITADO (8)

NOMBRE DEL EVENTO _____

INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LOS ESTUDIOS _____

SEDE: _____
DOMICILIO CIUDAD ESTADO PAÍS

_____
DURACIÓN FECHA DE INICIO FECHA DE TÉRMINO HORARIO

_____ _____
FIRMA DEL INTERESADO (9) FECHA (10)

_____ _____
NOMBRE Y PUESTO DEL JEFE INMEDIATO (11) FIRMA (12)

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE ADSCRIPCIÓN (13)

COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN O COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES (14)

AUTORIDAD	SINDICATO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre del Formato: Solicitud de Beca

Objetivo: Recabar los datos personales, laborales y escolares del aspirante, así como aquellos referentes al curso o actividades educativas a la que desea asistir.

No.	Concepto	Se anotará
1	Número	Número progresivo de la solicitud (uso para la Comisión Central o Comisión Nacional según dictamine).
2	Fecha	En que se recibe la solicitud de beca en la Comisión Central y/o Comisión Auxiliar y/o Comisión Nacional (según dictamine)
3	Datos personales	Nombre completo, registro federal de causantes, nacionalidad, sexo, domicilio y teléfono del solicitante.
4	Datos laborales: ✓Adscripción ✓Centro de Trabajo y/o Área ✓Domicilio ✓Teléfono ✓Puesto ✓Clave presupuestal ✓Horario ✓Sueldo ✓Funciones que desempeña ✓Antigüedad en el puesto ✓Antigüedad en la plaza de base	 - Nombre de la unidad administrativa de la Secretaría de Salud: (Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados u Órganos Públicos Descentralizados). - Nombre de la unidad donde presta físicamente sus servicios el aspirante. - Ubicación del centro de trabajo del aspirante a beca. - Número telefónico del área de trabajo. - El que ocupa actualmente el solicitante. - Serie de números y letras que identifican la plaza, se obtiene del talón de pago y se anota la que aparece en el correspondiente al último pago. - Horario de labores que tiene asignado. - Sueldo presupuestal que recibe mensualmente. - Relatar las principales funciones que desarrolla. - Años que tiene laborando en el puesto que actualmente ocupa. Número de años que tiene ocupando una plaza de base en la Secretaría de Salud.
5	Datos escolares	Marque el espacio correspondiente al nivel máximo de estudios.
6	Tipo de beca solicitada	Marque el espacio correspondiente al tipo de beca solicitada.
7	Tipo de autorización solicitada	Marque el espacio correspondiente al tipo de autorización solicitada.
8	Datos del evento educativo solicitado: ✓Evento ✓Institución Oficial ✓Reconocimiento que obtendrá ✓Sede ✓Duración ✓Fecha de inicio, fecha de término ✓Horario	 - Anotar nombre del evento - Anotar nombre de la Institución Oficial que emitirá el reconocimiento de los estudios - Grado, nivel o documento que recibirá - Domicilio donde realizará los estudios - Tiempo que duran los estudios - Período completo de estudios - Horario de estudios
9	Firma	Rubrica del aspirante.
10	Fecha	En que el aspirante a beca entrega la solicitud a la Comisión Central o Auxiliar Mixta de Capacitación.
11	Nombre y puesto del jefe inmediato	Nombre completo y cargo del jefe inmediato
12	Firma	Rúbrica del jefe inmediato
13	Nombre y firma del titular de adscripción	Nombre completo y cargo del titular de adscripción
14	Nombre y firma	Nombre y firma de los integrantes que avalan la solicitud y del Secretario Técnico

10.2 OFICIO DE DICTAMEN DE SOLICITUD DE BECA DE CAPACITACIÓN

Oficio No. CNMC-___-12-2017

México, Ciudad de México, a _____ de 2017

DIRECTOR DE RELACIONES LABORALES DE LA
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
P R E S E N T E.

Por medio del presente, informo a usted que la Comisión Nacional Mixta de Capacitación de esta Secretaría, en su reunión ordinaria del 06 de diciembre del año en curso, generó el acuerdo número CNMC/BECA/___/___/20__ en el que se establece dictamen favorable a la solicitud de prórroga de beca para realizar la _____, con sede en _____, a partir del_____, con la autorización de _____**,** a la trabajadora con los datos que a continuación se detallan:

Nombre:
R.F.C.:
Adscripción:
Centro de Trabajo:
Clave:
Puesto:
Horario de Labores:
Antigüedad en Plaza de Base:

Por lo anterior y con base en el acuerdo CNMC/006/03/2015 de la 1ª. Reunión Extraordinaria celebrada el pasado 10 de marzo de 2015 en las instalaciones de la Dirección General de Recursos Humanos, le envío el expediente de la interesada, solicitándole gire instrucciones a quien corresponda a fin de que la citada trabajadora disfrute su beca en el periodo señalado.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN
NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

14. PROCEDIMIENTO PARA EMITIR LA OPINIÓN TÉCNICO-ACADÉMICA SOBRE PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO DE CARRERAS DEL ÁREA DE LA SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer la metodología para la evaluación y análisis disciplinar de los planes y programas de estudio de carreras del área de la salud y emitir la Opinión Técnico-Académica solicitada por la Secretaría de Educación Pública y/o los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, así como de Universidades Públicas Autónomas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Dirección General de Calidad y Educación en Salud y Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), en la emisión de la Opinión Técnico-Académica correspondiente, Dirección de Educación en Salud en la revisión y supervisión del contenido de la misma y la Subdirección de Políticas Educativas en Salud en la coordinación e integración de la propuesta del dictamen correspondiente resultado de la evaluación del programa y plan de estudios de las carreras de la salud

2.2 A nivel externo: es aplicable a las autoridades de salud estatales, a los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, quienes desarrollan la revisión de los planes y programas de estudio de carreras del área de la salud conforme los criterios de la guía disciplinar de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), por competencia territorial, o en su defecto solicitan el desarrollo de la misma en trámites locales, y federales, por carencia de expertos, para contribuir al trámite de Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Educación en Salud, en coordinación con el Comité de Evaluación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), es la responsable de emitir la Opinión Técnico-Académica sobre Planes y Programas de Estudio del área de la salud.

3.2 La Subdirección de Políticas Educativas en Salud, es responsable de observar que las Opiniones Técnico-Académicas se emitan a solicitud de las autoridades educativas del nivel federal y de los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación y de Recursos Humanos para la Salud, así como de Universidades Públicas Autónomas.

3.3 La Dirección de Educación en Salud sólo recibe de los Comités Estatales Interinstitucionales, solicitudes de Planes y Programas de Estudio de carreras emergentes para el Sistema, aquellas que tengan que ver con medicinas tradicionales y terapias alternativas, así como, sobre las licenciaturas en medicina, así como de aquellas carreras en que no cuenten con personal calificado de la disciplina correspondiente.

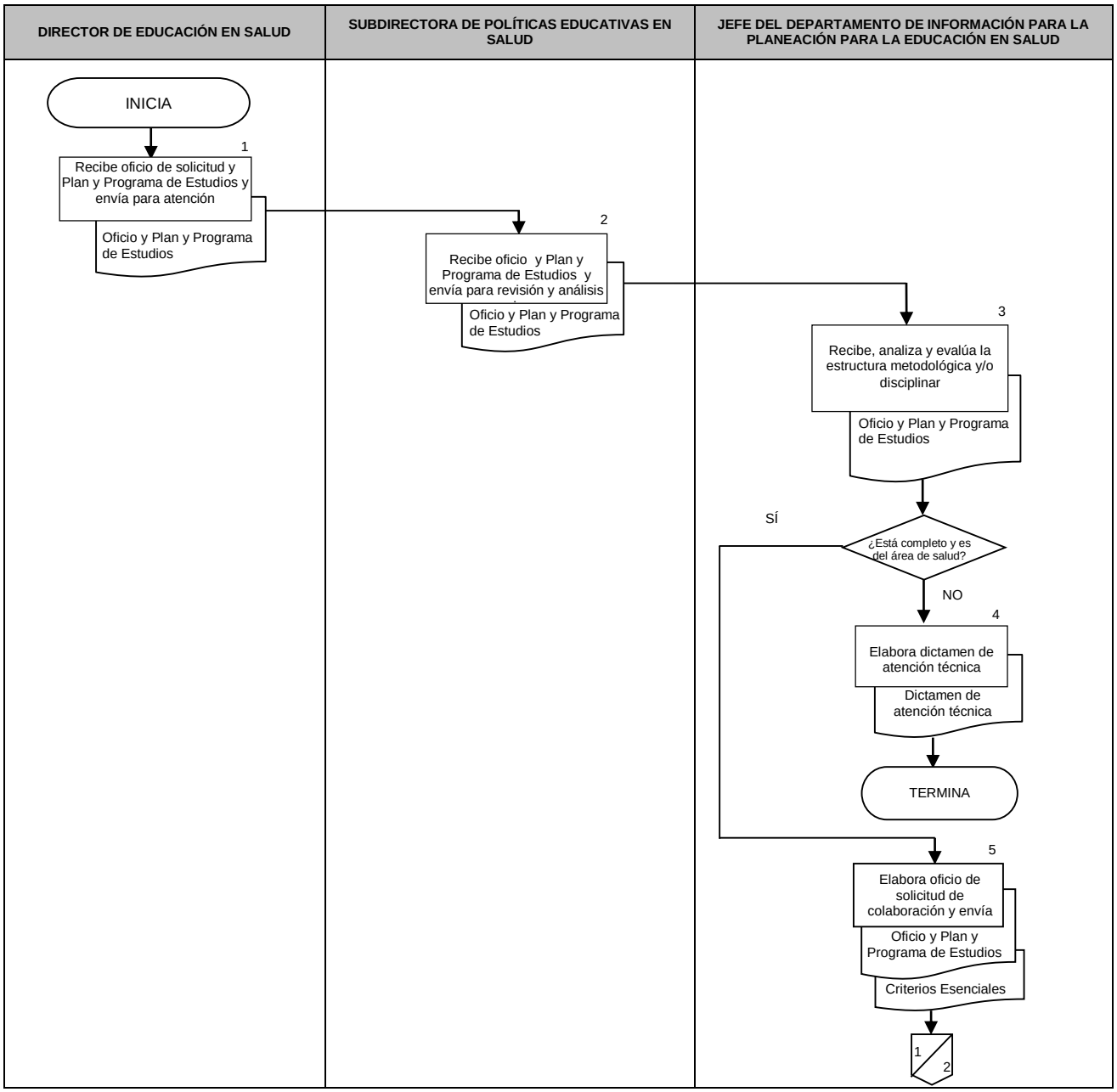
3.4 La Opinión Técnico-Académica para la apertura de Planes y Programas de Estudio del área de la salud se emite con base en lo establecido en los Acuerdos de la Secretaría de Educación Pública 279 y 450, en los Criterios Esenciales recomendados por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y los lineamientos e instructivos de incorporación de universidades autónomas que se coordinen con esta Unidad para el efecto.

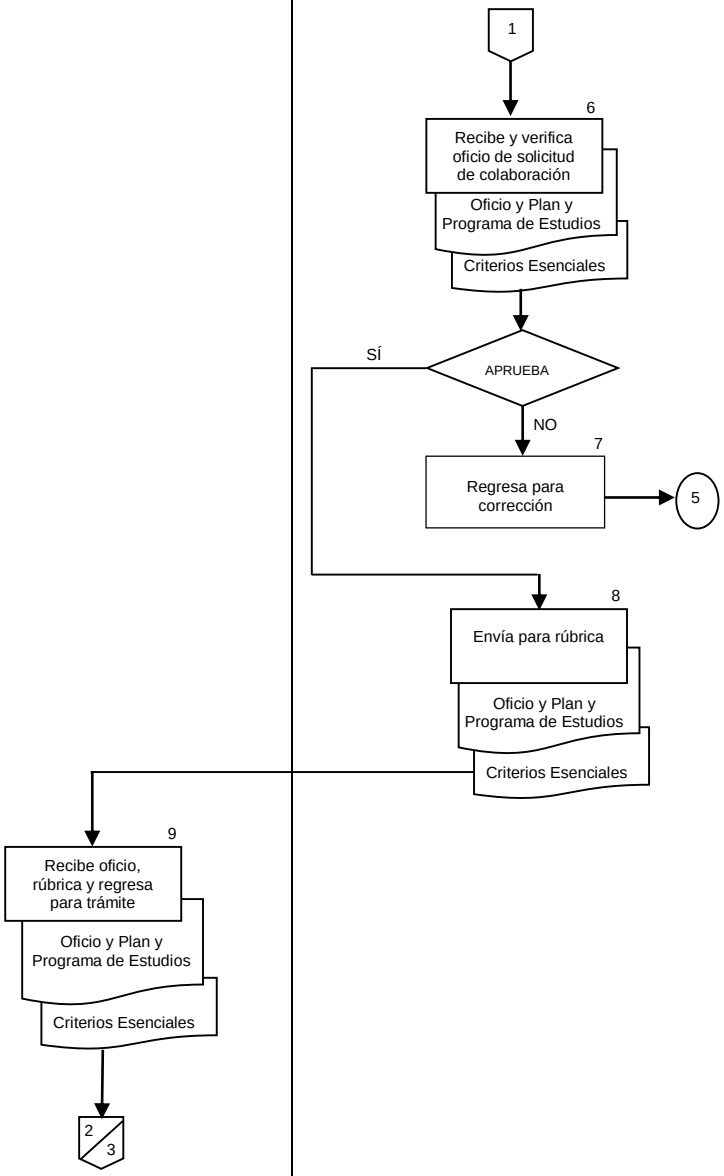
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

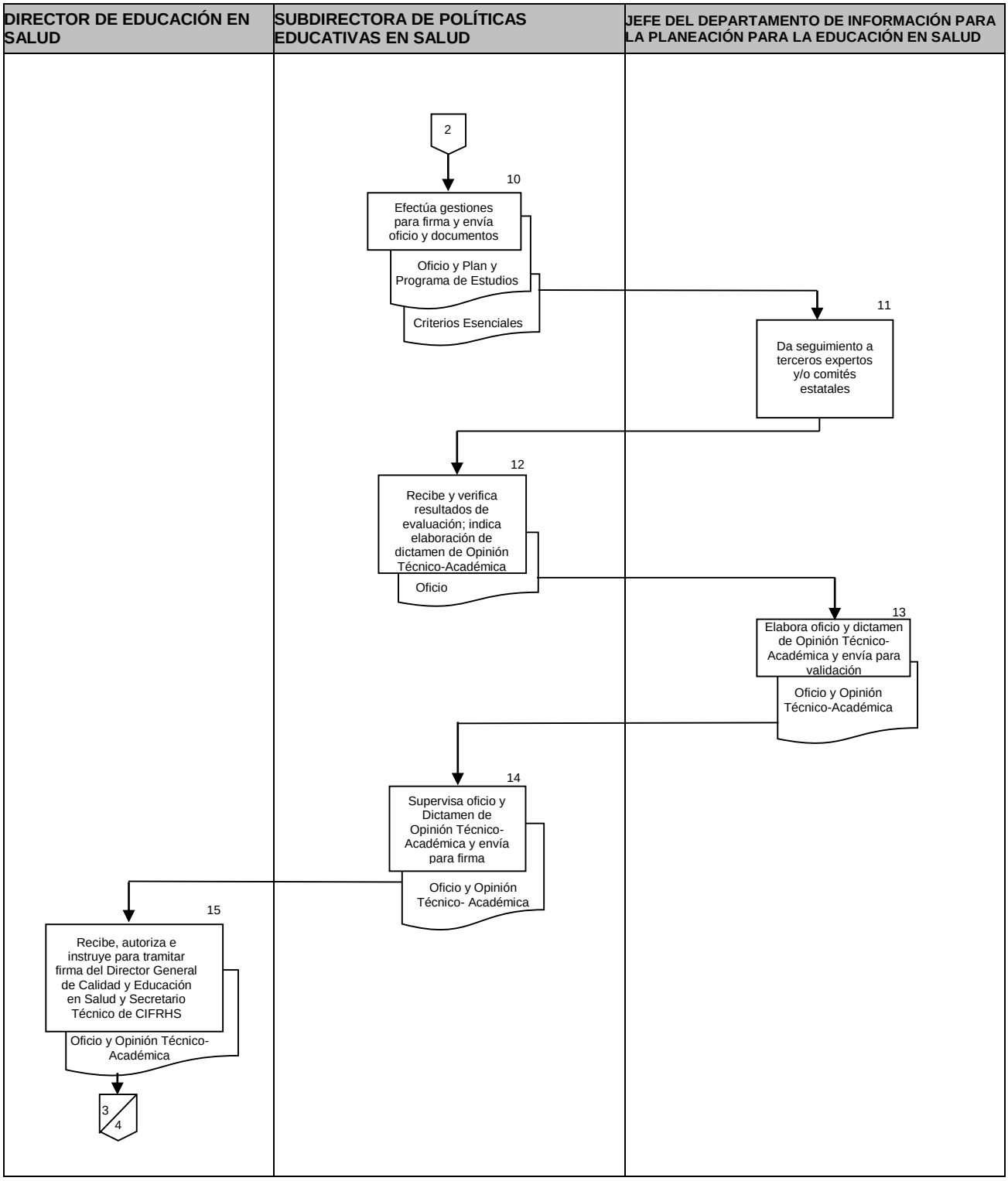
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Recibe oficio de solicitud y Plan y Programas de Estudio y envía a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud para su atención.	• Oficio y Plan y Programas de Estudio
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	2	Recibe oficio y Plan y Programas de Estudio y envía al Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud para revisión y análisis del Plan y Programa de Estudios.	• Oficio y Plan y Programas de Estudio
Jefe del Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	3 4 5	Recibe, analiza y evalúa, en coordinación con el personal colaborador en la CIFRHS, la estructura metodológica y/o campo disciplinar. ¿Está completo y es del área de la salud? NO: Elabora dictamen de atención técnica. TERMINA EL PROCEDIMIENTO SÍ: Elabora oficio de solicitud de colaboración a experto anexando los Criterios Esenciales correspondientes, o al ámbito territorial que corresponda según el caso, y envía a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud.	• Oficio y Plan y Programas de Estudio • Dictamen de atención técnica • Oficio y Criterios Esenciales • Plan y Programas de Estudio
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	6 7 8	Recibe y verifica el oficio para la atención a la solicitud de colaboración para rúbrica APRUEBA NO: Regresa para corrección o modificación. Regresa a la actividad 5. SI: Envía al Director de Educación en Salud para rúbrica.	• Oficio y Criterios Esenciales • Plan y Programas de Estudio
Director de Educación en Salud	9	Recibe oficio de atención a la solicitud de colaboración, rúbrica y regresa a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud para el trámite correspondiente.	• Oficio y Criterios Esenciales • Plan y Programas de Estudio

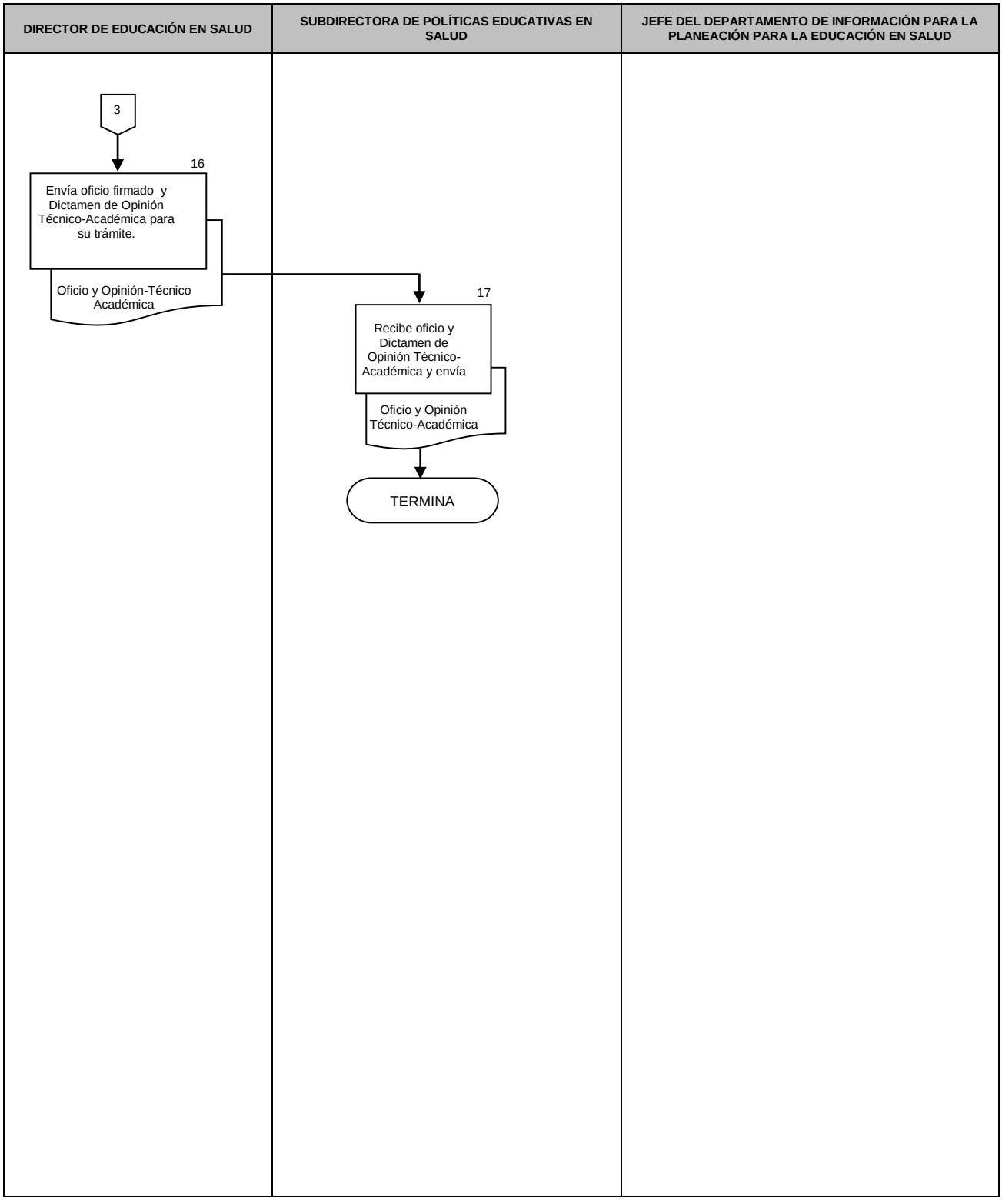
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	10	Efectúa gestiones para firma del Director General de Calidad y Educación en Salud y Secretario Técnico de CIFRHS y envía oficio de solicitud de opinión a terceros expertos institucionales o comités estatales.	• Oficio y Criterios Esenciales • Plan y Programas de Estudio
Jefe del Departamento de Información para la planeación para la Educación en Salud	11	Da seguimiento a los trámites remitidos en consulta a terceros expertos interinstitucionales o comités estatales correspondientes	
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	12	Recibe y verifica oficio con los resultados de la evaluación; indica la elaboración del dictamen de Opinión Técnico-Académica al Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	• Oficio
Jefe del Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud	13	Elabora en coordinación con el personal colaborador en la CIFRHS, oficio y dictamen de Opinión Técnico-Académica para su validación	• Oficio y Opinión Técnico-Académica
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	14	Supervisa el oficio y dictamen de Opinión Técnico-Académica y envía para firma.	• Oficio y Opinión Técnico-Académica
Director de Educación en Salud	15 16	Recibe oficio y dictamen de Opinión Técnico-Académica; autoriza e instruye para tramitar la firma del Director General de Calidad y Educación en Salud y Secretario Técnico de CIFRHS. Envía a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud Oficio firmado y Dictamen de Opinión Técnico-Académica para su trámite	• Oficio y Opinión Técnico-Académica
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	17	Recibe oficio firmado y Dictamen de Opinión Técnico-Académica, procede a su envío al área solicitante. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• Oficio y Opinión Técnico-Académica

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
		


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
2
10
Efectúa gestiones para firma y envía oficio y documentos
Oficio y Plan y Programa de Estudios
Criterios Esenciales
11
Da seguimiento a terceros expertos y/o comités estatales
12
Recibe y verifica resultados de evaluación; indica elaboración de dictamen de Opinión Técnico-Académica
Oficio
13
Elabora oficio y dictamen de Opinión Técnico-Académica y envía para validación
Oficio y Opinión Técnico-Académica
14
Supervisa oficio y Dictamen de Opinión Técnico-Académica y envía para firma
Oficio y Opinión Técnico- Académica
15
Recibe, autoriza e instruye para tramitar firma del Director General de Calidad y Educación en Salud y Secretario Técnico de CIFRHS
Oficio y Opinión Técnico-Académica
3
4


DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECTORA DE POLÍTICAS EDUCATIVAS EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PLANEACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD
3
16
Envía oficio firmado y Dictamen de Opinión Técnico-Académica para su trámite.
Oficio y Opinión-Técnico Académica
17
Recibe oficio y Dictamen de Opinión Técnico-Académica y envía
Oficio y Opinión Técnico-Académica
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud de evaluación	5 años	Dirección de Educación en Salud, Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número del documento
7.2 Oficio con dictamen de Opinión Técnico-Académica	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número del documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Campo Disciplinar: Bases metodológicas, teóricas, filosóficas y científicas que comprende una disciplina y que establece el tipo de opinión que corresponde en el trámite

8.2 Criterios esenciales: Instrumento didáctico que tiene como finalidad apoyar la revisión, análisis y dictamen de la pertinencia, viabilidad y calidad de ofertas educativas en el área de la salud, con fines de otorgamiento de la Opinión Técnico-Académica mediante la aplicación de 9 criterios que se consideran esenciales para el buen funcionamiento de un plan de estudios de carreras de la salud.

8.3 Opinión Técnico-Académica: Es el resultado de la evaluación realizada sobre un Plan y Programas de Estudio derivado del análisis metodológico y desde el enfoque de la disciplina correspondiente, con base en la Guía para la Evaluación del diseño preliminar y en los documentos elaborados por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, con el propósito de obtener el Registro de Validez Oficial de Estudios (RVOE), solicitar campos clínicos a las instituciones de salud o como un proceso de autoevaluación de las propias instituciones.

8.4 Personal colaborador en la CIFRHS.- personal de la Secretaría de Salud que colabora en la realización de funciones de encargadas a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

8.5 Plan y programas de estudio: Es el documento que describe la estructura y organización del conjunto de contenidos identificados como necesarios y suficientes para lograr determinados objetivos curriculares agrupados en asignaturas, seminarios, módulos, prácticas, actividades de enseñanza y de aprendizaje de una profesión e incluye la fundamentación filosófico-política de la profesión, objetivos, contenido, duración, dedicación, lineamientos de evaluación, método teórico, acreditación y requisitos de graduación.

8.6 Programa educativo: Es el conjunto estructurado de elementos que interactúan entre sí con el objetivo de formar profesionales con el perfil establecido. Consiste en: profesores, alumnos, infraestructura, plan de estudio, actividades académicas, resultados y procesos administrativos, entre otros; de manera que implica el sistema y distribución de las materias de un curso o asignatura como proyecto ordenado de actividades de enseñanza y aprendizaje, que forman y publican los profesores encargados de explicarlas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de Opinión Técnico-Académica

10.1 Oficio de Opinión Técnico-Académica

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Oficio No. DGCES-DG- 02801 -2016

Ciudad de México, 26 de agosto de 2016.

LIC. GABRIELA OCEGUERA CERVANTES
DIRECTORA DE INSTITUCIONES
PARTICULARES DE EDUCACIÓN SUPERIOR
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T E

En atención al oficio DGAIR/DIPES/SR/4611/16, mediante el cual solicita la evaluación disciplinar del Plan y Programas de Estudio de la **Licenciatura en Nutrición (modalidad escolar)** de **Asociación Civil, Instituto Trilingüe Londres,** en la Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Al respecto, con fundamento en los artículos 91 de la Ley General de Salud, 18 fracción XXVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, 1° y 3° fracción VII del Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983; 13 primer párrafo, 14 fracción XII y XIII, 17 fracción III, 19 fracción VI y 22 apartado Comité de Evaluación, fracción I del Reglamento Interior de la CIFRHS, así como 6, fracción II del Acuerdo número 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior publicado por el Diario Oficial de la Federación el 10 de julio de 2000, le comunico que derivado de la revisión efectuada por el personal de esta Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que colabora en las labores del Comité de Evaluación (COEVA) de la CIFRHS, y de expertos en el área de la nutrición, con base en los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio para la Apertura de la Licenciatura en Nutrición, se ha determinado emitir **Opinión Técnico-Académica Favorable,** conforme a la matrícula comprometida por la institución educativa.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
El Director General y
Secretario Técnico de la CIFRHS

Dr. Sebastián García Saisó

C.c.p.-
Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente
Mtro. Ricardo Octavio Morales Carmona.- Director General Adjunto de la DGCES.- Presente
Lic. Severino Rubio Domínguez.- Director de Educación en Salud.- Presente
Folio: DG-S695-2016
Expediente: 01-0386-16

Serie: 1S.2
ROMERO/MRC/Cal

15. PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR REUNIONES DE ÓRGANOS COLEGIADOS Y GRUPOS TÉCNICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer la metodología para coordinar las reuniones de los órganos colegiados y grupos técnicos necesarios para el ejercicio de las funciones de acción coordinada que se establecen para la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que conlleva a dar seguimiento a los acuerdos, tareas y proyectos programados.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Educación en Salud que dirige y autoriza la integración y planes de trabajo de los órganos y grupos técnicos y a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud que es responsable de su desarrollo.

2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a las instituciones participantes en los órganos colegiados y grupos técnicos que son convocados por la Dirección de Educación en Salud y Secretaría Técnica de la CIFRHS.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Educación en Salud es la responsable de proponer y consensuar en su caso los proyectos a desarrollar por cada Comité, Grupo de Trabajo, Grupo de Expertos, etc., que sea convocado.

3.2 Las decisiones de los órganos y grupos de trabajo, así como los acuerdos tomados deberán ser informados a la Dirección de Educación en Salud con especial atención, cuando se traten de acciones de impacto a terceros, siendo éstos instituciones o individuos que no estén representados en los mismos grupos.

3.3 La creación de grupos técnicos procederá según acuerdos y recomendaciones interinstitucionales o por instrucción de la Dirección de Educación en Salud en seguimiento a políticas nacionales.

3.4 Las fechas de sesión deberán ser reportadas a la Dirección de Educación en Salud por parte de la Subdirección de Políticas Educativas en Salud y en ellas se repetirá el procedimiento hasta la obtención de los productos esperados.

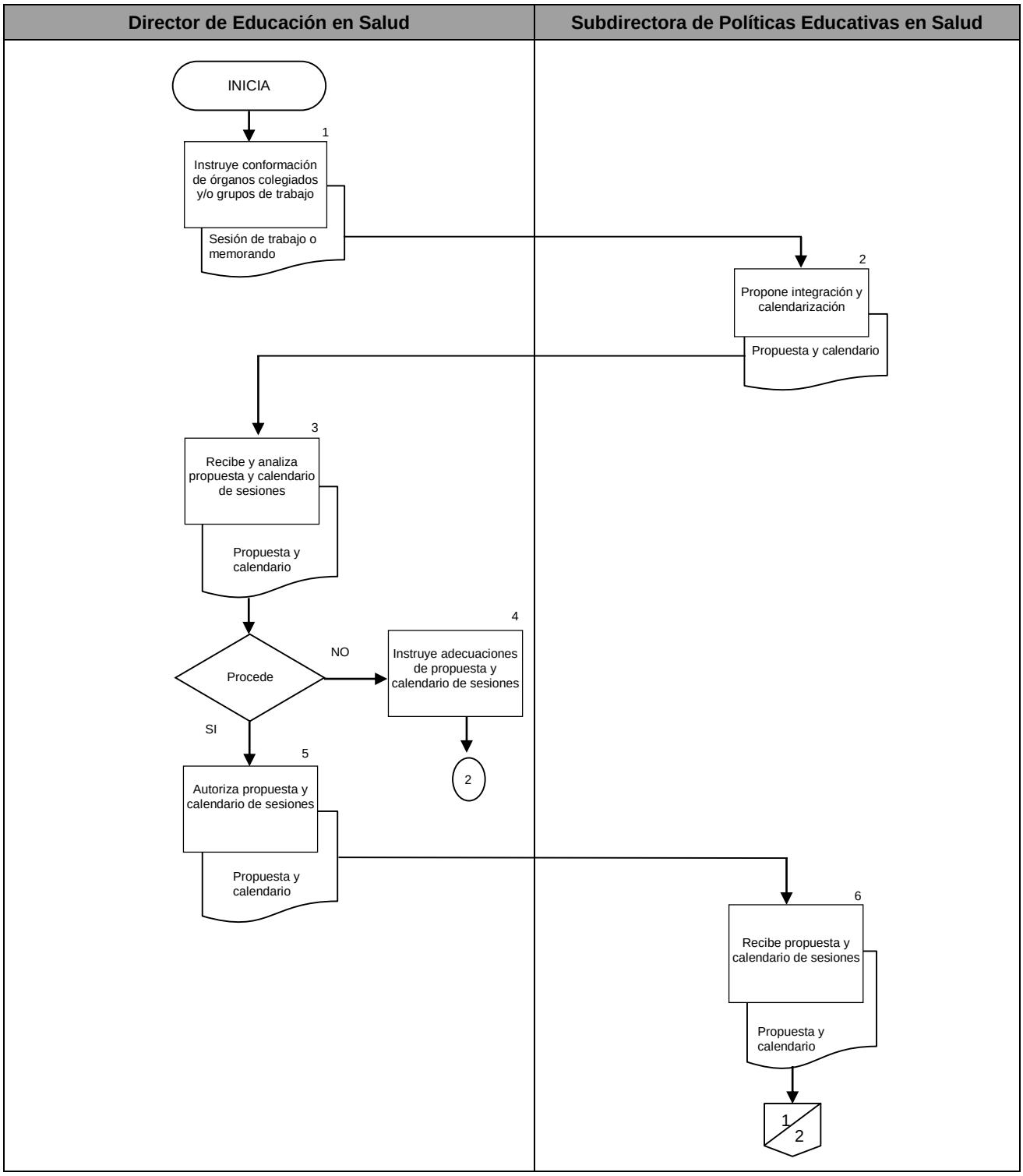
3.5 La Subdirección de Políticas Educativas en Salud es responsable de dar seguimiento a los acuerdos tomados en los citados órganos de consenso e integrar los resultados, en coordinación con el Departamento de Información para la Planeación para la Educación en Salud.

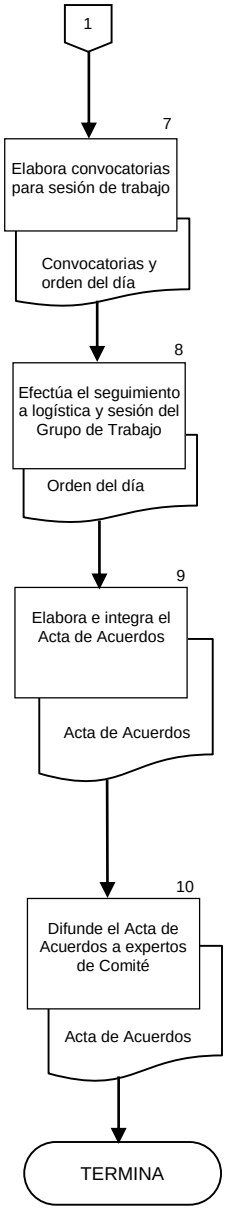
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Instruye a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud sobre la necesidad de coordinar la operación de órganos colegiados y grupos técnicos específicos y define el propósito.	• Sesión de trabajo o memorando
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	2	Propone a la Dirección de Educación en Salud, las instituciones y/o servidores públicos e individuos a integrarse a los órganos y grupos técnicos específicos, así como el calendario de sesiones para su autorización.	• Propuesta y calendario
Director de Educación en Salud	3 Procede: 4 5	Recibe propuesta de grupos y calendario de sesiones para ser analizadas. No: Instruye adecuaciones a los grupos técnicos y/o fechas de calendario de sesiones. Regresa a la actividad 2 Si: Autoriza propuesta de grupos y calendario de sesiones e instruye su seguimiento a la Subdirección de Políticas Educativas en Salud.	• Propuesta y calendario
Subdirectora de Políticas Educativas en Salud	6 7	Recibe propuesta de grupos y calendario de sesiones autorizados. Elabora convocatorias dirigidas a los representantes institucionales o individuales que se hubiesen acordado.	• Propuesta y calendario • Convocatorias y orden del día

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	8	Efectúa el seguimiento a la logística y toma acuerdos de sesión del grupo de trabajo conforme el desarrollo de la orden del día presentada y a la convocatoria de la sesión.	• Orden del Día
	9	Elabora e integra el Acta de Acuerdos.	• Acta de Acuerdos
	10	Difunde el Acta de Acuerdos a los expertos que conforman el Comité. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director de Educación en Salud	Subdirectora de Políticas Educativas en Salud
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud vigente	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud vigente	N/A
6.3 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Última actualización	N/A
6.4 Acuerdo por el que se Crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A
6.6 Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018	N/A

7. REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Directorio del Comité	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número de oficio
7.2 Convocatoria y orden del día	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Números de oficio, de la sesión y fecha
7.3 Lista de asistencia	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número de la sesión y fecha
7.4 Actas de la Sesión y Seguimiento de acuerdos	5 años	Subdirección de Políticas Educativas en Salud	Número del documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Acta de acuerdos: Minuta escrita de lo tratado o acordado en las sesiones.

8.2 Acuerdo: Decisión adoptada en los órganos colegiados y grupos técnicos.

8.3 Convocatoria: Documento escrito en medio electrónico o en papel para citar al grupo.

8.4 Logística: Conjunto de medios y métodos necesarios para llevar a cabo la organización de una sesión de trabajo u evento técnico – académico.

8.5 Sesión: Cada una de las juntas del órgano colegiado o grupo de trabajo convocado previamente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de Mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Calendario

10.1 Calendario

SALUD SEP — COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

CIFRHS COMITÉS
CALENDARIOS DE REUNIONES 2017

CFT JUEVES 12:00 P.M		CPEC VIERNES 10:30 A.M		CPSS JUEVES 12:00 P.M.		COEVA VIERNES 12:00 P.M.		CENFRHS MARTES 12:00 P.M.		CE VIERNES 12:00 P.M	
MES	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES	DIA
ENERO	---	ENERO	---	ENERO	---	ENERO	---	ENERO	---	ENERO	---
FEBRERO	16	FEBRERO	17	FEBRERO	23	FEBRERO	24	FEBRERO	14	FEBRERO	10
MARZO	---	MARZO	---	MARZO	---	MARZO	---	MARZO	28	MARZO	---
ABRIL	6	ABRIL	7	ABRIL	27	ABRIL	28	ABRIL	--	ABRIL	---
MAYO	18	MAYO	19	MAYO	25	MAYO	26	MAYO	2	MAYO	12
JUNIO	---	JUNIO	---	JUNIO	---	JUNIO	---	JUNIO	---	JUNIO	23
JULIO	13	JULIO	14	JULIO	6	JULIO	7	JULIO	25	JULIO	---
AGOSTO	---	AGOSTO	---	AGOSTO	---	AGOSTO	---	AGOSTO	---	AGOSTO	25
SEPTIEMBRE	28	SEPTIEMBRE	29	SEPTIEMBRE	21	SEPTIEMBRE	22	SEPTIEMBRE	5	SEPTIEMBRE	---
OCTUBRE	---	OCTUBRE	---	OCTUBRE	---	OCTUBRE	---	OCTUBRE	17	OCTUBRE	13
NOVIEMBRE	23	NOVIEMBRE	24	NOVIEMBRE	16	NOVIEMBRE	17	NOVIEMBRE	28	NOVIEMBRE	---
DICIEMBRE	---	DICIEMBRE	---	DICIEMBRE	---	DICIEMBRE	---	DICIEMBRE	---	DICIEMBRE	1

Comité de Posgrado y Educación Continua **(CPEC)** Comité de Pregrado y Servicio Social **(CPSS)** Comité de Evaluación **(COEVA)** Comité de Formación de Técnicos **(CFT)**
Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos para la Salud **(CENFRHS)** Comité de Estomatología **(CE)**

16. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS Y VIGILAR LA APLICACIÓN DE LA REGULACIÓN EN EL DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO, MEDIANTE LA SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y ASESORÍA DE LAS UNIDADES SEDES

1. PROPÓSITO

1.1 Disponer de políticas, normas, criterios y metodologías que permita operar, asesorar y dar seguimiento conjuntamente con los responsables de enseñanza de los servicios estatales de salud, al proceso de internado médico de pregrado a nivel nacional.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, la Dirección de Educación en Salud emite instrucciones para la coordinación de campos clínicos, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social planean, programan, operan y coordinan los campos clínicos de internado de pregrado a nivel nacional.

2.2 A Nivel externo con los representantes de las áreas de enseñanza de las instituciones que integran el Sector Salud, así como con los 32 Responsables de Enseñanza de los Servicios Estatales de Salud programan las plazas entre las instituciones de salud y educativas, generan un catálogo de campos clínicos que es enviado a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la planeación, programación, operación y seguimiento del proceso de internado médico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Las propuestas de políticas, instrumentos normativos, criterios y metodologías de enseñanza de internado médico de pregrado a nivel nacional, son elaboradas y presentadas a las unidades responsables por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.2 El análisis, programación, operación, asesorías y orientación para el correcto desarrollo de los programas de enseñanza de internado médico de pregrado a nivel nacional, es responsabilidad de la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.3 Las mejoras y homogenización de los programas y proyectos de enseñanza de internado médico de pregrado a nivel nacional, son realizados por la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.4 El sistema de control y supervisión de los programas de enseñanza de internado médico de pregrado y su operatividad, son responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud

3.5 La revisión y aplicación de los instrumentos normativos existentes sobre actividades de internado médico de pregrado, su aplicación operativa, la emisión, envío y seguimiento de observaciones y comentarios, son responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud

3.6 La revisión y actualización semestral del catálogo de campos clínicos de internado médico de pregrado, son responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud

3.7 La recepción, análisis, actualización y en su caso respuesta de la información sobre aspectos de enseñanza de internado médico de pregrado, son responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud

3.8 El formar parte, asistir, elaborar y programar, documentos y hacer su seguimiento dentro de los Comités de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, relacionado con la enseñanza de internado médico de pregrado. Son responsables la Subdirección Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud

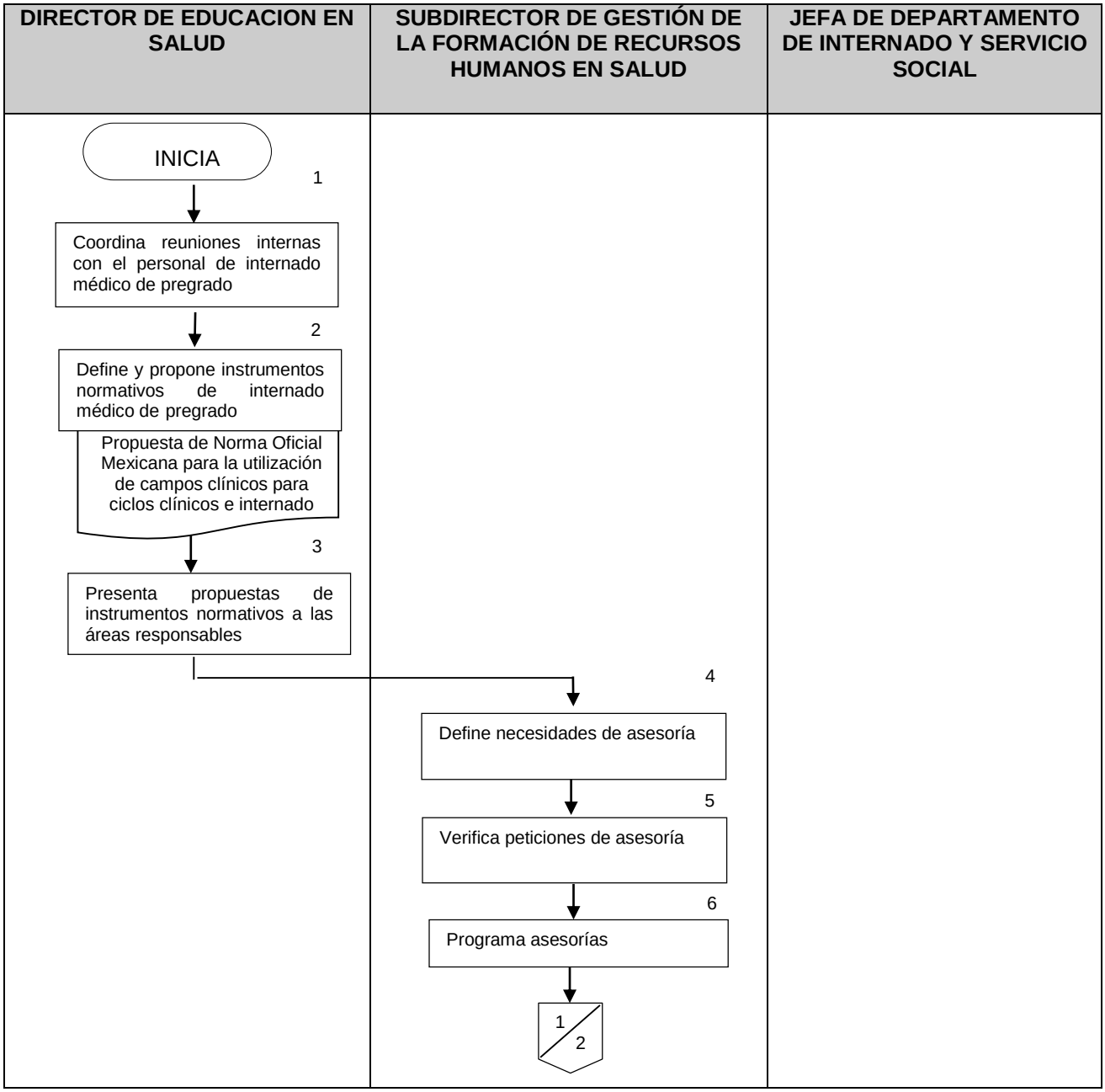
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

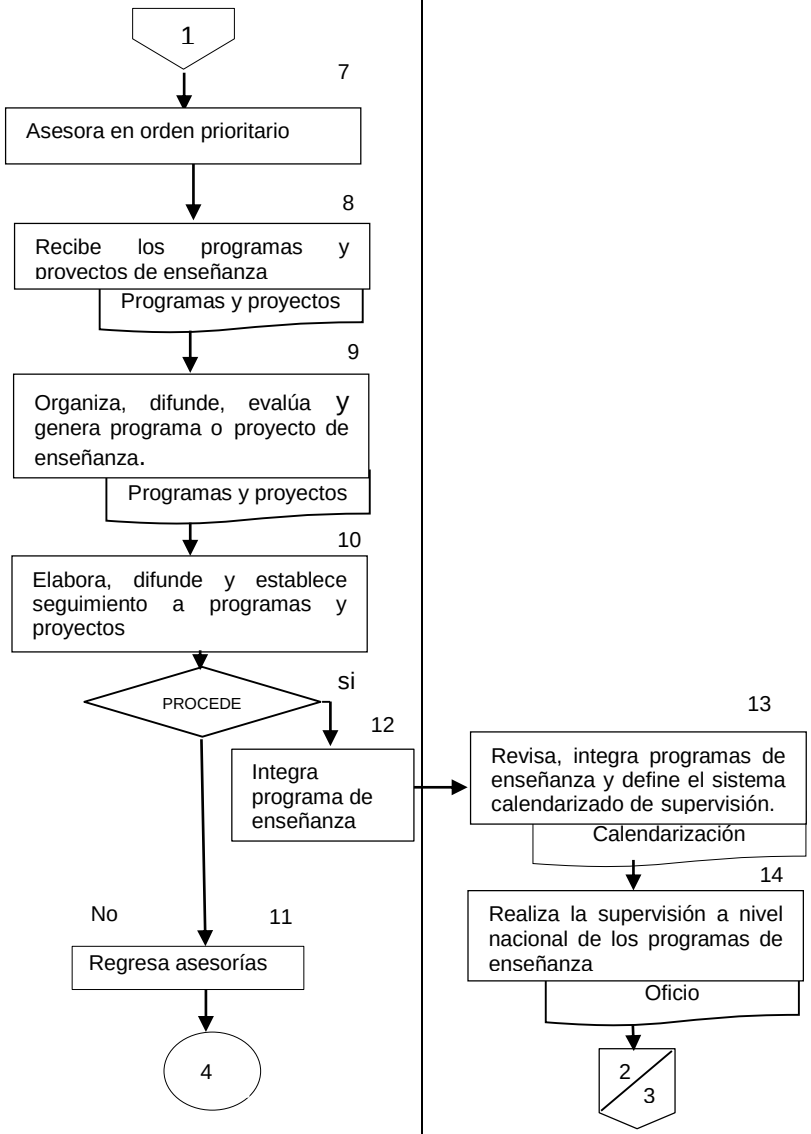
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Coordina reuniones internas con el personal de internado médico de pregrado para revisar las políticas e instrumentos normativos de internado médico de pregrado.	
	2	Define y propone instrumentos normativos de internado médico de pregrado.	Propuesta de Norma Oficial Mexicana para la utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado
	3	Presenta propuestas de instrumentos normativos a las áreas responsables de elaborarlas.	
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	4	Define necesidades de asesoría.	
	5	Verifica peticiones de asesoría.	
	6	Programa asesorías.	
	7	Asesora en orden prioritario según necesidades o peticiones detectadas.	
	8	Recibe los programas y proyectos de enseñanza de internado médico de pregrado de nivel nacional.	Proyecto de enseñanza de pregrado
	9	Organiza, difunde, evalúa y genera cada programa o proyecto de enseñanza de pregrado.	
	10	Elabora, difunde y establece seguimiento a observaciones, propuestas y comentarios a los programas y proyectos analizados.	
		Procede:	
	11	No: Regresa a la actividad 4 para coordinar asesorías	
	12	Sí: Continúa procedimiento para integrar programas de enseñanza	
Jefa del Departamento de Internado y Servicio Social	13	Revisa, integra programas de enseñanza de internado médico de pregrado y define el sistema calendarizado de supervisión.	Calendarización de supervisión

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	14	Realiza la supervisión a nivel nacional de los programas de enseñanza de internado médico de pregrado y emitir las recomendaciones correspondientes.	Oficio de recomendaciones
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	15	Analiza la normatividad vigente sobre enseñanza de internado médico de pregrado.	
	16	Programa y supervisa los campos clínicos de internado médico de pregrado a nivel nacional para corroborar el cumplimiento de la normatividad.	
	17	Genera y establece seguimiento a las observaciones y recomendaciones resultado de la supervisión a campos clínicos de internado médico de pregrado.	Reporte supervisión
Jefa del Departamento de Internado y Servicio Social	18	Obtiene, analiza y concentra los catálogos de campos clínicos de internado médico de pregrado existentes y revisa semestralmente.	Catálogo actualizado de campos clínicos de internado médico de pregrado
	19	Actualiza los catálogos con las nuevas unidades receptoras de estudiantes de internado médico de pregrado y elimina aquellas que dejan de ser campo clínico.	
	20	Valida el catálogo semestralmente de campos clínicos para internado médico de pregrado para su uso y control a nivel nacional.	
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	21	Recibe el catálogo y difunde internamente la información sobre enseñanza de internado médico de pregrado.	
	22	Evalúa la información y emite comentarios, observaciones, orientaciones o respuestas.	
	23	Efectúa seguimiento a las respuestas generadas a la información recibida de enseñanza de internado médico de pregrado.	
Jefa del Departamento de Internado y Servicio Social	24	Participa en los comités de internado médico de pregrado de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.	Minuta Comité de pregrado y Servicio Social

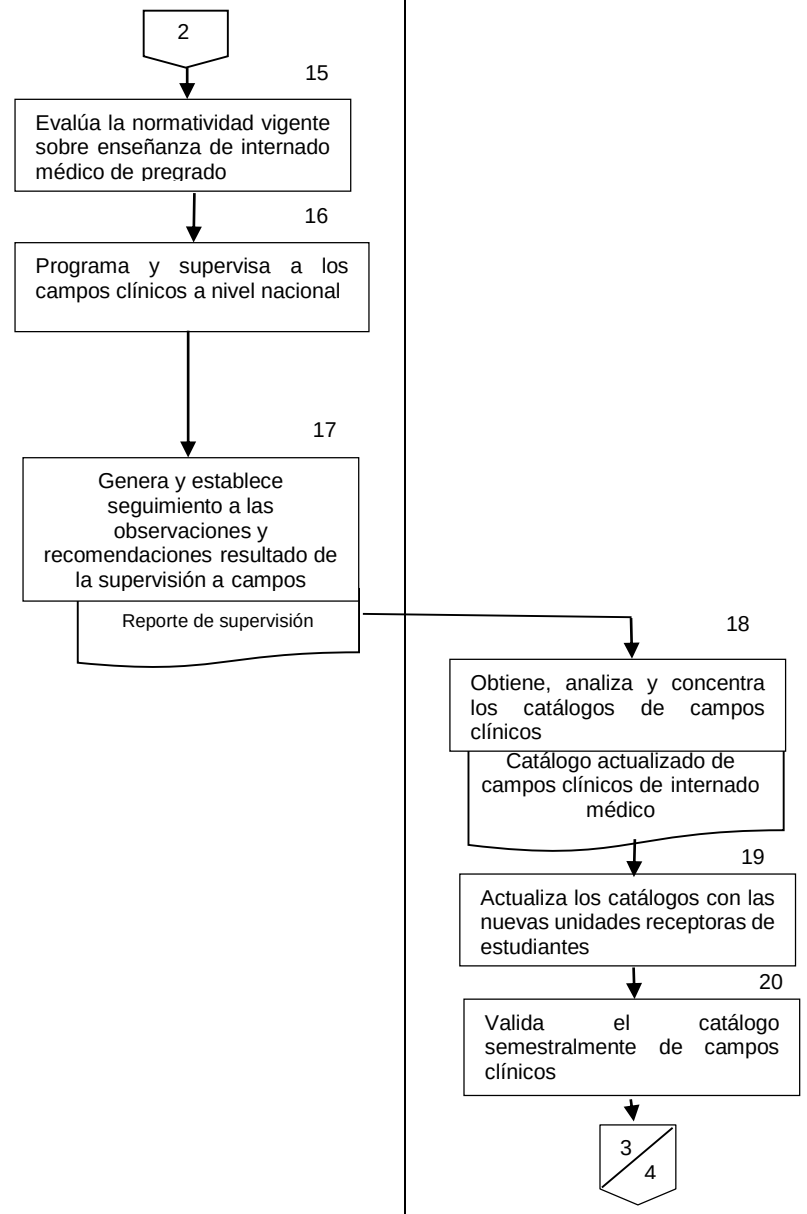
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	25	Participa en programas y documentos para mejorar la enseñanza de internado médico de pregrado.	
	26	Efectúa seguimiento a las propuestas y documentos generados en los comités de internado médico de pregrado correspondientes. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

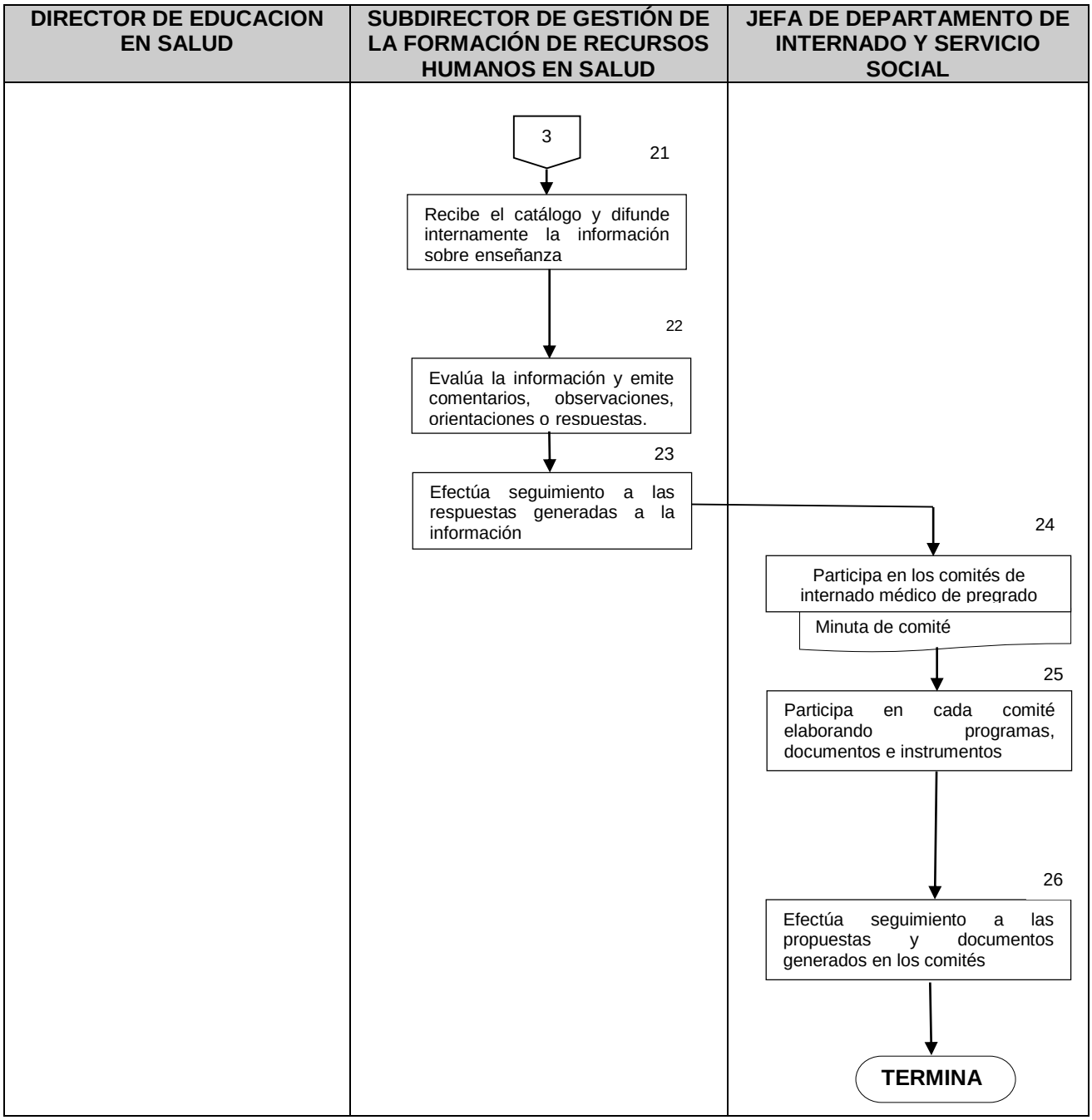
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL
		

DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL




DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL
3
21
Recibe el catálogo y difunde internamente la información sobre enseñanza
22
Evalúa la información y emite comentarios, observaciones, orientaciones o respuestas.
23
Efectúa seguimiento a las respuestas generadas a la información
24
Participa en los comités de internado médico de pregrado
Minuta de comité
25
Participa en cada comité elaborando programas, documentos e instrumentos
26
Efectúa seguimiento a las propuestas y documentos generados en los comités
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Instrumentos normativos existentes	N/A
6.2 Lineamientos y políticas de enseñanza en salud	N/A
6.3 Ley General de Salud	N/A
6.4 Programas de enseñanza en salud	N/A
6.5 Solicitudes de asesoría	N/A
6.6 Programas de asesoría	N/A
6.7 Guía para asesoría	N/A
6.8 Programas y proyectos de enseñanza de internado médico de pregrado	N/A
6.9 Propuestos, comentarios y ajustes sugeridos	N/A
6.10 Guías de supervisión	N/A
6.11 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.12 Ley General de Educación	N/A
6.13 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional	N/A
6.14 Ley General del Trabajo	N/A
6.15 Catálogo de campos clínicos de internado médico de pregrado	N/A
6.16 Listado de unidades operativas que cuentan con campos clínicos autorizados	N/A
6.17 Directorio de representantes de las instituciones de salud incluidas en el catálogo	N/A
6.18 Minutas de reuniones de comités de internado médico de pregrado	N/A
6.19 Acuerdos y documentos generados en los comités de internado médico de pregrado	N/A
6.20 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.21 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Normas oficiales mexicanas	5 años	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de norma
7.2 Proyectos de políticas y propuestas de instrumento normativo	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Documento
7.3 Oficios de solicitud	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.4 Programas de enseñanza de internado médico de pregrado	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Programa
7.5 Oficios de comisión	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficios
7.6 Oficios de envío de resultados	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficios
7.7 Oficios de aviso de visita de supervisión	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficios
7.8 Comentarios y observaciones	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Documento
7.9 Oficios de solicitud y recepción de catálogos de campos clínicos de internado médico de pregrado	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.10 Catálogo de campos clínicos de internado médico de pregrado	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Catálogo
7.11 Oficios de solicitud y envío de información	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.12 Documentos generados de información obtenida	3 años	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Documento
7.13 Minutas de comités de internado médico de pregrado	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Minuta
7.14 Acuerdos y documentos generados	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Acuerdos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actualización: Proceso permanente que se desarrolla para mantener vigentes conocimientos e información de un individuo o documento.

8.2 Análisis: Método que consiste en separar las diversas partes integrantes de un todo, con el fin de estudiar en forma independiente cada una de ellas, así como las diversas relaciones que existen entre las mismas.

8.3 Asesoría: Suministro de información técnica o conocimientos especializados en calidad de proposiciones y recomendaciones, a efecto de facilitar la toma de decisiones y corregir desviaciones.

8.4 Campo clínico: Establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios técnicos y profesionales.

8.5 Catálogo: Establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios técnicos y profesionales.

8.6 Comisiones/comités: Cuerpos colegiados creados con el propósito de formalizar las interrelaciones entre las distintas unidades, entre las distintas instituciones y entre dependencias e instituciones que las integran, para el desahogo de temas de carácter permanente y común entre ellas y para la adecuada toma de decisiones en la materia de su competencia.

8.7 Control: Proceso cuyo objetivo es la detección de logros y desviaciones para evaluar la ejecución de programas y acciones y aplicar las medidas correctivas necesarias.

8.8 Formación: Acciones sistematizadas que se sustentan en elementos específicos de una disciplina, que tiene por objeto que las personas se preparen para ejercer funciones de mayor complejidad y responsabilidad.

8.9 Información: Hechos o ideas adquiridos por un individuo o grupo de individuos de cualquier modo como la observación, la experimentación, la lectura, la instrucción y que consta de una cantidad determinada de datos, noticias, documentos y hechos científicos de cuyo análisis y comprensión se forma un criterio a seguir.

8.10 Instrumento normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.11 Norma oficial mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluyen.

8.12 Política: Criterio general de pensamiento que orienta la acción en este caso sobre programas de enseñanza en salud.

8.13 Programa: Unidad financiera y administrativa en la que se agrupan diversas actividades con un cierto grado de homogeneidad respecto del producto o resultado final, a la cual se le asignan recursos humanos, materiales y financieros con el fin de que produzca bienes o servicios destinados a la satisfacción total o parcial de los objetivos señalados a una función, dentro del marco de la planeación.

8.14 Proyecto: Conjunto de acciones destinadas a conseguir una o varias metas de un programa o actividad definida relacionada con la enseñanza en salud.

8.15 Unidad operativa: Establecimiento de Salud que cuenta con autorización para efectuar actividades de enseñanza en salud para la formación de recursos humanos en salud y que elabora su programa correspondiente para cubrir dicha actividad.

8.16 Validación: Demostración experimental de que la versión final de un documento o programa, logra sus objetivos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Propuesta de Norma Oficial Mexicana. Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado

10.2 Proyecto de enseñanza de pregrado
10.3 Calendarización de supervisión
10.4 Oficio de recomendaciones de supervisión
10.5 Reporte supervisión

10.6 Catálogo de campos clínicos de internado médico de pregrado

10.7 Minuta de Comité de Pregrado y Servicio Social

10.1 Norma Oficial Mexicana. Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado

NORMA Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

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

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-234-SSA1-2003, UTILIZACION DE CAMPOS CLINICOS PARA CICLOS CLINICOS E INTERNADO DE PREGRADO.

ERNESTO ENRIQUEZ RUBIO, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, y ENRIQUE RUELAS BARAJAS, Subsecretario de Innovación y Calidad, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 y 69-H de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3 fracciones VII y VIII; 13 apartado A fracción I, 45, 78, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95 y demás aplicables de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III, VII y XI, 41, 43 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4, 21, 26 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28, 33 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8 fracciones V, VI y XIX, 18 fracciones I, III y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y el Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

CONSIDERANDO

Que con fecha 25 de agosto de 2003, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, el anteproyecto de modificación de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 20 de enero de 2003, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, en el **Diario Oficial de la Federación**, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario.

Que con fecha previa fueron publicados en el **Diario Oficial de la Federación** las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-234-SSA1-2003, UTILIZACION DE CAMPOS CLINICOS PARA CICLOS CLINICOS E INTERNADO DE PREGRADO

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma Oficial Mexicana participaron:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.

SECRETARIA DE SALUD.

Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Asuntos Jurídicos.

Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia.

Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.

10.2 Proyecto de enseñanza de pregrado (ejemplo)

[redacted]

Internado Anáhuac

Introducción:

- Análisis de los objetivos académicos del internado.
- Descripción de las competencias a desarrollar durante el internado.
- Antecedentes del internado
- Propósito
- Actual situación de la educación en México
- El interno en su 9º y 10 años de estudio de la licenciatura
- Obligaciones y responsabilidades del Interno

El internado comprende el quinto año de la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Anáhuac México. Este año es el cierre de los ciclos clínicos que el alumno inicia a partir de su tercer año de estudios de la licenciatura, una vez que ha dominado el aprendizaje de las materias básicas que le muestran la composición integral del ser humano.

La formación de jóvenes estudiantes de la Universidad Anáhuac debe de obedecer a la misión universitaria, y estar enfocada a través de los siete objetivos estratégicos de la U. A. Mexico para 2020.

Estos objetivos son los siguientes:

1) Formación integral para todos.
2) Integración de la Comunidad Anáhuac México.
3) Consolidar el liderazgo de la presencia Anáhuac en la zona metropolitana de la Ciudad de México.
4) Profundización y mejoramiento del modelo educativo Anáhuac.
5) Vinculación estratégica con los sectores productivo y social.
6) Investigación con impacto social.
7) Internacionalización.

Por lo anterior los modelos de formación Anáhuac están siendo fuertemente revisados y conformados a la realidad que la sociedad vive actualmente en el segundo lustro del siglo XXI.

La reforma del abordaje a una educación médica que sea más personalizada, que respete los derechos de las personas, y optimice las capacidades de las personas y los ambientes donde ellas se desarrollan, forma parte de los incentivos que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac tiene para adoptar nuevos modelos de enseñanza. Una enseñanza que fructifique en la formación de profesionales mejor informados, más capacitados, y más motivados

10.3 Calendarización de supervisión (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

CALENDARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA A LOS PROGRAMAS INTERNADO MEDICO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL

ENTIDAD	FECHA	UNIDAD HOSPITALARIA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
CIUDAD DE MEXICO	LUNES _____DE ENERO DE ___	1.-HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICOHOMEOPATICO	DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL . DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN	APERTURA DE SEDE DE INTERNADO MEDICO SOLICITA CAMPO CLINICO DE INTERNADO MEDICO

10.4 Oficio de recomendaciones de supervisión (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- -20____
Ciudad de México, a ____ de ____ de 20___.

DR. GERMAN ORTEGA SILVA
SUBSECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR DE
SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN.

Agradezco las atenciones proporcionadas a los Dres._____, _____ de esta Dirección General, en la visita de asesoría y supervisión a los programas de internado y/o servicio social de la unidad sede _____ efectuada los días _____ de_____ del año _____.

Como resultado de esta vista se enlistan a continuación las recomendaciones respecto a los hallazgos encontrados:

Hospital General de Fresnillo:

PROBLEMAS DETECTADOS	SOLUCION	TIEMPO PARA SOLUCION	RESPONSABLE
PLANTILLA INCOMPLETA DE MEDICOS ADSCRITOS EN LOS DIFERENTES TURNOS, PRINCIPALMENTE EN LA JORNADA ACUMULADA Y TURNO NOCTURNO	GARANTIZAR LA PLANTILLA COMPLETA DE MEDICOS ADSCRITOS, PRINCIPALMENTE DE LAS ESPECIALIDADES QUE SE IMPARTEN EN EL HOSPITAL	90 DIAS	DIRECTOR DEL HOSPITAL
FALTA COMPROMISO DE ALGUNOS PROFESORES CON LA ENSEÑANZA, ASI COMO POCO ESTIMULO Y RECONOCIMIENTO A SU PARTICIPACION	GENERAR LOS MECANISMOS QUE PERMITAN DAR RECONOCIMIENTO A LA LABOR DE LOS PROFESORES DESTACADOS, Y CON ELLO IMPULSAR SU DESARROLLO ACADEMICO	INMEDIATO	DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
INSUFICIENTE NUMERO DE TEXTOS BASICOS Y DE CADA UNA DE LAS ESPECIALIDADES QUE SE IMPARTEN EN EL HOSPITAL	ADQUISICION DE TEXTOS ACTUALIZADOS DE LAS MATERIAS BASICAS Y POR ESPECIALIDADES	30 DIAS	JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION ESTATAL, DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
FALTA DE PUBLICACIONES INDEXADAS DE CIRCULACION INTERNACIONAL, Y DEFICIENTE ACERVO ELECTRONICO	GARANTIZAR POR LO MENOS 2 PUBLICACIONES INDEXADAS POR ESPECIALIDAD Y ACERVO ELECTRONICO DISPONIBLE LAS 24 H	30 DIAS	JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION ESTATAL, DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
FALTA DE AUDITORIO Y AULAS ADECUADAS PARA LA ENSEÑANZA	GESTIONAR LA CONSTRUCCION DE DICHAS OBRAS	30 DIAS	DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
INADECUADA Y DEFICIENTE AREA DE DESCANSO PARA LOS MEDICOS	GESTIONAR DE UNA AREA ADECUADA Y EXCLUSIVA PARA EL DESCANSO DE LOS MEDICOS	30 DIAS	DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México Distrito Federal.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

10.5 Reporte supervisión (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

REPORTE DE SUPERVISIÓN

Nombre de la Unidad Sede Supervisada	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO
Fecha de la supervisión	Enero_____ de_____

ANTECEDENTES: LAS AUTORIDADES DE EL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO HAN EMITIDO UN OFICIO SOLICITUD PARA APERTURA DE SEDE PARA INTERNADO MEDICO, SE HA REALIZADO LA GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN EL FORMATO OFICIAL DE LA DGCES .

UNA VEZ HECHO EL ANALISIS DE EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, SE ELABORA LA SÍNTESIS EJECUTIVA PARA LA SUPERVISIÓN.

LA SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA ANTES MENCIONADA SE LLEVA A CABO EL DÍA 09 DE ENERO DE EL PRESENTE, CON LA DRA. CELINA MARTÍNEZ MENDIETA JEFA DE ENSEÑANZA, EL DR. DR. FERNANDO OCHOA BERNAL, DIRECTOR DEL HOSPITAL, LA DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL, DIRECTORA DE AREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Y LA DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN, JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL.

SE ENCONTRARON LAS SIGUIENTES ÁREAS DE OPORTUNIDAD:

LA BIBLIOHEMEROTECA EXISTE CON ANAQUELES Y CONTROL, NO EQUIPADA CON MOBILIARIO PARA USUARIOS, SE CUENTA CON SERVICIO DE INTERNET. NO TIENE ACERVO

NO SE CUENTA CON SERVICIO DE FOTOCOPIADO

ÁREA DE DESCANSO PARA MÉDICOS INTERNOS SIN MOBILIARIO

EL DATO DE CAMA CENSABLE POR ESPECIALIDAD Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN NO ES ACORDE CON EL REPORTADO EN EL DX.SIT.

BAJO PORCENTAJE DE CIRUGÍA SALA/DÍA.

AL FINALIZAR EN LA REUNION CON EL DR. FERNANDO OCHOA BERNAL, LA DRA. CELINA MARTÍNEZ MENDIETA, DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL, Y LA DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN SE COMENTARON LAS INCIDENCIAS ENCONTRADAS.

SE ESTABLECE EL COMPROMISO DE CONTINUAR ASESORANDO CON BASE A LOS CRITERIOS DE PONDERACIÓN DE LOS INDICADORES QUE MIDEN EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-234-SSA1-2003, UTILIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS PARA CICLOS CLÍNICOS E INTERNADO DE PREGRADO, Y DAR SEGUIMEINTO A LO ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA OPERATIVO.

10.6 Catálogo de campos clínicos de internado médico de pregrado

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DEPARTAMENTO DE INTERNADO MÉDICO Y SERVICIO SOCIAL

Catálogo Cooperacional de Internado Médico de Pregrado en la Secretaría de Salud
Guerrero

NÚMERO DEL ESTADO	ESTADO	CLUES	NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE UNIDAD DOCSS	LOCALIDAD	NUM_PZA	NOMBRE DEL INTERNO (a_paterno_a_materno_nombre)	RFC	CURP	SEXO	CLAVE ESCUELA	CORREO ELECTRONICO	CARRERA	TIPO DE ALUMNO	MONTO DE BECA	PROMOCION
1	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	1					11		MEDICINA	IMP		
2	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	2					11		MEDICINA	IMP		
3	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	3					11		MEDICINA	IMP		
4	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	4					11		MEDICINA	IMP		
5	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	5					11		MEDICINA	IMP		
6	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	6					11		MEDICINA	IMP		
7	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	7					11		MEDICINA	IMP		
8	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	8					11		MEDICINA	IMP		
9	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	9					11		MEDICINA	IMP		
10	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	10					11		MEDICINA	IMP		
11	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	11					11		MEDICINA	IMP		
12	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	12					11		MEDICINA	IMP		
13	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	13					11		MEDICINA	IMP		
14	GUERRERO	GRSSA000030	H. G. ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL	ACAPULCO	14					11761		MEDICINA	IMP		
15	GUERRERO	GRSSA007550	H.G. "DR. ALEJANDRO RODRIGUEZ GARCIA"	HOSPITAL GENERAL	ATOYAC	15					12		MEDICINA	IMP		
16	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	16					12		MEDICINA	IMP		
17	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	17					12		MEDICINA	IMP		
18	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	18					12		MEDICINA	IMP		
19	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	19					12		MEDICINA	IMP		
20	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	20					12		MEDICINA	IMP		
21	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	21					12		MEDICINA	IMP		
22	GUERRERO	GRSSA000038	H.G. "DR. DONATO G. ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CD. RENACIMIENTO	22					12		MEDICINA	IMP		
23	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	23					12		MEDICINA	IMP		
24	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	24					12		MEDICINA	IMP		
25	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	25					12		MEDICINA	IMP		
26	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	26					12		MEDICINA	IMP		
27	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	27					12		MEDICINA	IMP		
28	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	28					12		MEDICINA	IMP		
29	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	29					12		MEDICINA	IMP		
30	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	30					12		MEDICINA	IMP		
31	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	31					12		MEDICINA	IMP		
32	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	32					12		MEDICINA	IMP		
33	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	33					12		MEDICINA	IMP		
34	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	34					12		MEDICINA	IMP		
35	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	35					44		MEDICINA	IMP		
36	GUERRERO	GRSSA003686	H. G. "DR. RAFAEL NOGI ARARCA ALARCÓN"	HOSPITAL GENERAL	CHILPANCINGO	36					44		MEDICINA	IMP		
37	GUERRERO	GRSSA004990	H. G. "DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"	HOSPITAL GENERAL	IGUALA	37					12		MEDICINA	IMP		
38	GUERRERO	GRSSA004990	H. G. "DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"	HOSPITAL GENERAL	IGUALA	38					12		MEDICINA	IMP		
39	GUERRERO	GRSSA004990	H. G. "DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"	HOSPITAL GENERAL	IGUALA	39					12		MEDICINA	IMP		
40	GUERRERO	GRSSA004990	H. G. "DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"	HOSPITAL GENERAL	IGUALA	40					12		MEDICINA	IMP		
41	GUERRERO	GRSSA005702	H. G. OMETEPEC	HOSPITAL GENERAL	OMETEPEC	41					12		MEDICINA	IMP		
42	GUERRERO	GRSSA005702	H. G. OMETEPEC	HOSPITAL GENERAL	OMETEPEC	42					12		MEDICINA	IMP		
43	GUERRERO	GRSSA005702	H. G. OMETEPEC	HOSPITAL GENERAL	OMETEPEC	43					12		MEDICINA	IMP		
44	GUERRERO	GRSSA006702	H. G. "ADOLFO PRIETO"	HOSPITAL GENERAL	TAXCO	44					12		MEDICINA	IMP		

10.7 Minuta de Comité de Pregrado y Servicio Social

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCUION DE EDUCACION EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

SALUD | DGCES

COMITÉ DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL

MINUTA DE LA REUNIÓN

10.1 MINUTA DE REUNIÓN
(1)

NOMBRE DE LA UNIDAD_

NOMBRE (2)	PUESTO (3)	FIRMA (4)	TELEFONO (5)

PUNTOS DESARROLLADOS/ORDEN DEL DÍA

No.	ACTIVIDAD (7)
(6)	

ACUERDOS/COMPROMISOS

No.	ACUERDO (9)	RESPONSABLE (10)	FECHA COMPROMISO
(8)			(11)

Nombre: (12)	Fecha: (14)
Firma: (13)	

17. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS Y VIGILAR LA APLICACIÓN DE LA REGULACIÓN EN EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL DE LAS CARRERAS DE LA SALUD, MEDIANTE LA SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y ASESORÍA DE LAS UNIDADES SEDES

1. PROPÓSITO

1.1 Disponer de políticas, normas, criterios y metodologías que permita operar, asesorar y dar seguimiento conjuntamente con los responsables de enseñanza de los servicios estatales de salud, al proceso de servicio social a nivel nacional.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, la Dirección General Calidad y Educación en Salud autoriza los campos clínicos, la Dirección de Educación en Salud emite instrucciones para coordinar los campos clínicos, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social coordinan, planean, programan, operan y dan seguimiento a los campos clínicos de servicio social a nivel nacional.

2.2 A nivel externo los representantes de las áreas de enseñanza de las instituciones que integran el sector salud, así como los 32 Responsables de Enseñanza de los Servicios Estatales de Salud, programan las plazas entre las instituciones de salud y educativas generan un catalogó de campos clínicos que es enviado a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la planeación, programación, operación y seguimiento del proceso de servicio social.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La propuestas de políticas, instrumentos normativos, criterios y metodologías de enseñanza del servicio social a nivel nacional, son elaboradas y presentadas a las unidades responsables por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.2 El análisis, programación, operación, asesorías y orientación para el correcto desarrollo de los programas de enseñanza del servicio social a nivel nacional, es responsabilidad de la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud, y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.3 Las mejoras y homogenización de los programas y proyectos de enseñanza de servicio social a nivel nacional, son realizados por la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.4 El sistema de control y supervisión de los programas de enseñanza de servicio social y su operatividad son realizados por la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.5 La revisión y aplicación de los instrumentos normativos existentes sobre actividades de servicio social, su aplicación operativa, la emisión, envío y seguimiento de observaciones y comentarios son responsabilidad de la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.6 La revisión y actualización semestral del catálogo de campos clínicos de servicio social, es responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.7 La recepción, análisis, actualización y en su caso respuesta de la información sobre aspectos de enseñanza de servicio social, es responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Internado y Servicio Social.

3.8 El formar parte, asistir, elaborar programas, documentos y su seguimiento dentro de los Comités de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, relacionado con la enseñanza de servicio social, es responsabilidad tanto de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y como del Departamento de Internado y Servicio Social.

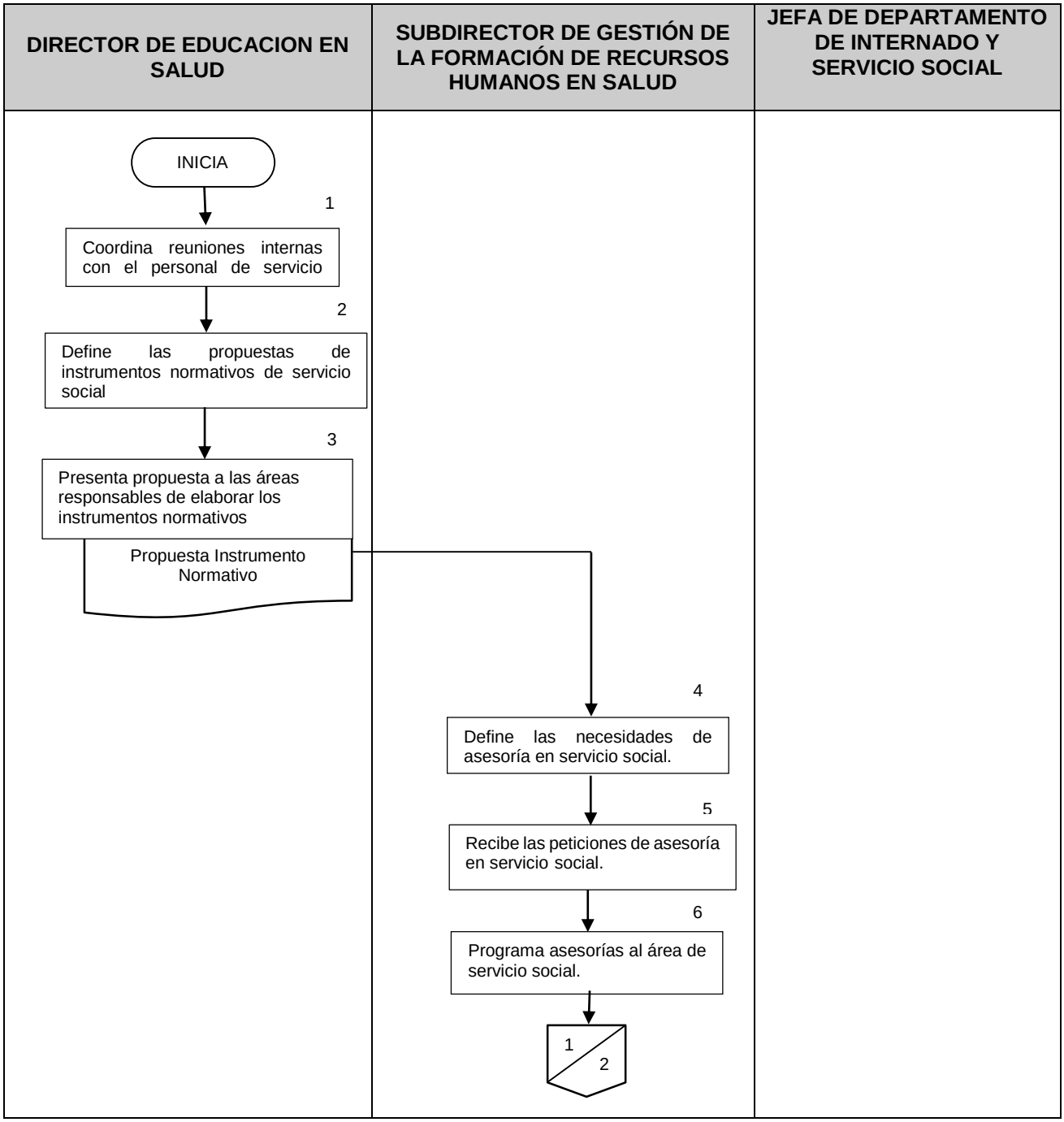
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

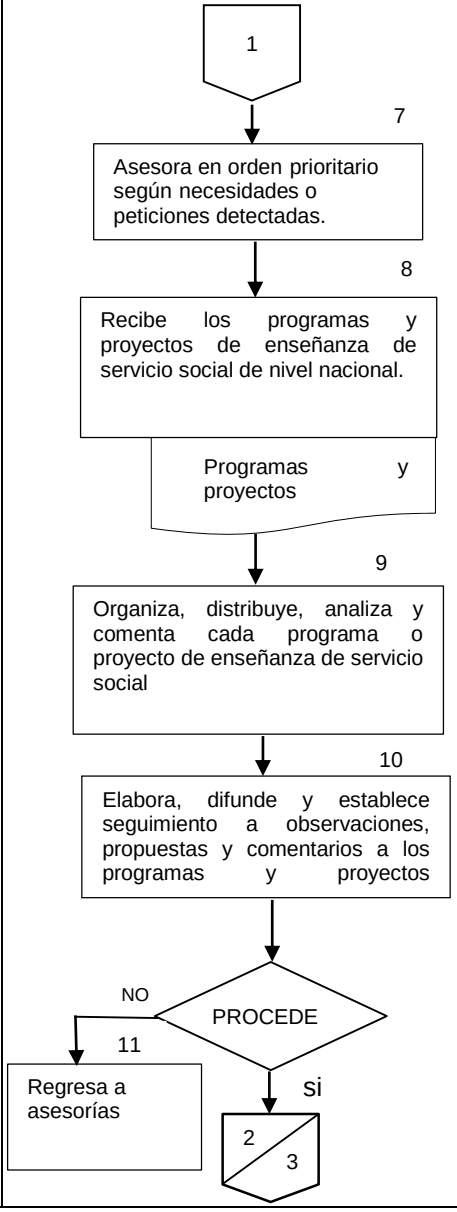
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Educación en Salud	1	Coordina reuniones internas con el personal de servicio social para revisar las políticas e instrumentos normativos de servicio social.	
	2	Define las propuestas de instrumentos normativos de servicio social.	
	3	Presenta propuesta a las áreas responsables de elaborar los instrumentos normativos las requeridas en el área de servicio social.	NORMA Oficial Mexicana Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	4	Define las necesidades de asesoría en servicio social.	
	5	Recibe las peticiones de asesoría en servicio social.	
	6	Programa asesorías al área de servicio social.	
	7	Asesora en orden prioritario según necesidades o peticiones detectadas al área de servicio social.	
	8	Recibe los programas y proyectos de enseñanza de servicio social de nivel nacional.	Proyecto de enseñanza de pregrado
	9	Organiza, difunde, evalúa y comenta cada programa o proyecto de enseñanza de servicio social.	
	10	Elabora, difunde y establece seguimiento a observaciones, propuestas y comentarios a los programas y proyectos analizados del área de servicio social. Procede:	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	11	NO: Regresa a la actividad 4 para asesoría de servicio social, instrumentos normativos	
	12	SÍ: Continúa procedimiento de supervisión	
Jefa de Departamento de Internado y Servicio Social	13	Revisa e integra programas de enseñanza de servicio social y define el sistema calendarizado de supervisión.	Calendarización
	14	Realiza la supervisión a nivel nacional de los programas de enseñanza de servicio social y emite las recomendaciones correspondientes.	Oficio de recomendaciones
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	15	Analiza la normatividad vigente sobre enseñanza de servicio social.	
	16	Programa y aplica la supervisión a los campos clínicos de servicio social a nivel nacional para corroborar el cumplimiento de la normatividad.	
	17	Genera y efectúa seguimiento a las observaciones y recomendaciones resultado de la supervisión a campos clínicos de servicio social.	Reporte supervisión
Jefa de Departamento de Internado y Servicio Social	18	Obtiene, analiza y concentra los catálogos de campos clínicos de servicio social existentes a nivel nacional y revisa anualmente.	Catálogo actualizado de campos clínicos de servicio social
	19	Actualiza los catálogos con las nuevas unidades receptoras de estudiantes de servicio social y elimina aquellas que dejan de ser campo clínico.	
	20	Valida el catálogo semestral de campos clínicos para servicio social para su uso y control a nivel nacional.	

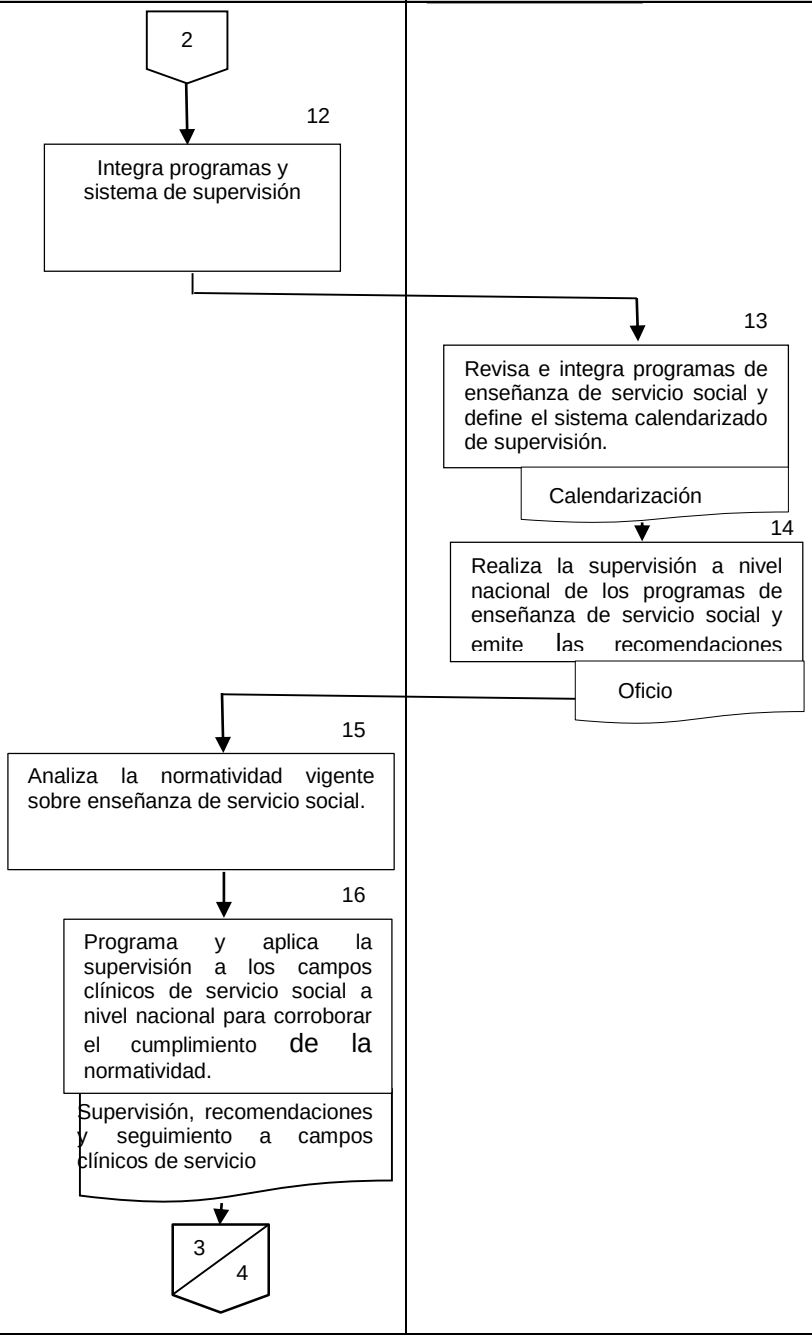
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	21	Recibe el catálogo y difunde internamente la información sobre enseñanza de servicio social.	
	22	Evalúa la información obtenida del área de servicio social y emite comentarios, observaciones, orientaciones o respuesta.	
	23	Efectúa seguimiento a las respuestas y observaciones generadas a la información recibida de enseñanza de servicio social.	
Jefa de Departamento de Internado y Servicio Social	24	Participa en los comités de servicio social de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.	Minuta del Comité de Pregrado y Servicio Social
	25	Participa en cada comité elaborando programas, documentos e instrumentos para mejorar la enseñanza de servicio social.	Propuesta de mejora
	26	Da seguimiento a las propuestas y documentos generados en los comités de servicio social correspondientes. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

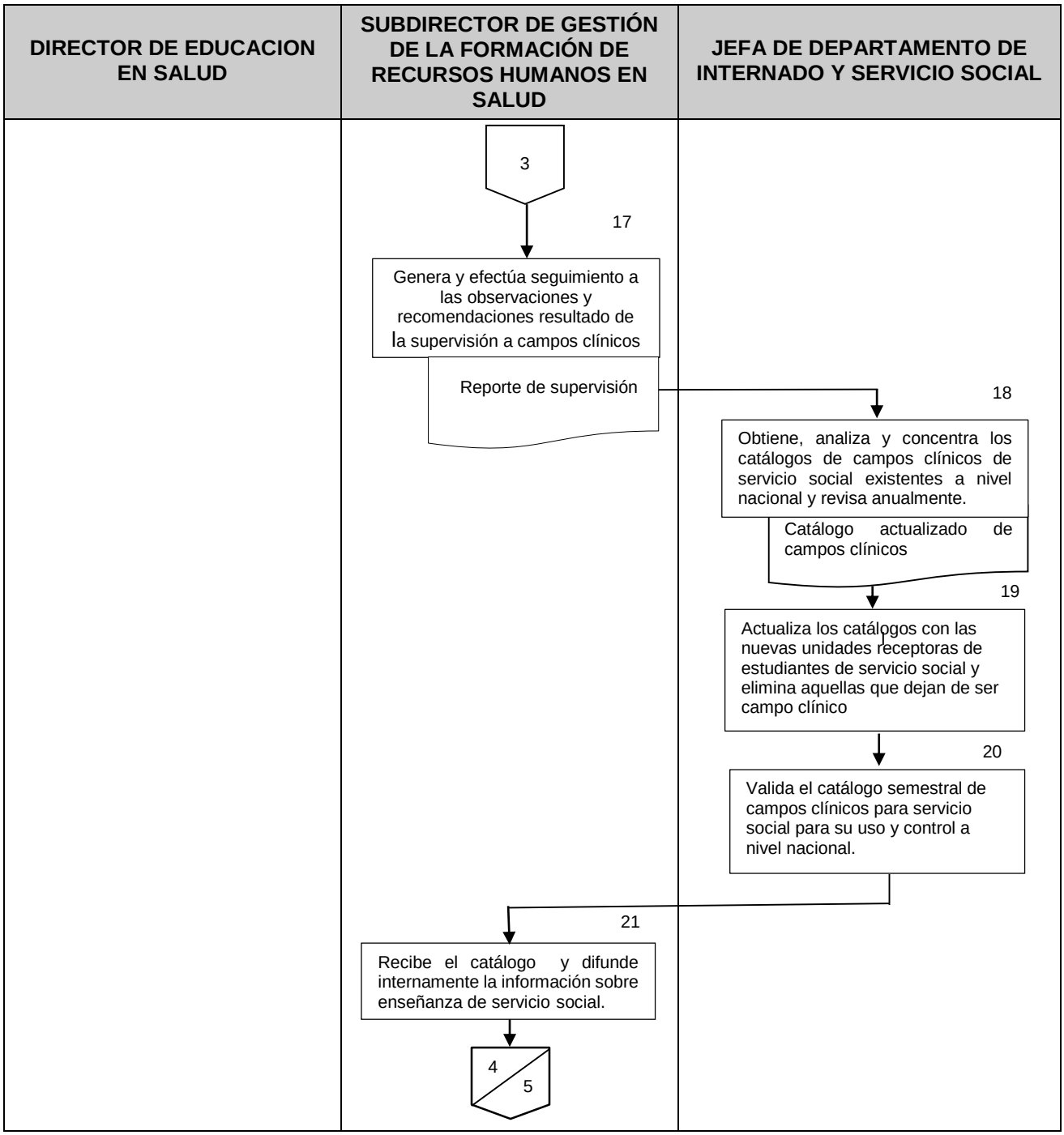
5. DIAGRAMA DE FLUJO

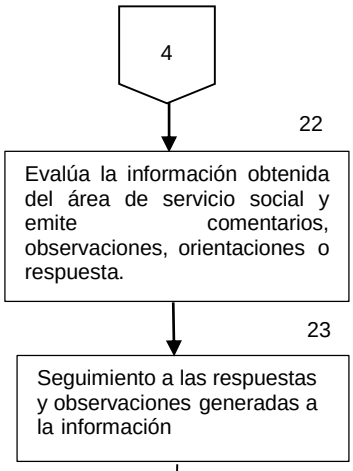
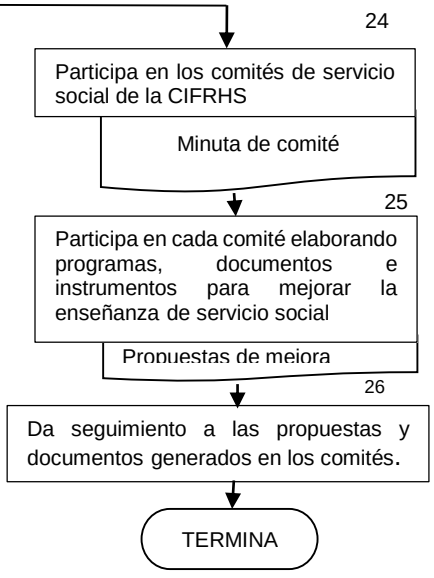


DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL
		

DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL




DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL
3
17
Genera y efectúa seguimiento a las observaciones y recomendaciones resultado de la supervisión a campos clínicos
Reporte de supervisión
18
Obtiene, analiza y concentra los catálogos de campos clínicos de servicio social existentes a nivel nacional y revisa anualmente.
Catálogo actualizado de campos clínicos
19
Actualiza los catálogos con las nuevas unidades receptoras de estudiantes de servicio social y elimina aquellas que dejan de ser campo clínico
20
Valida el catálogo semestral de campos clínicos para servicio social para su uso y control a nivel nacional.
21
Recibe el catálogo y difunde internamente la información sobre enseñanza de servicio social.
4
5

DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	JEFA DE DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Instrumentos normativos existentes	N/A
6.2 Lineamientos y políticas de enseñanza en salud	N/A
6.3 Ley General de Salud	N/A
6.4 Programas de enseñanza en salud	N/A
6.5 Solicitudes de asesoría	N/A
6.6 Programas de asesoría	N/A
6.7 Guía para asesoría	N/A
6.8 Programas y proyectos de enseñanza de servicio social	N/A
6.9 Propuestas, comentarios y ajustes sugeridos	N/A
6.10 Guías de supervisión	N/A
6.11 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.12 Ley General de Educación	N/A
6.13 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional	N/A
6.14 Ley General del Trabajo	N/A
6.15 Catálogo de campos clínicos de servicio social	N/A
6.16 Listado de unidades operativas que cuentan con campos clínicos de servicio social autorizados	N/A
6.17 Directorio de representantes de las instituciones de salud incluidas en el catálogo de servicio social	N/A
6.18 Minutas de reuniones de comités de servicio social	N/A
6.19 Acuerdos y documentos generados en los comités de servicio social	N/A
6.20 Catálogo de instituciones educativas que generan pasantes en servicio social	N/A
6.21 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.22 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Normas oficiales mexicanas	5 años	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de norma
7.2 Proyectos de políticas y propuestas de instrumento normativo	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Documento
7.3 Oficios de solicitud	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.4 Programas de enseñanza de servicio social	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Programa
7.5 Oficios de comisión	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficios
7.6 Oficios de envío de resultados	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficios
7.7 Oficios de aviso de visita de supervisión	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficios
7.8 Comentarios y observaciones	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Documento
7.9 Oficios de solicitud y recepción de catálogos de campos clínicos de servicio social	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.10 Catálogo de campos clínicos de servicio social	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Catálogo
7.11 Oficios de solicitud y envío de información	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.12 Documentos generados de información obtenida de servicio social	3 años	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Documento
7.13 Minutas de comités de servicio social	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Minuta

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.14 Acuerdos y documentos generados del área de servicio social	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Acuerdos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actualización: Proceso permanente que se desarrolla para mantener vigentes conocimientos e información de un individuo o documento**.**

8.2 Análisis: Método que consiste en separar las diversas partes integrantes de un todo, con el fin de estudiar en forma independiente cada una de ellas, así como las diversas relaciones que existen entre las mismas.

8.3 Asesoría: Suministro de información técnica o conocimientos especializados en calidad de proposiciones y recomendaciones, a efecto de facilitar la toma de decisiones y corregir desviaciones.

8.4 Campo clínico: Establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios técnicos y profesionales.

8.5 Catálogo: Establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios técnicos y profesionales.

8.6 Comisiones/comités: Cuerpos colegiados creados con el propósito de formalizar las interrelaciones entre las distintas unidades, entre las distintas instituciones y entre dependencias e instituciones que las integran, para el desahogo de temas de carácter permanente y común entre ellas y para la adecuada toma de decisiones en la materia de su competencia.

8.7 Control: Proceso cuyo objetivo es la detección de logros y desviaciones para evaluar la ejecución de programas y acciones y aplicar las medidas correctivas necesarias.

8.8 Formación: Acciones sistematizadas que se sustentan en elementos específicos de una disciplina, que tiene por objeto que las personas se preparen para ejercer funciones de mayor complejidad y responsabilidad.

8.9 Información: Hechos o ideas adquiridos por un individuo o grupo de individuos de cualquier modo como la observación, la experimentación, la lectura, la instrucción y que consta de una cantidad determinada de datos, noticias, documentos y hechos científicos de cuyo análisis y comprensión se forma un criterio a seguir.

8.10 Instrumento normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.11 Norma oficial mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluyen.

8.12 Política: Criterio general de pensamiento que orienta la acción en este caso sobre programas de enseñanza en salud.

8.13 Programa: Unidad financiera y administrativa en la que se agrupan diversas actividades con un cierto grado de homogeneidad respecto del producto o resultado final, a la cual se le asignan recursos humanos, materiales y financieros con el fin de que produzca bienes o servicios destinados a la satisfacción total o parcial de los objetivos señalados a una función, dentro del marco de la planeación.

8.14 Proyecto: Conjunto de acciones destinadas a conseguir una o varias metas de un programa o actividad definida relacionada con la enseñanza en salud.

8.15 Servicio social: Conjunto de actividades teórico-prácticas con carácter temporal y obligatorio que realizan los estudiantes de una carrera profesional o técnica, consistente en la prestación de servicios que redunde en beneficio de la sociedad, como parte de su formación y como una etapa previa a la obtención del título profesional o documento técnico.

8.16 Unidad operativa: Establecimiento de Salud que cuenta con autorización para efectuar actividades de enseñanza en salud para la formación de recursos humanos en salud y que elabora su programa correspondiente para cubrir dicha actividad.

8.17 Validación: Demostración experimental de que la versión final de un documento o programa, logra sus objetivos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 NORMA Oficial Mexicana Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social
10.2 Proyecto de enseñanza de servicio social
10.3 Calendarización de supervisión
10.4 Oficio de recomendaciones de supervisión
10.5 Reporte supervisión
10.6 Catálogo de campos clínicos de sevicio social
10.7 Minuta de Comité de Pregrado y Servicio Social

10.1 NORMA Oficial Mexicana Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social

DOF: 28/07/2014

NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

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

EDUARDO GONZÁLEZ PIER, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracciones VII y VIII, 13, apartado A, fracción I, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92 y 94, de la Ley General de Salud; 3o., fracción XI, 38, fracción II, 40, fracciones III y VII, 41 y 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 34, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8, fracciones V y VI, 9, fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

CONSIDERANDO

Que con fecha 16 de noviembre de 2012, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que dentro de los 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante dicho Comité.

Que durante el periodo de consulta pública, que concluyó el 17 de enero de 2013, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, los comentarios respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación, las respuestas a los comentarios recibidos, conforme a lo dispuesto por el artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-009-SSA3-2013, EDUCACIÓN EN SALUD. CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA COMO CAMPOS CLÍNICOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA Y ESTOMATOLOGÍA

PREFACIO

En la elaboración de esta norma participaron las siguientes dependencias e instituciones:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California

Dirección de Enseñanza y Vinculación

SECRETARÍA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR

Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur

Subdirección de Enseñanza y Capacitación

SECRETARÍA DE SALUD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE

Subdirección de Enseñanza e Investigación

SERVICIOS DE SALUD DE COAHUILA

Subdirección de Enseñanza e Investigación

SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DEL ESTADO DE COLIMA

Servicios de Salud del Estado de Colima

Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación

10.2 Proyecto de enseñanza de servicio social (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DES- 00125 -2017
Ciudad de México, a 02 de abril de 2017

M. EN C. LUZ ELENA CARLOS MEDRANO
JEFA DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN EL ESTADO DE ZACATECAS

Como es de su conocimiento la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Educación en Salud a partir de la promoción de agosto 2014, llevó a cabo el reordenamiento de la tipificación de plazas y con ello las becas de servicio social de medicina, atención médica y regulación sanitaria; asimismo desde la promoción de febrero 2017 se ha incorporado el Modelo de Servicio Social con Enfoque de Medicina Familiar, el cual permite aplicar una metodología grupal de alto impacto en la salud de poblaciones vulnerables, verdaderamente integrada al sistema local de servicios de salud del Estado, la programación de estos campos clínicos deberá de ingresarlos en el Acta del CEIFRHS en la columna denominada "SSC", se anexa formato.

Por lo anterior y con la finalidad de contar con la información oportuna para realizar la programación de recursos de pregrado de la promoción de agosto 2017, le solicito envié a más tardar el día 28 de abril del año en curso, el acta original de la programación de servicio social de medicina, atención médica y regulación sanitaria; así como las cédulas de candidatos a ocupar campos clínicos por enfermedad y de trabajadores federales. No omito recordarle que este documento deberá estar firmado por todos los representantes interinstitucionales que participan en el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud y deberá ser enviada por mensajería así como a las siguientes direcciones electrónicas: drjorgeortiz@gmail.com, rosy_villarreal5@hotmail.com.

Por último, le comento que para una adecuada programación se tomará en cuenta solo la primera versión del acta que el CEI haya realizado.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

LIC. SEVERINO RUBIO DOMÍNGUEZ

C.c.p.- Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- DGCES.- Presente
Mtro. Ricardo Morales Carmona.- Director General Adjunto de Educación en Salud.- Presente
Sección/Serie 1S.13
MDB/ANMA/JCP

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 **www.calidad.salud.gob.mx (Soberana Sans 8 Pts.)**

Ejemplo

UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA OPERATIVO DE SERVICIO SOCIAL DE VINCULACIÓN

10.3 Calendarización de supervisión (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

CALENDARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA A LOS PROGRAMAS INTERNADO MEDICO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL

ENTIDAD	FECHA	UNIDAD HOSPITALARIA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
CIUDAD DE MEXICO	LUNES _____DE ENERO DE ___	1.-HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICOHOMEOPATICO	DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL . DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN	APERTURA DE SEDE DE INTERNADO MEDICO SOLICITA CAMPO CLINICO DE INTERNADO MEDICO

10.4 Oficio de recomendaciones de supervisión (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- -20____
Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__.

DR. GERMAN ORTEGA SILVA
SUBSECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR DE
SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN.

Agradezco las atenciones proporcionadas a los Dres._____, _____ de esta Dirección General, en la visita de asesoría y supervisión a los programas de internado y/o servicio social de la unidad sede _____ efectuada los días _____ de_____ del año ____.

Como resultado de esta vista se enlistan a continuación las recomendaciones respecto a los hallazgos encontrados:

Hospital General de Fresnillo:

PROBLEMAS DETECTADOS	SOLUCION	TIEMPO PARA SOLUCION	RESPONSABLE
PLANTILLA INCOMPLETA DE MEDICOS ADSCRITOS EN LOS DIFERENTES TURNOS, PRINCIPALMENTE EN LA JORNADA ACUMULADA Y TURNO NOCTURNO	GARANTIZAR LA PLANTILLA COMPLETA DE MEDICOS ADSCRITOS, PRINCIPALMENTE DE LAS ESPECIALIDADES QUE SE IMPARTEN EN EL HOSPITAL	90 DIAS	DIRECTOR DEL HOSPITAL
FALTA COMPROMISO DE ALGUNOS PROFESORES CON LA ENSEÑANZA, ASI COMO POCO ESTIMULO Y RECONOCIMIENTO A SU PARTICIPACION	GENERAR LOS MECANISMOS QUE PERMITAN DAR RECONOCIMIENTO A LA LABOR DE LOS PROFESORES DESTACADOS, Y CON ELLO IMPULSAR SU DESARROLLO ACADEMICO	INMEDIATO	DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
INSUFICIENTE NUMERO DE TEXTOS BASICOS Y DE CADA UNA DE LAS ESPECIALIDADES QUE SE IMPARTEN EN EL HOSPITAL	ADQUISICION DE TEXTOS ACTUALIZADOS DE LAS MATERIAS BASICAS Y POR ESPECIALIDADES	30 DIAS	JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION ESTATAL, DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
FALTA DE PUBLICACIONES INDEXADAS DE CIRCULACION INTERNACIONAL, Y DEFICIENTE ACERVO ELECTRONICO	GARANTIZAR POR LO MENOS 2 PUBLICACIONES INDEXADAS POR ESPECIALIDAD Y ACERVO ELECTRONICO DISPONIBLE LAS 24 H	30 DIAS	JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION ESTATAL, DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
FALTA DE AUDITORIO Y AULAS ADECUADAS PARA LA ENSEÑANZA	GESTIONAR LA CONSTRUCCION DE DICHAS OBRAS	30 DIAS	DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
INADECUADA Y DEFICIENTE AREA DE DESCANSO PARA LOS MEDICOS	GESTIONAR DE UNA AREA ADECUADA Y EXCLUSIVA PARA EL DESCANSO DE LOS MEDICOS	30 DIAS	DIRECTOR Y JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL

10.5 Reporte supervisión (ejemplo)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

REPORTE DE SUPERVISIÓN

Nombre de la Unidad Sede Supervisada	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO
Fecha de la supervisión	Enero_____ de_____

ANTECEDENTES: LAS AUTORIDADES DE EL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO HAN EMITIDO UN OFICIO SOLICITUD PARA APERTURA DE SEDE PARA INTERNADO MEDICO, SE HA REALIZADO LA GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN EL FORMATO OFICIAL DE LA DGCES .

UNA VEZ HECHO EL ANALISIS DE EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, SE ELABORA LA SÍNTESIS EJECUTIVA PARA LA SUPERVISIÓN.

LA SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA ANTES MENCIONADA SE LLEVA A CABO EL DÍA 09 DE ENERO DE EL PRESENTE, CON LA DRA. CELINA MARTÍNEZ MENDIETA JEFA DE ENSEÑANZA, EL DR. DR. FERNANDO OCHOA BERNAL, DIRECTOR DEL HOSPITAL, LA DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL, DIRECTORA DE AREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Y LA DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN, JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL.

SE ENCONTRARON LAS SIGUIENTES ÁREAS DE OPORTUNIDAD:

LA BIBLIOHEMEROTECA EXISTE CON ANAQUELES Y CONTROL, NO EQUIPADA CON MOBILIARIO PARA USUARIOS, SE CUENTA CON SERVICIO DE INTERNET. NO TIENE ACERVO

NO SE CUENTA CON SERVICIO DE FOTOCOPIADO

ÁREA DE DESCANSO PARA MÉDICOS INTERNOS SIN MOBILIARIO

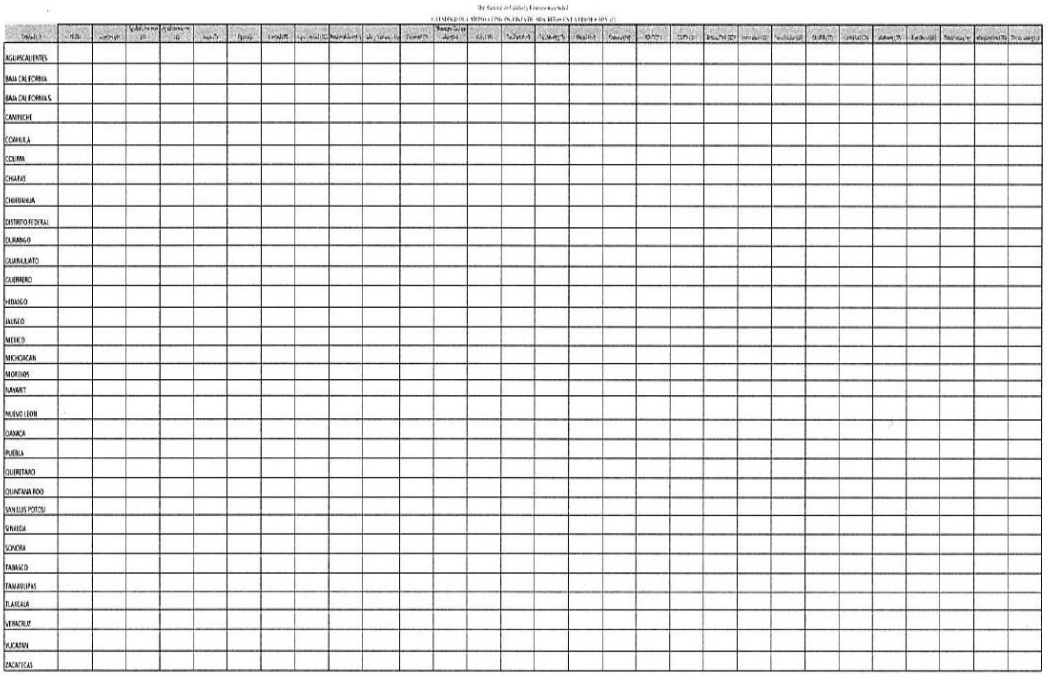
EL DATO DE CAMA CENSABLE POR ESPECIALIDAD Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN NO ES ACORDE CON EL REPORTADO EN EL DX.SIT.

BAJO PORCENTAJE DE CIRUGÍA SALA/DÍA.

AL FINALIZAR EN LA REUNION CON EL DR. FERNANDO OCHOA BERNAL, LA DRA. CELINA MARTÍNEZ MENDIETA, DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL, Y LA DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN SE COMENTARON LAS INCIDENCIAS ENCONTRADAS.

SE ESTABLECE EL COMPROMISO DE CONTINUAR ASESORANDO CON BASE A LOS CRITERIOS DE PONDERACIÓN DE LOS INDICADORES QUE MIDEN EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-234-SSA1-2003, UTILIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS PARA CICLOS CLÍNICOS E INTERNADO DE PREGRADO, Y DAR SEGUIMEINTO A LO ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA OPERATIVO.

10.6 Catálogo de campos clínicos de servicio social



10.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE MINUTA DE LISTA DE ADSCRITOS POR PROMOCION

1. Indicar el periodo de la promoción
2. Indicar los nombres de las entidades federativas participantes
3. Indicar el nombre de la institución educativa participante.
4. Nombre del pasante en servicio social
5. Apellido paterno del pasante en senicio social
6. Apellido materno del pasante en servicio social
7. Describir masculino o femenino según sea el caso.
8. Indicar si es pasante, enfermo o trabajador.
9. Describir el tipo de unidad a la que se adscribe de acuerdo a CLUES
10. Tipo de unidad de acuerdo a clasificación establecida en el SIASS
11. Nacionalidad del pasante
12, 13,14,15, Datos del domicilio del pasante
16. Anotar el teléfono particular del pasante
17. Anotar el telefono movil del pasanteFirma del asesor que dirigió la reunión.
18. Anotar el correo electrónico del pasante.
19. Describir el nombre de la licenciatura del pasante
20. Anotar el RFC del pasante
21. Anotar CURP del pasante
22. Describir estado civil
23. Indicar Institución de Salud a la que pertenece la unidad sede a la que se adscribe el pasante
24. Indicar a que jurisdicción sanitaria pertenece la unidad sede acorde a CLUES
25. Describir de acuerdo al catalogo de CLUES la clave correspondiente
26. Nombre de la localidad con base a CLUES
27. Indicar grado de marginación de acuerdo a CONAPO
28. Indicar el tipo de beca que le corresponde de acuerdo a la ubicación del centro de salud en la comunidad con base al punto 27
29. Número consecutivo asignado
30. Indicar el grado de marginacion asignado con base al punto 27
31. Indicar el periodo de la promocion.

10.7 Minuta de Comité de Pregrado y Servicio Social

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCUION DE EDUCACION EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

SALUD | DGCES Dirección General de Calidad y Educación en Salud

COMITÉ DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL

MINUTA DE LA REUNIÓN

10.1 MINUTA DE REUNIÓN
(1)

NOMBRE DE LA UNIDAD_

NOMBRE (2)	PUESTO (3)	FIRMA (4)	TELEFONO (5)

PUNTOS DESARROLLADOS/ORDEN DEL DÍA

No.	ACTIVIDAD (7)
(6)	

ACUERDOS/COMPROMISOS

No.	ACUERDO (9)	RESPONSABLE (10)	FECHA COMPROMISO
(8)			(11)

Nombre: (12)	Fecha: (14)
Firma: (13)	

18. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR, ASIGNAR Y COORDINAR LAS PLAZAS DE RESIDENCIAS MÉDICAS, LAS SEDES Y SUBSEDES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, ASÍ COMO SUPERVISAR, EVALUAR Y ASESORAR EL DESARROLLO DE LOS CURSOS DE POSGRADO

1. PROPÓSITO

1.1 Vigilar la aplicación de los lineamientos a seguir para la realización de Residencias Médicas y cursos de posgrado para médicos nacionales y extranjeros que se imparten en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales en las diferentes Entidades Federativas, el Instituto de Salud Pública y la Dirección General de Epidemiología, así como supervisar y asesorar a las unidades de atención médica integradas al Sistema Nacional de Residencias Médicas como unidades receptoras de residentes.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y al Departamento de Especialidades Médicas, que son encargados de realizar la programación de campos clínicos y plazas para residencias médicas, conforme a las necesidades hospitalarias y recursos designados. Así como supervisar y evaluar los programas de para la formación de médicos especialistas, en coordinación con Instituciones del Sistema Nacional de Salud, del Sector Educativo y de los Servicios de Salud en las Entidades Federativas.

2.2 A nivel externo, intervienen los titulares de enseñanza a nivel federal, los titulares de enseñanza de las entidades federativas y de las unidades operativas, quienes se coordinan con la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Especialidades Médicas para la programación de campos clínicos y plazas para residencias médicas, así como para la supervisión y evaluación de los programas para la formación de médicos especialistas. También intervienen las instituciones educativas, quienes establecen convenios con las instituciones de salud a nivel federal y estatal para la formación de recursos humanos para la salud (médicos especialistas).

Es aplicable a los médicos seleccionados para realizar su especialidad en alguna Unidad receptora de residentes de la Secretaría de Salud: Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales en las diferentes entidades federativas, el Instituto de Salud Pública y la Dirección General de Epidemiología.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La programación de plazas para médicos residentes nacionales y extranjeros se realiza observando el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas y los acuerdos y políticas generados en la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y lo realiza el Departamento de Especialidades y es avalado por la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud.

3.2 La rotación de campo de residentes nacionales y extranjeros, se realiza de acuerdo a las disposiciones de la **Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012**, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, y es responsabilidad de la Dirección de Educación en Salud, la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Especialidades.

3.3 Son responsabilidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Dirección de Educación en Salud, de la Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en

Salud y del Departamento de Especialidades: Unidades médicas al Sistema Nacional de Residencias Médicas como sede o subsede se fundamentan en la **Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012**, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, políticas y acuerdos de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, en el Plan Único de Especialidades Médicas.

3.4 La supervisión y asesoría de las unidades receptoras de residentes médicos y estomatólogos se realiza en función a la **Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012**, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, los acuerdos y políticas de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

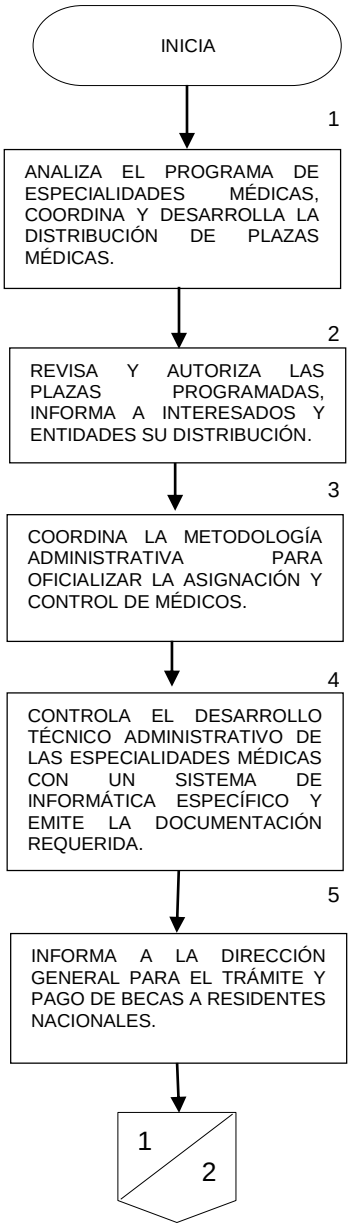
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

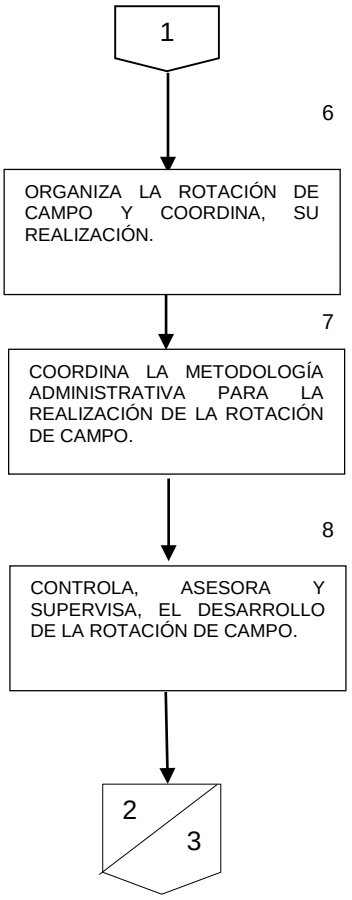
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Especialidades.	1	Analiza el programa de especialidades médicas, coordina y desarrolla la distribución de plazas médicas.	
	2	Revisa y autoriza las plazas programadas, informa a interesados y entidades su distribución.	
	3	Coordina la metodología administrativa para oficializar la asignación y control de médicos.	
	4	Controla el desarrollo técnico administrativo de las especialidades médicas con un sistema de informática específico y emite la documentación requerida.	
	5	Informa a la Dirección General para el trámite y pago de becas a residentes nacionales.	
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud.	6	Organiza la rotación de campo y coordina, su realización.	
	7	Coordina la metodología administrativa para la realización de la rotación de campo.	
	8	Controla, asesora y supervisa, el desarrollo de la rotación de campo.	
	9	Distribuye las plazas en cada unidad sede o subsede para realizar residencias médicas.	
	10	Coordina con las instituciones educativas y de salud la metodología para impartir cursos de posgrado.	
	11	Coordina el programa de cursos de posgrado para médicos especialistas y coordina el desarrollo administrativo para su realización.	

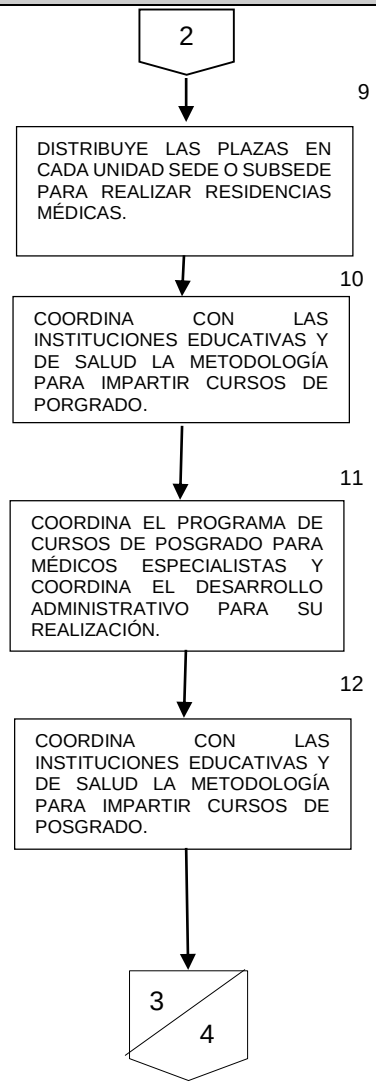
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	12	Coordina con las instituciones educativas y de salud la metodología para impartir cursos de posgrado.	
	13	Aplica la metodología técnica administrativa para la selección y asignación de especialistas que tomarán cursos de especialidades.	
	14	Asesora y supervisa el desarrollo de cursos impartidos a médicos especialistas.	
Director de Educación en Salud.	15	Coordina con las unidades hospitalarias que pretenden ser unidad receptora.	
	16	Coordina y asesora técnica, normativa y administrativamente a unidades solicitantes.	
	17	Dirige visitas de supervisión, asesoría a unidades y la elaboración de la documentación requerida.	
	18	Realimenta a las unidades solicitantes y brinda orientación de las actividades a realizar.	
	19	Emite dictamen preliminar como sede o subsede y se coordina con la unidad para asesorar su desempeño como unidad receptora.	
	20	Coordina y asesora la elaboración de programas y actividades a desarrollar por la unidad receptora.	
	21	Asesora a las unidades receptoras, respecto a toda la documentación, requisitos faltantes y subsecuentes.	
	22	Coordina con las instituciones educativas la utilización de sedes o subsedes.	
	23	Emite el dictamen final e incorpora la unidad al sistema nacional de residencias médicas.	Oficio de autorización de sedes y subsedes

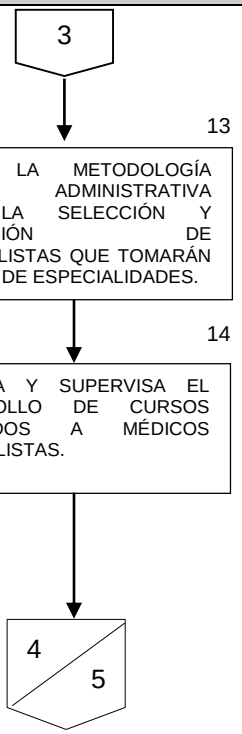
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Procede:	
	24	NO: Regresa a la actividad 15, Coordina la metodología administrativa	
	25	SÍ: Continúa procedimiento, Programa visitas de supervisión y asesoría.	
Subdirector de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud.	26	Programa visitas de supervisión y asesoría por necesidad o demanda.	
	27	Propone la metodología técnico-administrativa para visitas.	
	28	Visita de supervisión y asesoría a unidades médicas.	
	29	Elabora informe y emite recomendaciones correspondientes.	Oficio de supervisión y/o asesoría realizada
	30	Coordina el seguimiento permanente a las recomendaciones emitidas.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

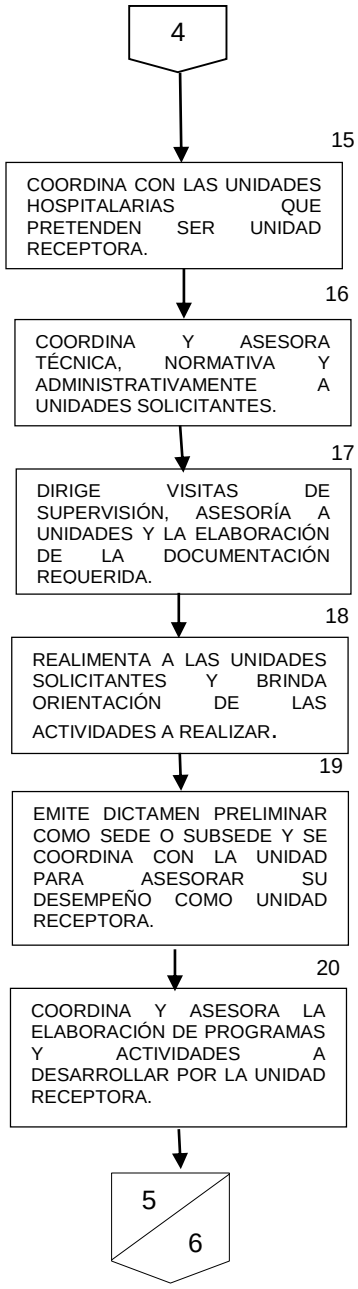
5. DIAGRAMA DE FLUJO

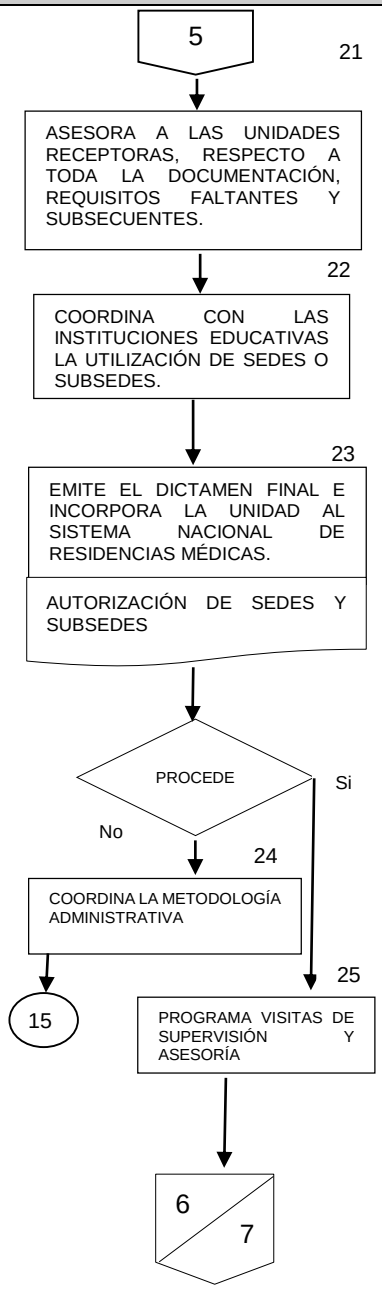
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

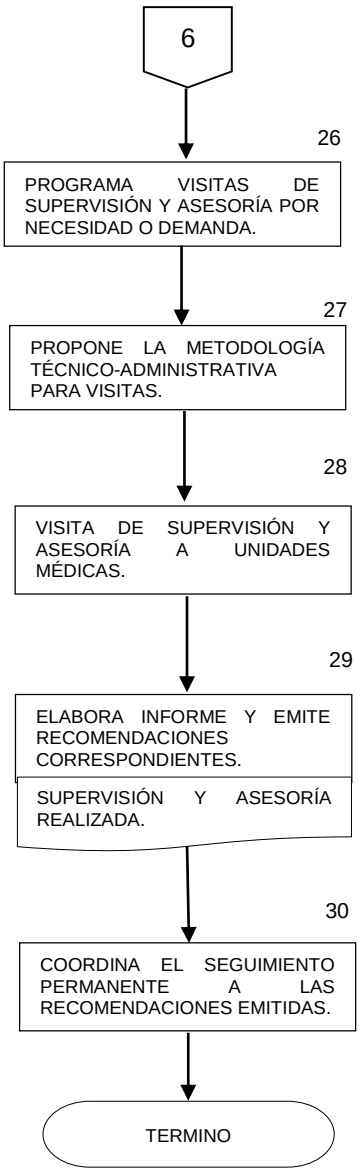
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	DIRECTOR DE EDUCACION EN SALUD
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud	N/A
6.3 Normas oficiales mexicanas	N/A
6.4 Ley Federal del Trabajo (modificada)	N/A
6.5 Reglamentos internos de las unidades hospitalarias	N/A
6.6 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.7 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.8 Programa de Enseñanza en Salud	N/A
6.9 Solicitudes de asesoría	N/A
6.10 Programa de asesoría	N/A
6.11 Guía para asesoría	N/A
6.12 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.13 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios de solicitud	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.2 Programa de Enseñanza	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Programa
7.3 Oficios de Comisión	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio
7.4 Oficios de envío de resultados	1 año	Subdirección de Gestión de la Formación de Recursos Humanos en Salud	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Constancia de seleccionado: documento que otorga la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud a través del Comité de Posgrado y Educación Continua a quienes acreditan el examen nacional de aspirantes a residencias médicas. Esta constancia sólo es válida para ingresar a la especialidad y el ciclo académico que en ella se especifiquen.

8.2 Especialista: profesional de la Medicina que ha realizado estudios y prácticas de posgrado en una disciplina específica del campo de la salud, que tenga un cuerpo de conocimientos, metodología, técnicas, instrumentos y un campo de investigación propios, y que ha cumplido los requisitos académicos de egreso de instituciones educativas y de salud reconocidas oficialmente.

8.3 Formación: proceso educativo cuyo propósito es lograr que los educandos adquieran un perfil profesional previamente establecido.

8.4 Médico residente. profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

8.5 Plaza: recurso presupuestario que otorgan las instituciones de salud para contratar a un médico residente en periodo de adiestramiento en una especialidad.

8.6 Profesor adjunto: médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes. que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica correspondiente.

8.7 Profesor titular: médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente.

8.8 Programa académico: documento emitido por la institución de educación superior que contiene los elementos del plan de estudios de la residencia médica correspondiente.

8.9 Programa operativo: documento que describe las actividades que debe realizar el médico residente, para desarrollar el programa académico de la residencia médica correspondiente en las unidades médicas receptoras de residentes.

8.10 Residencia médica: conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.

8.11 Rotación de campo: conjunto de actividades de carácter temporal contenidas en el programa operativo que debe realizar el médico residente del último año de la residencia médica correspondiente.

8.12 **Sede:** principal unidad médica receptora de residentes, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que el médico residente pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente.

8.13 **Sistema Nacional de Residencias Médicas:** conjunto de dependencias e instituciones de salud responsables de la organización y funcionamiento de las residencias médicas para la formación de médicos especialistas, mediante la coordinación con instituciones de educación superior reconocidas y de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud.

8.14 **Subsede**: unidad médica receptor de residentes, en la que el médico residente puede desarrollar parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente.

8.15 **Unidad administrativa competente:** dirección general responsable de conducir la política nacional para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; de proponer, promover y vigilar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud: de normar, controlar y evaluar la asignación de campos Góticos y becas de residencias médicas.

8.16 **Unidad administrativa de enseñanza**: dependencia responsable de la administración del proceso educativo dentro de la unidad médica receptora de residentes, que depende normativamente de la unidad administrativa competente.

8.17 **Unidad médica receptora de residentes**: establecimiento para la prestación de servicios de atención médica o bien, áreas o servicios de las instituciones de salud que cumplen como escenario académico, en el cual los médicos residentes deben realizar las residencias médicas.

8.18 **Unidades médicas receptoras de residentes para rotación de campo:** establecimiento para la prestación de servicios de atención médica donde el médico residente debe realizar su rotación de campo durante el último año de su residencia médica, de acuerdo a lo establecido por la unidad administrativa competente y estipulado en el programa operativo correspondiente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de octubre de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de autorización de sedes y subsedes.

10.2 Oficio de supervisión y/o asesoría realizada.

10.1 Oficio de autorización de sedes y subsedes.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE LA GESTIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES _____

Ciudad de México, ____ de _____ de_____

DR. _____
CARGO_____
EN EL ESTADO DE_____
PRESENTE

En relación a su oficio _____, mediante el cual efectuó la atenta solicitud para considerar la Apertura de Sede de residencias médicas en _____.

Al respecto le comunico que, una vez realizado el análisis situacional, su unidad fue aceptada como Sede Académica para los procesos educativos de posgrado, ya que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para el desarrollo de los programas académico y operativo de la residencia (s) médica (s) correspondiente (s).

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

10.2 Oficio de supervisión y/o asesoría realizada.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE LA GESTIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES _____

Ciudad de México, ___ de _____ de_____

DR. _____
CARGO_____
EN EL ESTADO DE_____
PRESENTE

En relación a su oficio _____, mediante el cual solicita supervisión y asesoría relacionada con el desarrollo de los cursos de especialización médica que se imparten en sus hospitales, amablemente le comunico que, los servidores públicos: _____, acudirán los días _____, a fin de atender su amable solicitud.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

19. PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Proporcionar el mantenimiento correctivo a los equipos de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para que los usuarios cuenten con las herramientas computacionales convenientes para el desarrollo de sus funciones y actividades laborales.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Sistema de Información y Soporte Técnico recibe la solicitud de mantenimientos de los usuarios de la Dirección General como a de sus Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la de Calidad en Salud, de las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y de la Coordinación Administrativa, la cual es evaluada y turnada al Departamento de Información Institucional para su atención.

2.2 A nivel externo: el Jefe de Departamento de Información Institucional es el encargado de levantar el reporte y dar seguimientos con las empresas que estén contratadas para brindar un servicio de mantenimiento en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y, atiende las disposiciones en la materia de mantenimiento a sistemas y equipos de cómputo provisto por la Dirección General de Tecnologías de la Información.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable del mantenimiento o de la gestión del mantenimiento y conservación de los equipos de tecnologías de la información y comunicaciones conferidos a la Unidad Administrativa para la realización de sus atribuciones.

3.2 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico por conducto del Departamento de Información Institucional es el responsable de proporcionar el mantenimiento o de solicitar su reparación por contrato a las empresas licitadas para ello, según el caso, siempre y cuando el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que cuente con resguardo de equipo de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) cumpla con las disposiciones de uso y destino de los equipos informáticos.

3.3 Es responsabilidad del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que cuenta con resguardo de equipo de TIC notificar al Departamento de Información Institucional sobre los desperfectos identificados en el funcionamiento de los equipos para que el Departamento de Información Institucional programe la visita de uno de sus técnicos para la ejecución del mantenimiento respectivo.

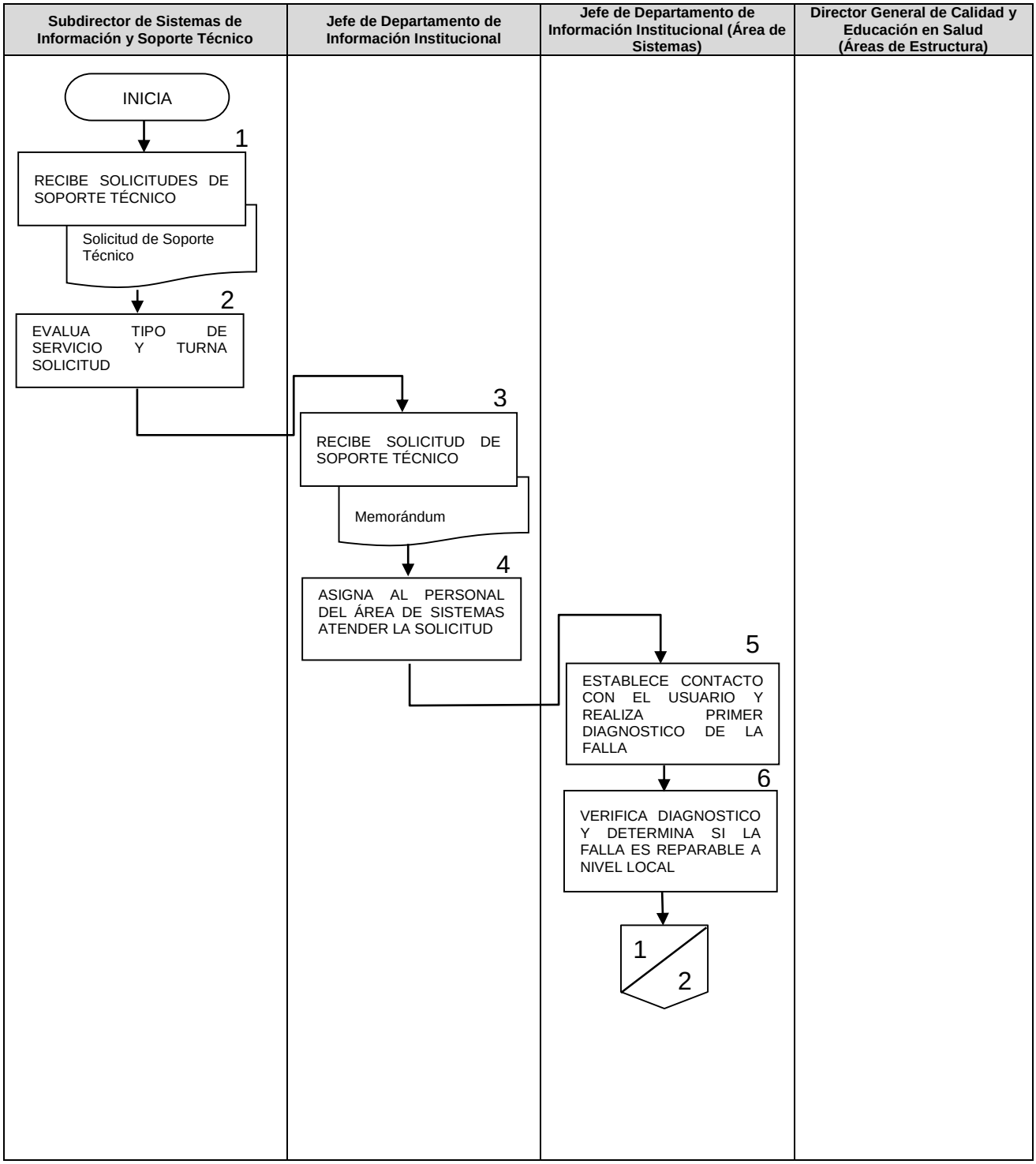
3.4 El personal técnico adscrito al Departamento de Información Institucional serán los únicos autorizados para brindar el diagnóstico de la falla de los equipos de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) y, según el caso, realizar las labores de mantenimiento o solicitar la reparación a las compañías licitadas para ello, realizando el seguimiento de las actividades de soporte hasta la entrega del bien reparado o la sustitución del mismo.

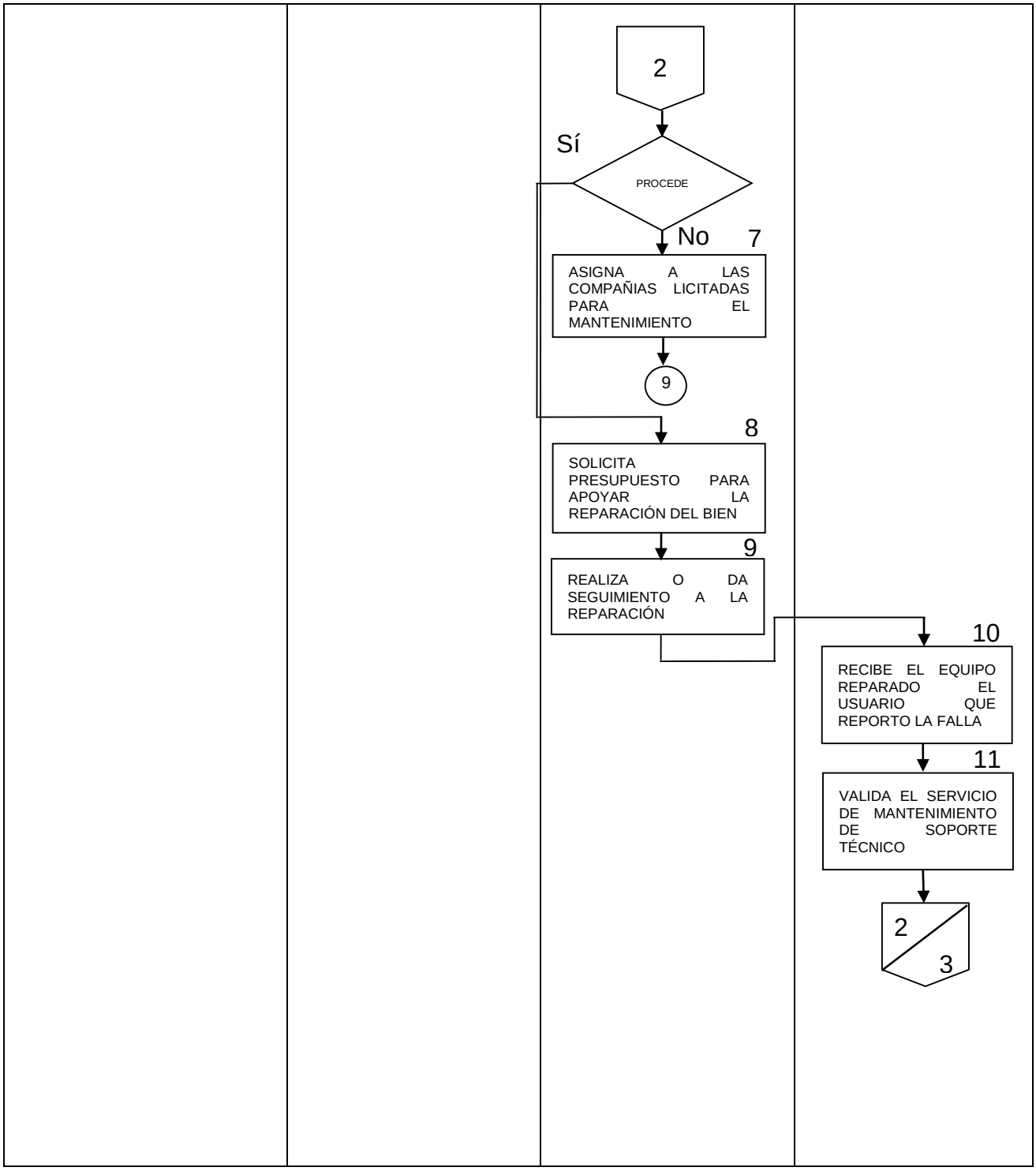
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

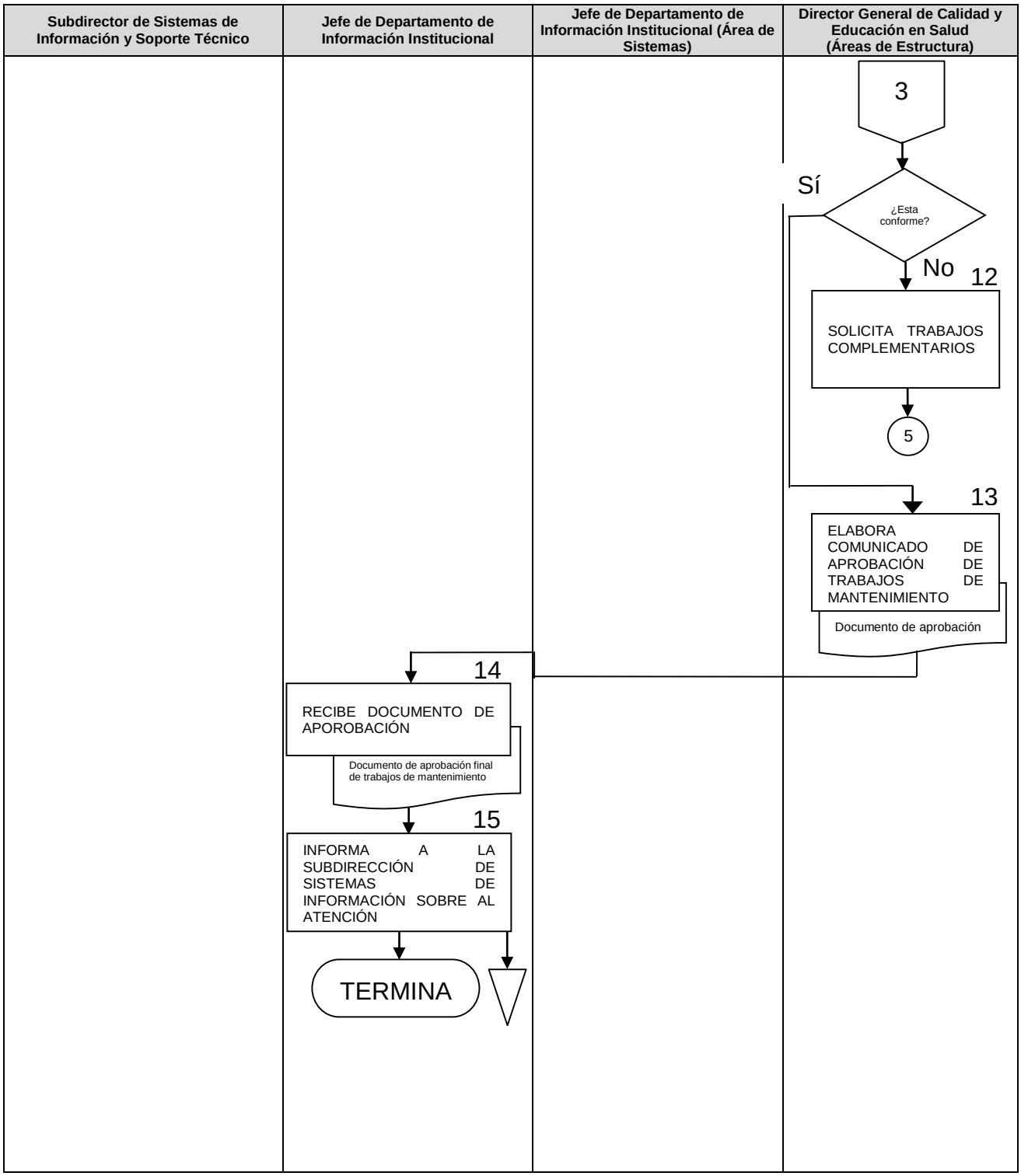
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	1	Recibe la solicitud de soporte técnico de las Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con respecto al equipo de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) a resguardo.	▪ Solicitud de soporte técnico
	2	Evalúa el tipo de servicio de mantenimiento solicitado y turna la solicitud al Jefe de Departamento de Información Institucional con indicaciones para proporcionar el mantenimiento	
Jefe de Departamento de Información Institucional	3	Recibe del Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico la solicitud de soporte técnico que realiza el personal con equipo de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) a resguardo así como las indicaciones que el Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico proporciona.	▪ Memorándum
	4	Asigna al personal del área de sistemas atender la solicitud de acuerdo con la prioridad y materia del mantenimiento.	
Jefe de Departamento de Información Institucional (Área de Sistemas)	5	Establece contacto con el usuario del equipo de TIC que reportó equipos con fallas y realiza primer diagnóstico de la falla.	
	6	Verifica diagnóstico y se determina si la falla es reparable a nivel local en la misma Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Procede	
	7	**NO:** Asigna a las compañías licitadas para mantenimiento, pasa a la actividad 9	
	8	**SI:** Solicita presupuesto para apoyar la reparación del bien, continua procedimiento	
	9	Realiza o da seguimiento a la reparación.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de estructura)	10	Recibe del Departamento de información Institucional (Área de Sistemas) el equipo reparado el usuario con equipo de TIC a su resguardo el cual reportó la falla.	
	11	Valida el servicio de mantenimiento de soporte técnico ¿Esta conforme con el servicio de soporte técnico?	
	12	**No:** Solicita trabajos complementarios. Regresa a la actividad 5.	
	13	**Sí:** Elabora comunicado de aprobación de trabajos de mantenimiento efectuados y lo turna al Jefe de Departamento de Información Institucional. Continua procedimiento.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	14	Recibe de las Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, documento de aprobación de trabajos de mantenimiento.	▪ Documentos de aprobación final de trabajos de mantenimiento
	15	Informa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la conclusión del servicio, archiva documento final. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




2
Sí
PROCEDE
No
7
ASIGNA A LAS COMPAÑIAS LICITADAS PARA EL MANTENIMIENTO
9
8
SOLICITA PRESUPUESTO PARA APOYAR LA REPARACIÓN DEL BIEN
9
REALIZA O DA SEGUIMIENTO A LA REPARACIÓN
10
RECIBE EL EQUIPO REPARADO EL USUARIO QUE REPORTO LA FALLA
11
VALIDA EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE SOPORTE TÉCNICO
2
3


Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico
Jefe de Departamento de Información Institucional
Jefe de Departamento de Información Institucional (Área de Sistemas)
Director General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)
3
Sí
¿Esta conforme?
No
12
SOLICITA TRABAJOS COMPLEMENTARIOS
5
13
ELABORA COMUNICADO DE APROBACIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO
Documento de aprobación
14
RECIBE DOCUMENTO DE APOROBACIÓN
Documento de aprobación final de trabajos de mantenimiento
15
INFORMA A LA SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE AL ATENCIÓN
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Políticas para la asignación de equipos de TIC	N/A
6.4 Procedimiento de resguardo de equipos de TIC	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Reporte de mantenimiento por parte de las compañías licitadas para ello en caso que se haya requerido soporte externo a la DGCES	El tiempo del contrato	Departamento de Información Institucional	N/A
7.2 Documento de aprobación de trabajos de mantenimiento	1 año	Departamento de Información Institucional	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actividad: Acciones que deben contemplar tanto el programa como el subprograma de operación para poder alcanzar su meta.

8.2 Informe de mantenimiento: Documento reporte donde se detalla el diagnóstico, los trabajos e insumos empleados para efectuar arreglos o cuidados a los equipos TIC bajo resguardo de la DGCES

8.3 Mantenimiento: Acción de brindar soporte técnico o mecánico a los equipos de TIC a cargo de la DGCES, mismos que pueden ser preventivos y correctivos así como que puedan considerar la reparación de algún desperfecto menor o mayor conforme a la normativa de la materia. El mantenimiento puede ser brindado por personal de la DGCES o bien por un prestador de servicios externos conforme a la adjudicación de un contrato o servicio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de soporte técnico (correo electrónico)

10.1 Solicitud de soporte técnico (correo electrónico)

De: **Soporte Informatico** soporte.informatico@salud.gob.mx
Asunto: RE: Falla de impresoras piso 10 31/05/2017
Fecha: 2 de junio de 2017, 14:16
Para: salud@atencion.com
Cc: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx

SI

Buenas tardes:
el día miércoles vino un técnico a revisar la impresora reportada la reviso y comento que era error de unidad de imagen y que vendría el dia jueves por la mañana a hacer el cambio hasta el día de hoy viernes 2 de junio no se ha presentado, y seguimos sin poder u>lizarla.

De: Soporte Informa>co
Enviado el: miércoles, 31 de mayo de 2017 01:45 p.m.
Para: salud@atencion.com
Asunto: Falla de impresoras piso 10 31/05/2017

Buenas tardes:
Reportamos la siguiente impresora, ya que marca un error de
DURAC.UN.FOR.I.K
Modelo: C3100P
No. de Serie: A6DR011001813
Piso 10
Favor de que este servicio lo realice el técnico asignado a este si>o, Gabriel García.

Atte.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

SOPORTE INFORMÁTICO
DGCES

Homero No. 213, Piso 10, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México, D.F.
Ext. 53425, 53474 soporte.informatico@salud.gob.mx

20. PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO Y PROGRAMACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Diseñar y programar sistemas de información en ambiente web que mejoren la captura de información generada por los procesos sustantivos, para su procesamiento automatizado en apoyo a la gestión directiva y la toma de decisiones directivas en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento es operado por el Departamento de Sistemas de Información para atender las solicitudes de desarrollo de sistemas de información de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud requieran para automatizar sus procesos.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, es responsable de atender las solicitudes de desarrollo de sistemas de información por escrito en memoranda que las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa elaboren.

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, es responsable de que las solicitudes de desarrollo de sistemas de información realizadas por las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa, estén acompañadas de una descripción del sistema solicitado, listado de fuentes de información y tipos de usuarios que van a interactuar con el sistema.

3.3 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Sistemas de Información, es responsable de determinar los tiempos de desarrollo del sistema de información ya que dependen de la complejidad del mismo.

3.4 El Departamento de Sistemas de Información, es responsable de realizar varias propuestas con la descripción funcional del sistema antes de realizar el desarrollo completo del sistema de información, y estas propuestas deberán ser discutidas y aprobadas por el área solicitante.

3.5 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Sistemas de Información son responsables de cumplir con la normatividad técnica en la materia emitida por la Secretaría de Salud.

3.6 El Departamento de Sistemas de Información diseña y programa el sistema de información y el Departamento de Información Institucional es el responsable de que lo publiquen en un servidor de desarrollo (prueba) para ser revisado por el área solicitante simulando condiciones similares a las de su operación final por internet.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

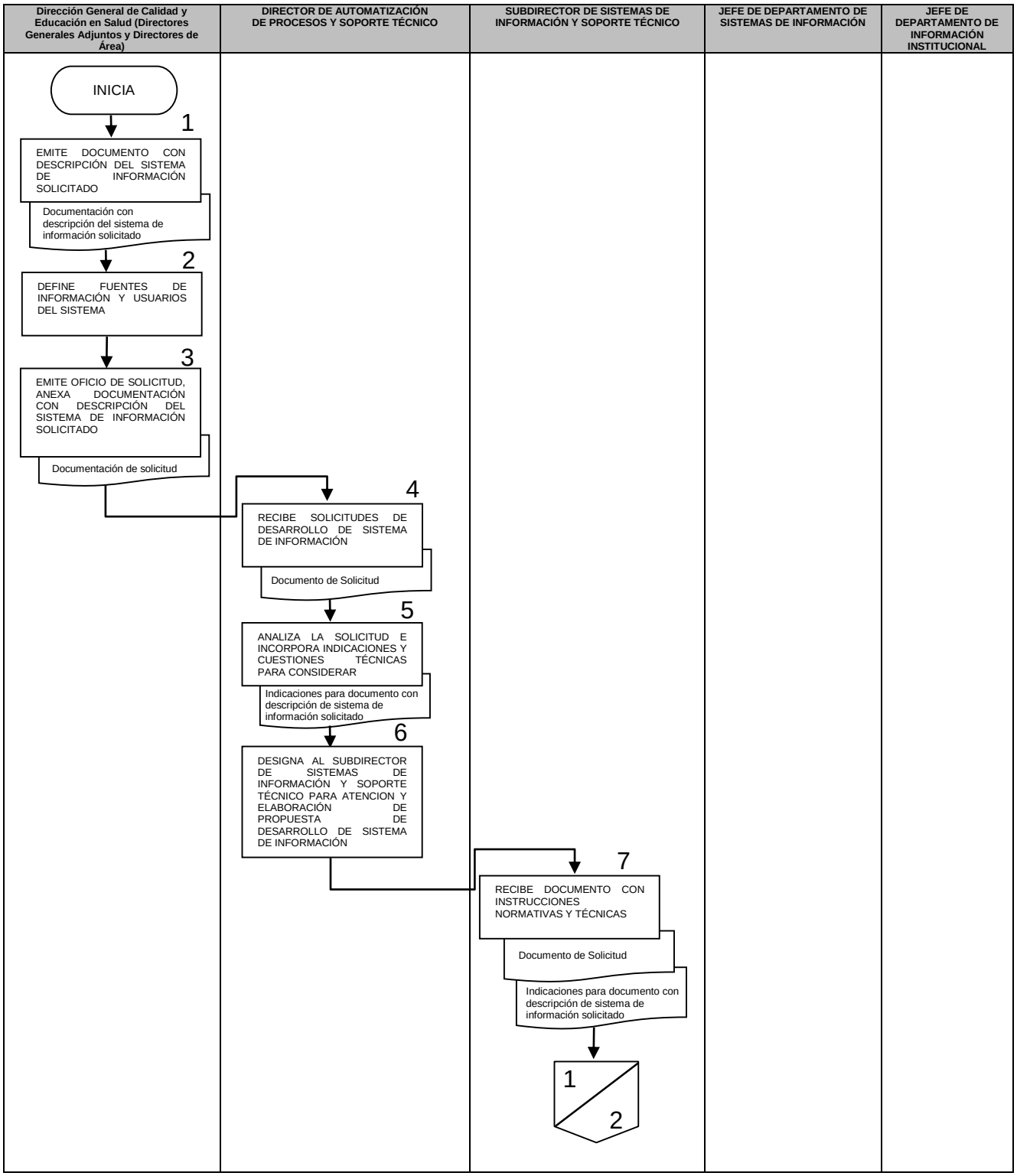
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Direcciones de Área)	1 2 3	Emite documento con descripción del sistema de información solicitado Define fuentes de información y usuarios del sistema Emite oficio de solicitud, anexa documentación con descripción del sistema de información solicitado	• Documento de solicitud • Documento con descripción de sistema de información solicitado
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	4 5 6	Recibe solicitudes de desarrollo de sistema de información. Analiza la solicitud e incorpora indicaciones y cuestiones técnicas para considerar. Designa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico la atención y elaboración de propuesta de desarrollo de sistema de información.	• Documento de solicitud • Indicaciones para documento con descripción de sistema de información solicitado
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	7 8 9 10	Recibe documento con indicaciones para el desarrollo de sistema de información. Evalúa la propuesta e indica las posibles plataformas tecnológicas para el desarrollo del sistema, define el protocolo y condiciones técnicas para el desarrollo del sistema. Verifica las condiciones normativas y técnicas instruidas por la Dirección General de Tecnologías de la Información. Coordina al Jefe de Departamento de Sistemas de Información sobre el cumplimiento y aplicación de la normativa y del cumplimiento de tiempo para la entrega de la solicitud.	• Documento de solicitud • Indicaciones para documento con descripción de sistema de información solicitado
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	11 12	Recibe documento con instrucciones normativas y técnicas. Analiza la información descriptiva y de soporte	• Propuesta de desarrollo de sistema

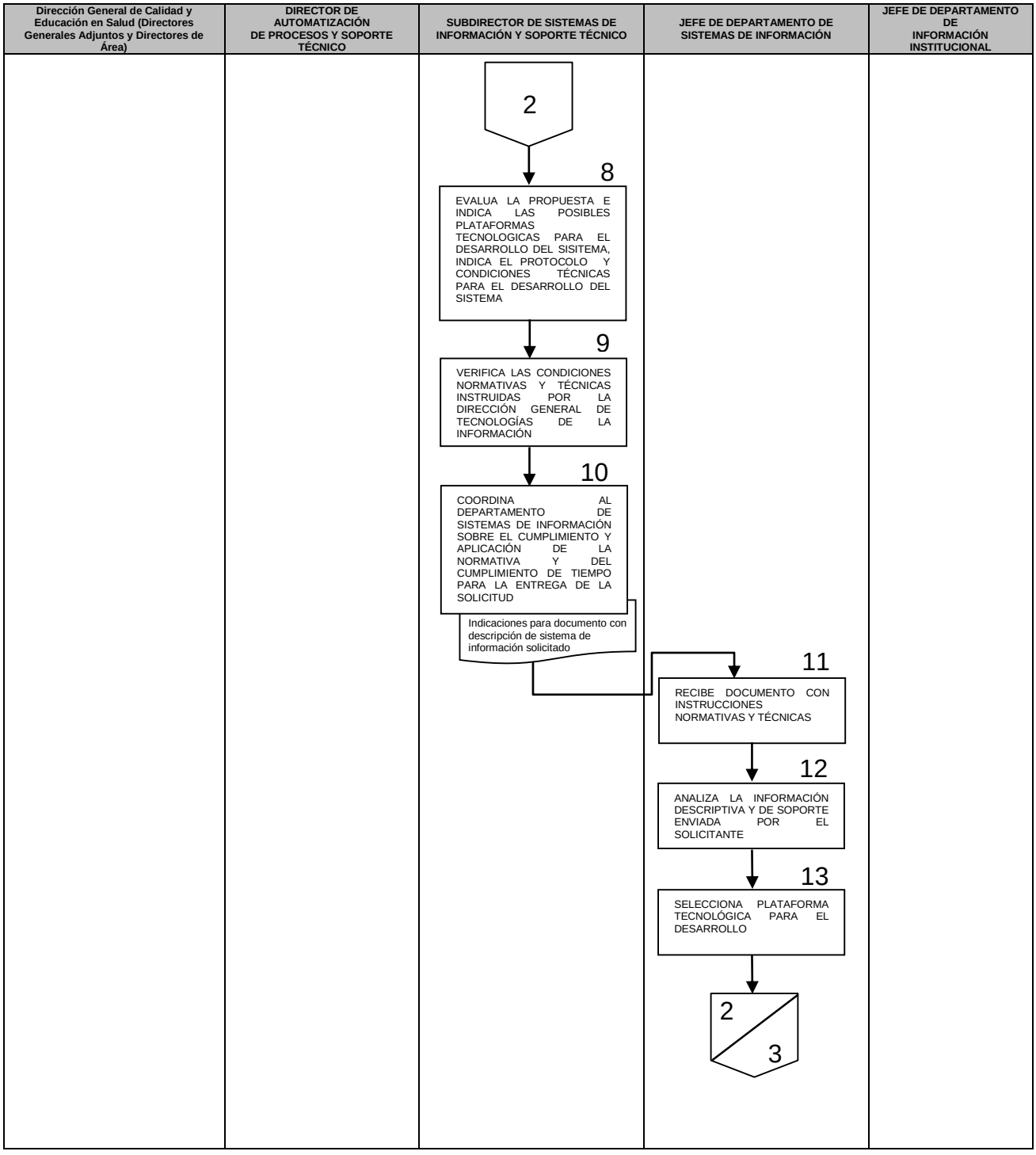
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		enviada por el solicitante.	
	13	Selecciona plataforma tecnológica para el desarrollo	
	14	Elabora propuesta factible de diseño e implementación del sistema solicitado	
	15	Elabora cronograma de actividades con estimación del tiempo de ejecución.	
	16	Desarrolla la propuesta de sistema de información conforme a normativa y condiciones técnicas.	
	17	Presenta propuestas de desarrollo de sistema.	
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Direcciones de Área)	18	Analiza la propuesta de desarrollo de sistema presentada por el Jefe de Departamento de Sistemas de información Procede:	• Propuesta de desarrollo de sistema • Documento de observaciones ó aprobación de desarrollo de sistema
	19	**NO:** Emite documento de observaciones de la propuesta de desarrollo, regresa a la actividad 11	
	20	**SI:** Emite documento de aprobación de la propuesta de desarrollo, continúa procedimiento	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	21	Diseña la base de datos.	
	22	Diseña la imagen visual y esquema de navegación en el sistema, pantallas y plantillas	
	23	Realiza búsqueda y edición de imágenes	
	24	Define y programa los módulos definidos	
	25	Integra módulos con las pantallas y plantillas	
	26	Presenta a la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico el sistema de información desarrollado para validación	

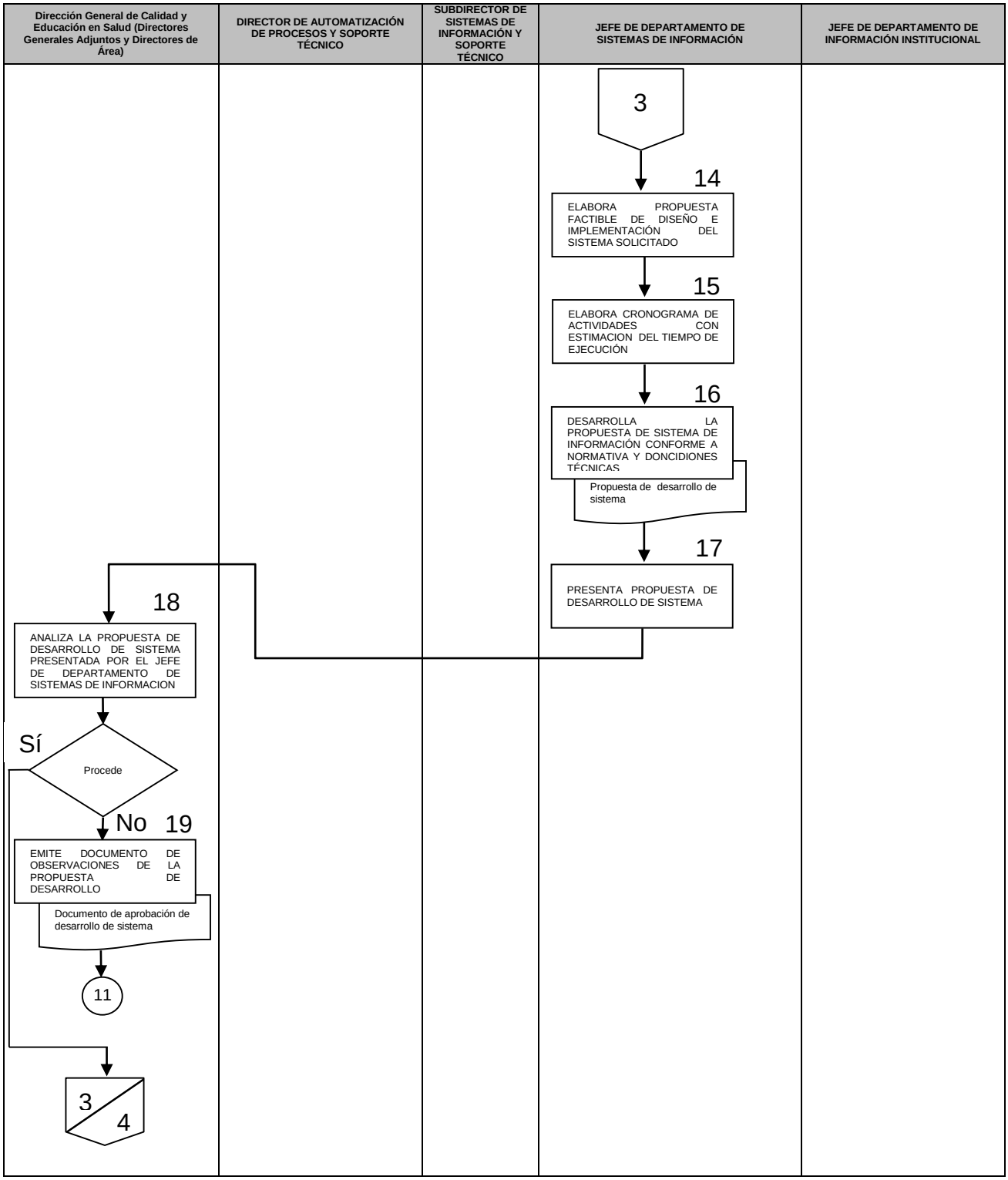
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	27	Recibe la programación del sistema de información desarrollado.	
	28	Verifica el cumplimiento de la solicitud presentada por el área solicitante, así como cumplimiento de normatividad técnica y de correcta ejecución y de los protocolos de información.	
	29	Incorpora recomendaciones y, conforme al caso evalúa la programación del sistema de información.	
	30	Presenta al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico la validación de la programación del sistema de información desarrollado	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	31	Recibe la programación del sistema de información desarrollado. Procede:	
	32	**NO:** Emite sugerencias y/o consideraciones de mejora regresa actividad 27.	
	33	**SI:** Instruye al Jefe de Departamento de Sistemas de Información la incorporación de carpetas o directorios en servidor de desarrollo.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	34	Crea carpeta o directorio electrónico temporal en servidor de desarrollo	
	35	Transfiere por el servicio de FTP los archivos a publicar en el servidor de desarrollo	
	36	Crea base de datos en servidor de desarrollo	
	37	Realiza pruebas de verificación del correcto funcionamiento del sitio.	
	38	Informa al área solicitante la pre liberación del sistema solicitado para pruebas.	

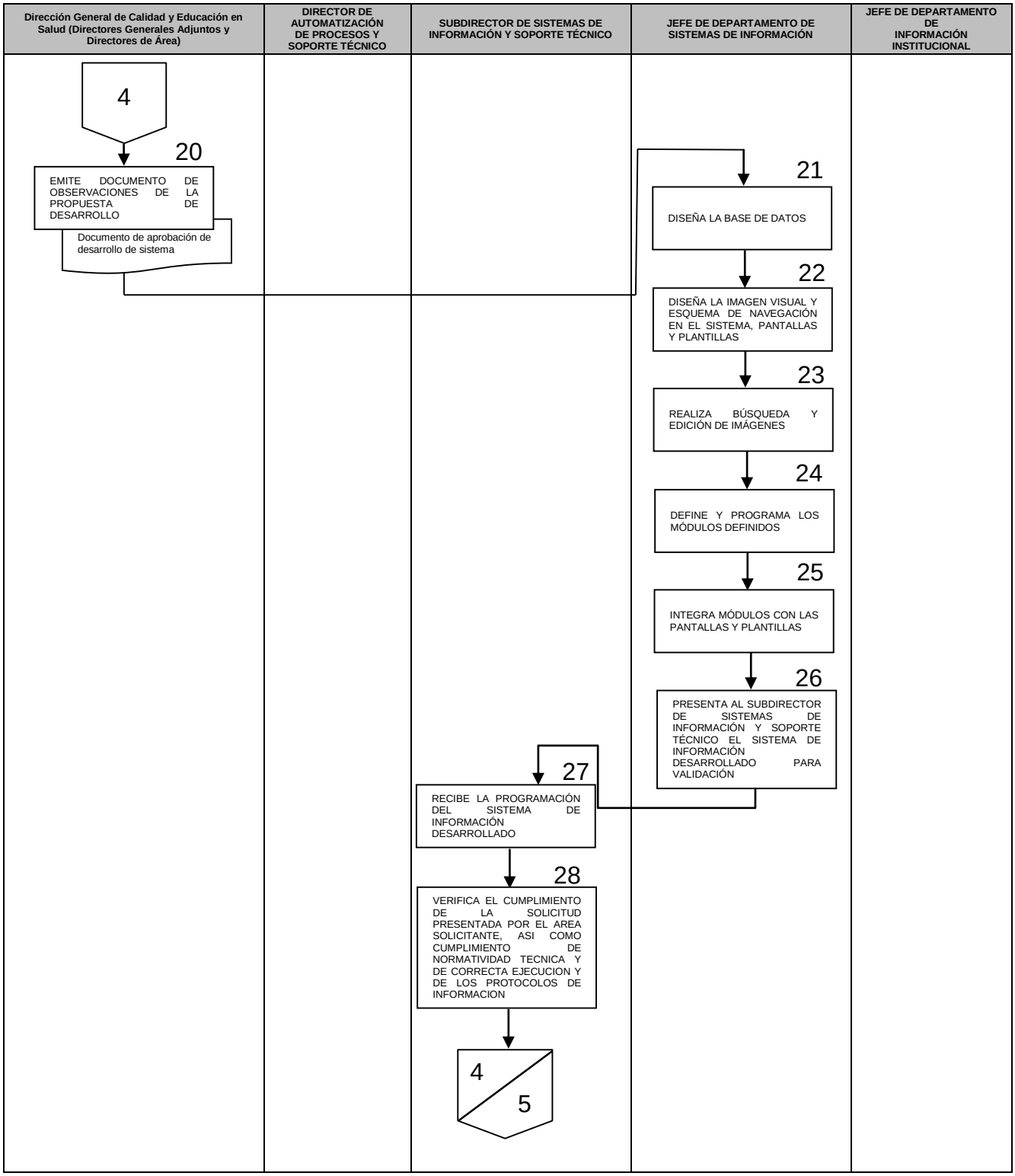
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Direcciones de Área)	39	Analiza el cumplimiento de la aplicación informática en el servidor de desarrollo, conforme a las características solicitadas. Procede:	• Documento de aprobación y/o de observaciones de sistema final
	40	**NO**: Emite documento con observaciones de sistema final dirigido al Jefe Departamento de Sistemas de Información, continúa procedimiento Regresa a actividad 7.	
	41	**SI**: Emite documento de aprobación de sistema final dirigido al Jefe Departamento de Sistemas de Información, continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	42	Crea carpeta o directorio electrónico temporal en servidor de desarrollo.	• Expediente con información técnica
	43	Transfiere por el servicio de FTP los archivos a publicar en el servidor de desarrollo.	
	44	Crea base de datos en servidor de desarrollo.	
	45	Realiza pruebas de verificación del correcto funcionamiento del sitio.	
	46	Informa al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico y al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la atención de requerimiento.	
	47	Integra y archiva expediente con la información administrativa generada durante el proceso de diseño y desarrollo.	
	48	Integra CD con archivos electrónicos y documentación técnica del sistema de información desarrollado.	
	49	Archiva expediente con información técnica. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

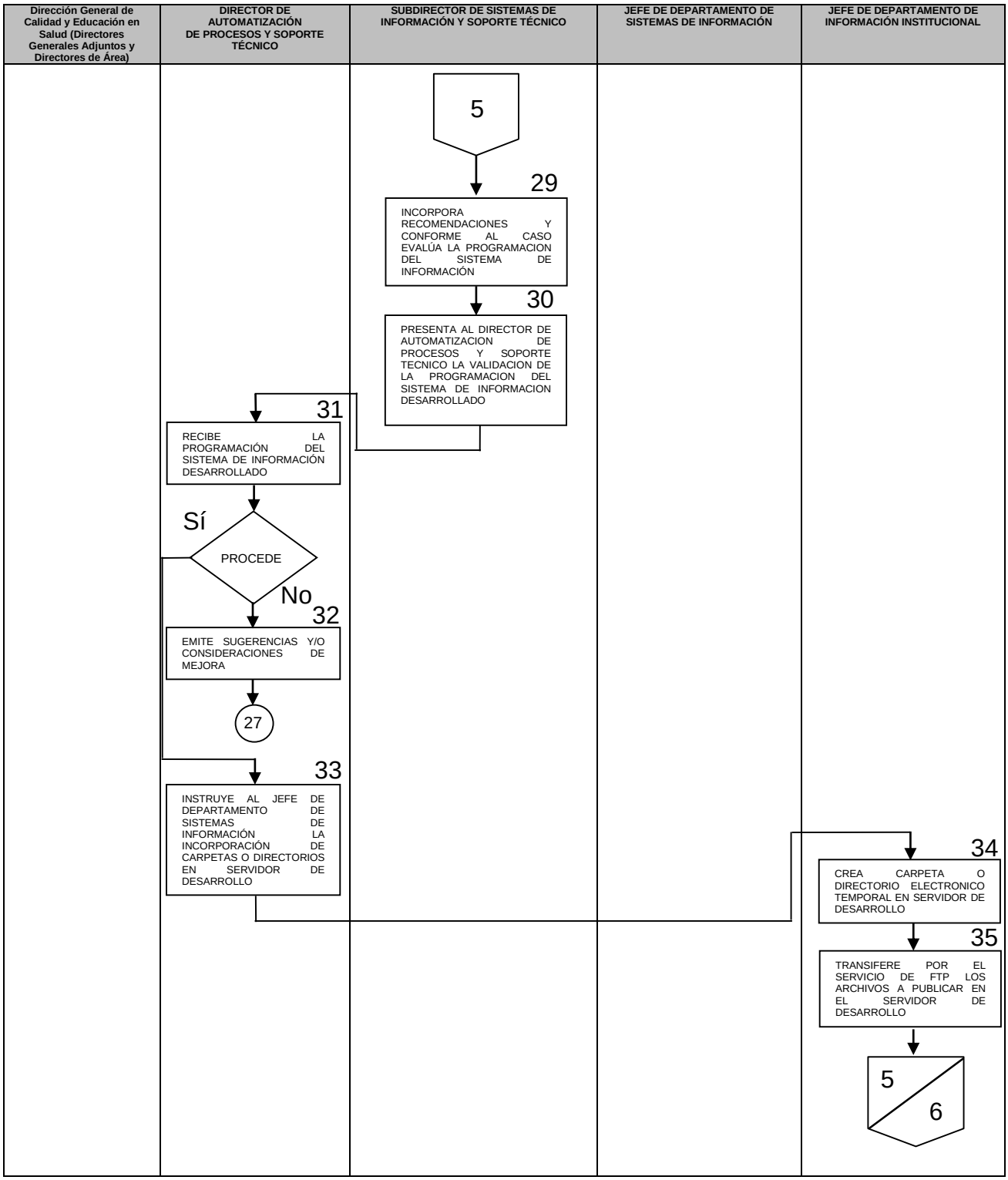
5. DIAGRAMA DE FLUJO

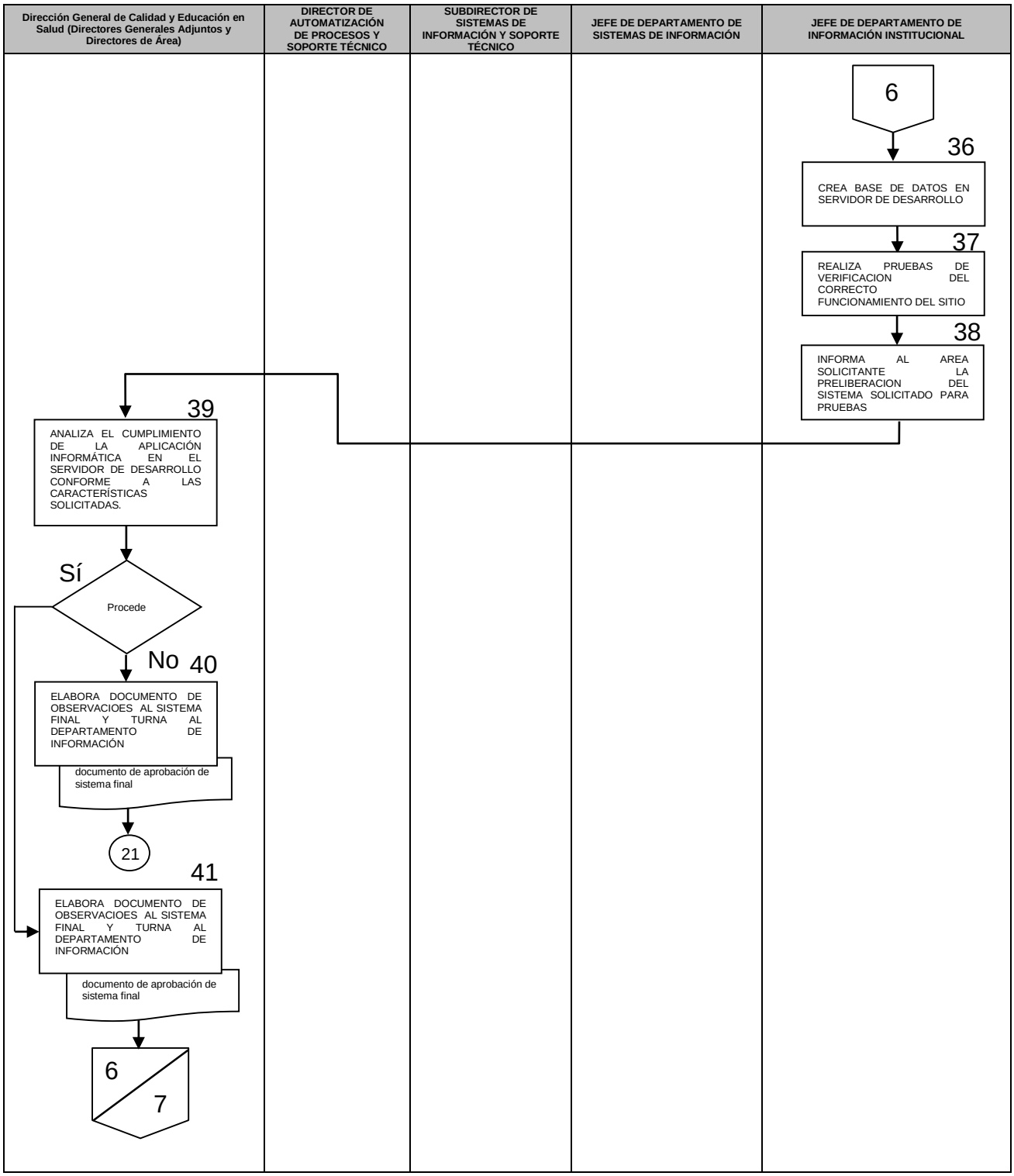



Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
2
8
EVALUA LA PROPUESTA E INDICA LAS POSIBLES PLATAFORMAS TECNOLOGICAS PARA EL DESARROLLO DEL SISITEMA, INDICA EL PROTOCOLO Y CONDICIONES TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA
9
VERIFICA LAS CONDICIONES NORMATIVAS Y TÉCNICAS INSTRUIDAS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
10
COORDINA AL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA NORMATIVA Y DEL CUMPLIMIENTO DE TIEMPO PARA LA ENTREGA DE LA SOLICITUD
Indicaciones para documento con descripción de sistema de información solicitado
11
RECIBE DOCUMENTO CON INSTRUCCIONES NORMATIVAS Y TÉCNICAS
12
ANALIZA LA INFORMACIÓN DESCRIPTIVA Y DE SOPORTE ENVIADA POR EL SOLICITANTE
13
SELECCIONA PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA EL DESARROLLO
2
3

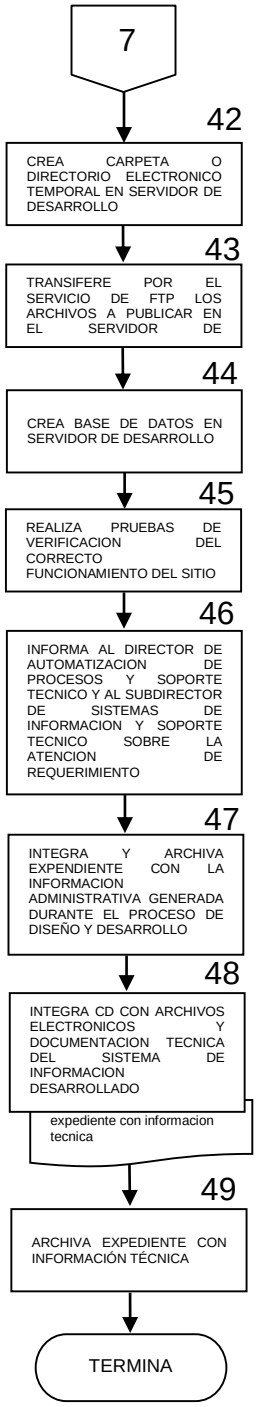

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
3
14
ELABORA PROPUESTA FACTIBLE DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA SOLICITADO
15
ELABORA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CON ESTIMACION DEL TIEMPO DE EJECUCIÓN
16
DESARROLLA LA PROPUESTA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME A NORMATIVA Y DONCIDIONES TÉCNICAS
Propuesta de desarrollo de sistema
17
PRESENTA PROPUESTA DE DESARROLLO DE SISTEMA
18
ANALIZA LA PROPUESTA DE DESARROLLO DE SISTEMA PRESENTADA POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACION
Sí
Procede
No
19
EMITE DOCUMENTO DE OBSERVACIONES DE LA PROPUESTA DE DESARROLLO
Documento de aprobación de desarrollo de sistema
11
3
4


Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
4
20
EMITE DOCUMENTO DE OBSERVACIONES DE LA PROPUESTA DE DESARROLLO
Documento de aprobación de desarrollo de sistema
21
DISEÑA LA BASE DE DATOS
22
DISEÑA LA IMAGEN VISUAL Y ESQUEMA DE NAVEGACIÓN EN EL SISTEMA, PANTALLAS Y PLANTILLAS
23
REALIZA BÚSQUEDA Y EDICIÓN DE IMÁGENES
24
DEFINE Y PROGRAMA LOS MÓDULOS DEFINIDOS
25
INTEGRA MÓDULOS CON LAS PANTALLAS Y PLANTILLAS
26
PRESENTA AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DESARROLLADO PARA VALIDACIÓN
27
RECIBE LA PROGRAMACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DESARROLLADO
28
VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL AREA SOLICITANTE, ASI COMO CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD TECNICA Y DE CORRECTA EJECUCION Y DE LOS PROTOCOLOS DE INFORMACION
4
5


Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
5
29
INCORPORA RECOMENDACIONES Y CONFORME AL CASO EVALÚA LA PROGRAMACION DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN
30
PRESENTA AL DIRECTOR DE AUTOMATIZACION DE PROCESOS Y SOPORTE TECNICO LA VALIDACION DE LA PROGRAMACION DEL SISTEMA DE INFORMACION DESARROLLADO
31
RECIBE LA PROGRAMACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DESARROLLADO
Sí
PROCEDE
No
32
EMITE SUGERENCIAS Y/O CONSIDERACIONES DE MEJORA
27
33
INSTRUYE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN LA INCORPORACIÓN DE CARPETAS O DIRECTORIOS EN SERVIDOR DE DESARROLLO
34
CREA CARPETA O DIRECTORIO ELECTRONICO TEMPORAL EN SERVIDOR DE DESARROLLO
35
TRANSIFERE POR EL SERVICIO DE FTP LOS ARCHIVOS A PUBLICAR EN EL SERVIDOR DE DESARROLLO
5
6


Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
6
36
CREA BASE DE DATOS EN SERVIDOR DE DESARROLLO
37
REALIZA PRUEBAS DE VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SITIO
38
INFORMA AL AREA SOLICITANTE LA PRELIBERACION DEL SISTEMA SOLICITADO PARA PRUEBAS
39
ANALIZA EL CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA EN EL SERVIDOR DE DESARROLLO CONFORME A LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS.
Sí
Procede
No
40
ELABORA DOCUMENTO DE OBSERVACIOES AL SISTEMA FINAL Y TURNA AL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN
documento de aprobación de sistema final
21
41
ELABORA DOCUMENTO DE OBSERVACIOES AL SISTEMA FINAL Y TURNA AL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN
documento de aprobación de sistema final
6
7

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)	DIRECCIÓN DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento de solicitud	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.2 Documento descripción del sistema de información solicitado	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.3 Documento de aprobación final	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.4 Expediente con información técnica	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carpeta o directorio electrónico: Espacio en el disco duro de una computadora, al cual se le asigna un nombre y sirve para albergar archivos electrónicos de cualquier índole.

8.2 Dummy: Simulación de un sistema de información para representar y esquematizar la imagen visual y las formas de interacción por parte de los usuarios.

8.3 Página web: Conjunto de textos, imágenes y archivos electrónicos que se encuentran a disponibilidad del público en general en un servidor conectado a la red global de Internet.

8.4 Screens: Propuestas simuladas de cómo se visualizarán las pantallas del sistema a desarrollar.

8.5 Servicio FTP: Protocolo de comunicación creado para el envío y recepción de archivos electrónicos con alto volumen de información, por sus siglas en inglés File Transfer Protocol.

8.6 Servidor de desarrollo: Equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la intranet con la finalidad de que pueda ser visto únicamente por los usuarios internos a la organización.

8.7 Servidor de producción: Equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la red global de internet con la finalidad de que pueda ser visto por cualquier usuario desde cualquier país.

8.8 Sistema de información: Conjunto de componentes informáticos que permiten a los usuarios, capturar y procesar información mediante pantallas de computadora de fácil acceso por Internet y con una forma de uso sencilla e intuitiva.

8.9 Tecnologías de la información: Aquellas que utilizan en sus actividades dispositivos de cómputo y telecomunicaciones. Es una definición muy amplia pero así también es el ámbito que los equipos electrónicos digitales modernos impactan.

8.10Templates: Plantillas de uso común entre diferentes pantallas del sistema.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Documento de solicitud.

10.2 Documento descripción del sistema de información solicitado

10.1 Documento de solicitud.

De: **ENARE** enare@salud.gob.mx
Asunto: Módulo de registro ENARE 2017
Fecha: 19 de mayo de 2017, 17:39
Para: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx
Cc: joaquin zarco joaquin.zarco@salud.gob.mx, Dr. Enrique Padilla enrique.padilla@salud.gob.mx, padillaendo@hotmail.com

Por instrucciones del Mtro. Ricardo Morales Carmona, Director General Adjunto, solicito a usted que se cierre el módulo de registro del ENARE 2017 cuando el conteo llegue a 755 aspirantes, debido a la capacidad de las sede de aplicación, que es de 700 aspirantes. Quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente

C.D. LUIS JAVIER ESPINOSA PINTO
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA D.G.C.E.S.
HOMERO 213, PISO 13, COL. CHAPULTEPEC MORALES
C.P. 11570, MÉXICO, D.F.
01 (55) 52639163 2000 3515

10.2 Documento descripción del sistema de información solicitad

SALUD SECRETARÍA DE SALUD	Dirección General de Calidad y Educación en Salud Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico Formato Solicitud de Cambios, Ajustes y/o Creación de Nuevo Software	Versión:2.1 Fecha: 20/04/2017 Página: 1 de 7

Fecha de la Solicitud:	D	D	M	M	A	A	A	A

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:			
Nombre(s) del solicitante:	Apellidos del solicitante:	Cargo:	
Área de Adscripción:	Correo:	Teléfono y/o extensión:	Teléfono móvil:

INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO:			
Tipo de Requerimiento:	Tipo de Sistema:	Nombre del sistema:	
Nuevo desarrollo: ☐ Ajuste de software existente: ☐ Nuevo componente de software existente ☐	Sustantivo: ☐ Administrativo: ☐ Otro sistema: ☐	Prioridad: Alta ☐ Media ☐ Baja ☐	Personal asignado que acompañará el proceso: Nombre: Teléfono: Correo:

Datos Generales del Proyecto			(Sección llenada por la DAPST)
Versión	*No. de Versión*	Solicitante	*Nombre del área solicitante*
Identificador	*Clave única para identificar el proyecto*	Requerimiento	*Diseño/Desarrollo/Mantenimiento*
Proyecto	*Nombre del Proyecto*	Responsable	*Nombre del Responsable del Proyecto*

21. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE COMENTARIOS AL PORTAL WEB Y BUZONES INSTITUCIONALES DE LA DGCES

1. PROPÓSITO

1.1 Atender las solicitudes o comentarios recibidos sobre el portal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en su apartado de encuesta y los recibidos en los buzones institucionales (dgces@salud.gob.mx, info_dgces@salud.gob.mx), para su procesamiento y proporcionar respuesta a cada solicitud o comentario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a todas las áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud responsables de la información motivo de las solicitudes o comentarios recibidos.

2.2 A nivel externo, este procedimiento aplica a todos los usuarios del portal web y de Sistemas de información implantados que desean obtener información adicional sobre las acciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico, son responsables de recibir las solicitudes o comentarios de los buzones institucionales por medio del correo electrónico y los de la encuesta sobre el portal, los cuales son descargados semanalmente de la base de datos central por medio de clave de acceso.

3.2 Es responsabilidad de todas las áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud presentar en tiempo y forma los datos necesarios para atender las distintas solicitudes de información que sean presentadas en el portal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en su apartado de encuesta y los recibidos en los buzones institucionales.

3.3 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico, es responsable del registro y control de los comentarios y de las solicitudes recibidas y atendidas.

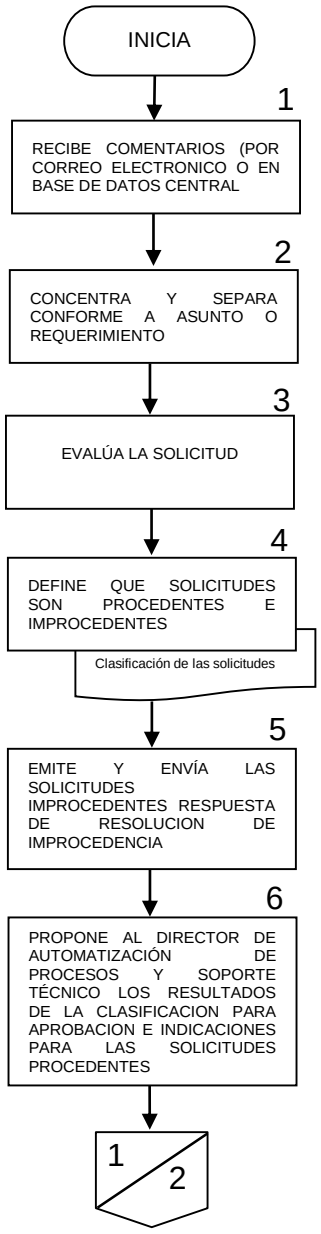
3.4 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico, es responsable de analizar la solicitud o comentario, clasificarlos y turnarlos a las áreas correspondientes a fin de dar respuesta al solicitante.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

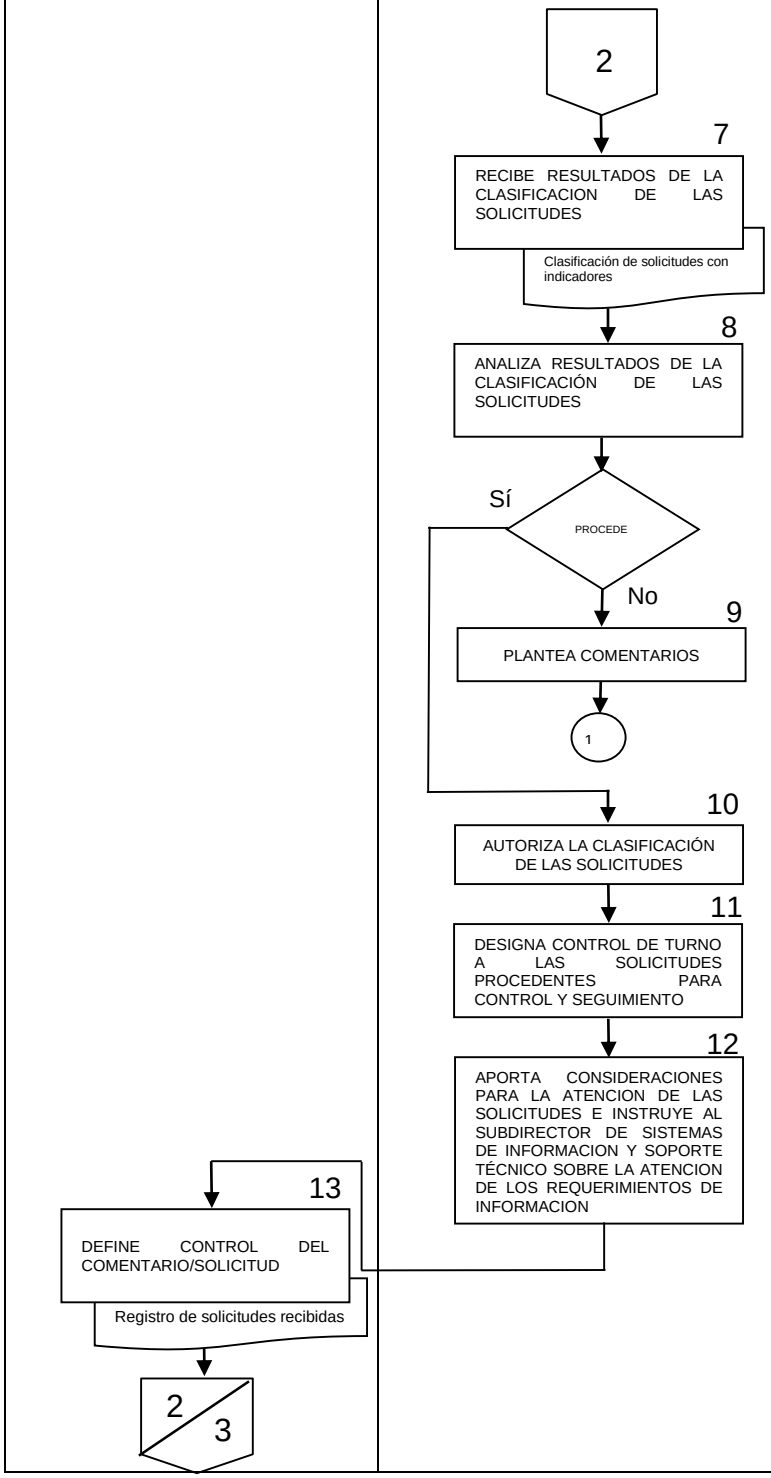
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	1	Recibe comentarios (por correo electrónico o en base de datos central).	• Clasificación de las solicitudes
	2	Concentra y separa conforme a asunto o requerimiento.	
	3	Evalúa la solicitud.	
	4	Define que solicitudes son procedentes e improcedentes.	
	5	Emite y envía las solicitudes improcedentes respuesta de resolución de improcedencia.	
	6	Propone al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico los resultados de la clasificación para aprobación e indicaciones para las solicitudes procedentes.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	7	Recibe resultados de la clasificación de las solicitudes	• Clasificación de las solicitudes con indicaciones
	8	Analiza resultados de la clasificación de las solicitudes Procede:	
	9	NO: Plantea comentarios, regresa a la actividad 1	
	10	SI: Autoriza la clasificación de las solicitudes, continúa procedimiento	
	11	Designa control de turno a las solicitudes procedentes para control y seguimiento	
	12	Aporta consideraciones para la atención de las solicitudes e instruye al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la atención de los requerimientos de información.	

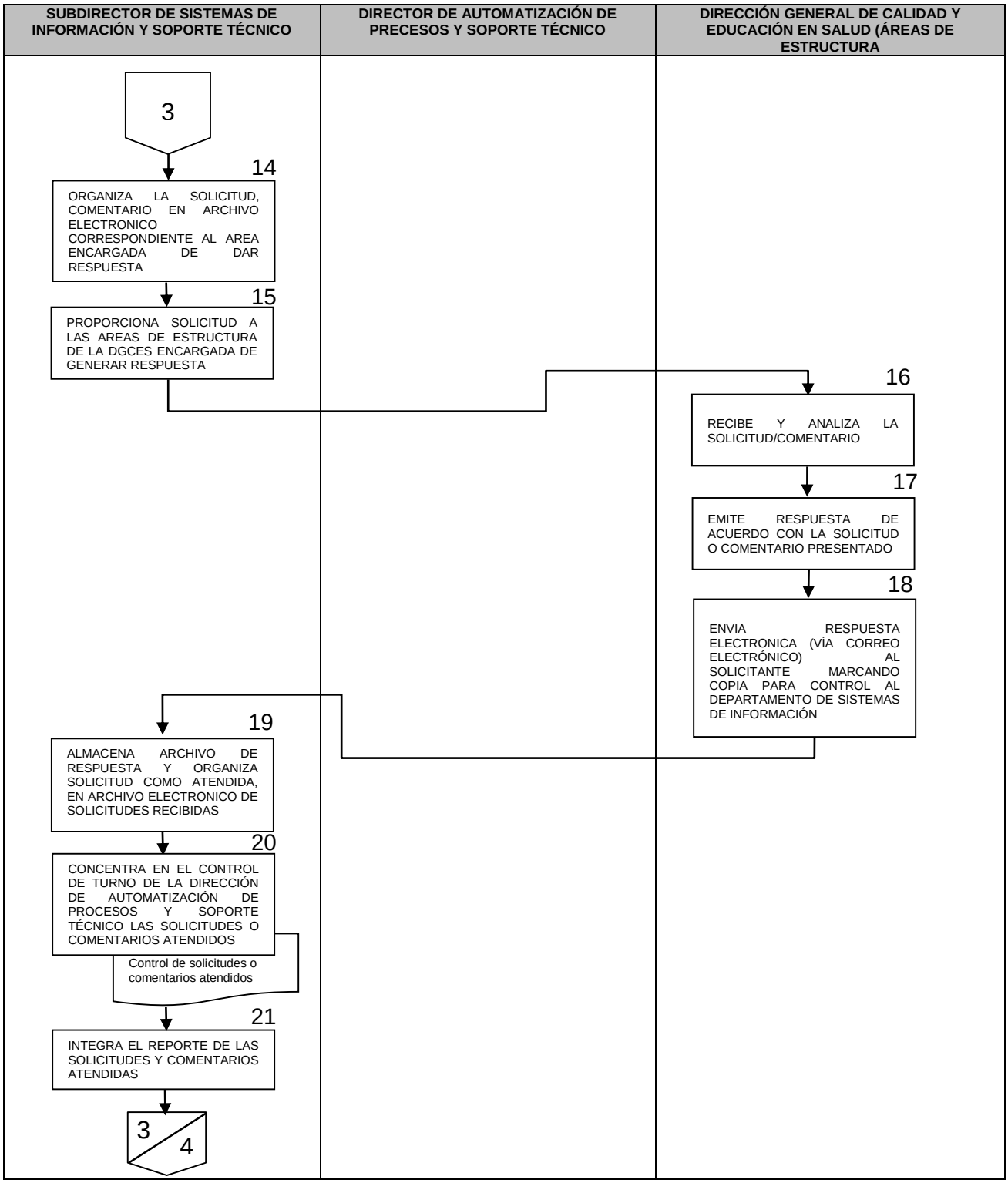
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	13	Define control del comentario/solicitud.	• Registro de solicitudes recibidas
	14	Organiza la solicitud/comentario en archivo electrónico correspondiente al área encargada de dar respuesta.	
	15	Proporciona a las Áreas de Estructura de la DGCES encargadas de generar la respuesta, el comentario/solicitud	
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)	16	Recibe y analiza la solicitud/comentario	
	17	Emite respuesta de acuerdo con la solicitud o comentario presentado.	
	18	Envía respuesta electrónica (vía correo electrónico) al solicitante, marcando copia para control, al Departamento de Sistemas de Información.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	19	Almacena archivo de respuesta y organiza la solicitud como atendida, en archivo electrónico de solicitudes recibidas.	• Control de solicitudes o comentarios atendidos
	20	Concentra en el control de turno de la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico las solicitudes o comentarios atendidos	
	21	Integra el reporte de las solicitudes y comentarios atendidas	
	22	Informa al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico sobre la atención y cumplimiento de las solicitudes o comentarios. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

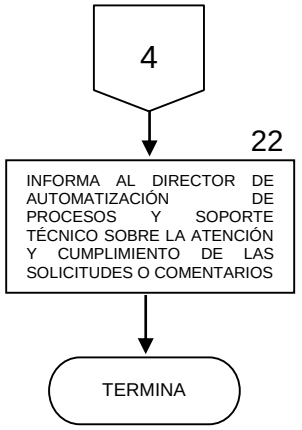
5. DIAGRAMA DE FLUJO

SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PRECESOS Y SOPORTE TÉCNICO	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
		

SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PRECESOS Y SOPORTE TÉCNICO	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA




SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PRECESOS Y SOPORTE TÉCNICO
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA
3
14
ORGANIZA LA SOLICITUD, COMENTARIO EN ARCHIVO ELECTRONICO CORRESPONDIENTE AL AREA ENCARGADA DE DAR RESPUESTA
15
PROPORCIONA SOLICITUD A LAS AREAS DE ESTRUCTURA DE LA DGCES ENCARGADA DE GENERAR RESPUESTA
16
RECIBE Y ANALIZA LA SOLICITUD/COMENTARIO
17
EMITE RESPUESTA DE ACUERDO CON LA SOLICITUD O COMENTARIO PRESENTADO
18
ENVIA RESPUESTA ELECTRONICA (VÍA CORREO ELECTRÓNICO) AL SOLICITANTE MARCANDO COPIA PARA CONTROL AL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
19
ALMACENA ARCHIVO DE RESPUESTA Y ORGANIZA SOLICITUD COMO ATENDIDA, EN ARCHIVO ELECTRONICO DE SOLICITUDES RECIBIDAS
20
CONCENTRA EN EL CONTROL DE TURNO DE LA DIRECCIÓN DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO LAS SOLICITUDES O COMENTARIOS ATENDIDOS
Control de solicitudes o comentarios atendidos
21
INTEGRA EL REPORTE DE LAS SOLICITUDES Y COMENTARIOS ATENDIDAS
3
4

SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PRECESOS Y SOPORTE TÉCNICO	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Archivo electrónico de control	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carpeta o directorio electrónico: espacio en el disco duro de una computadora, al cual se le asigna un nombre y sirve para albergar archivos electrónicos de cualquier indole.

8.2 Correo electrónico: (e-mail, electronic mail) es el intercambio de mensajes almacenados en computadora por medio de las telecomunicaciones. Los mensajes de correo electrónico se codifican por lo general en formato de texto ASCII (American Standard Code for Information Interchange). Sin embargo, se pueden también enviar archivos en otros formatos, tales como imágenes gráficas y archivos de sonidos, los cuales son transferidos como archivos anexos en formato binario. El correo electrónico representa una de las primeras aplicaciones del Internet

8.3 Tecnologías de la información: aquellas que utilizan en sus actividades dispositivos de cómputo y telecomunicaciones. Es una definición muy amplia pero así también es el ámbito que los equipos electrónicos digitales modernos impactan.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Registro de solicitudes recibidas.

10.1 Registro de solicitudes recibidas.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

DGCES DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Comentarios al portal web y buzones institucionales de la DGCES

FECHA	INFORMACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	ÁREA	RESPONSABLE	POSIBLE SOLUCIÓN	COMENTARIO RECIBIDO

22. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SERVIDOR DE PRODUCCIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Implantar sistemas de información en ambiente web en servidor de producción para su accesibilidad desde internet o intranet para los distintos usuarios de las áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es dirigido por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico y operado por la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Sistemas de Información para atender las solicitudes de implantación de sistemas de información en el servidor de producción de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico, es responsable de dar respuesta a las solicitudes de desarrollo de sistemas de información por las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa.

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, es responsable de cuidar que la solicitud de las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa, deba estar acompañada de la información fuente y técnica del sistema de información a implantar, esto aplica únicamente cuando el sistema fue desarrollado por una instancia diferente a la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico de la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.

3.3 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Sistemas de Información, son responsables de establecer los tiempos de implantación del sistema de información de acuerdo con la complejidad del mismo.

3.4 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Sistemas de Información, son responsables de realizar un análisis del mismo para estimar el consumo de recursos del servidor de producción y así determinar la viabilidad de la implantación antes de realizar la implantación completa del sistema de información

3.5 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico, por conducto de Departamento de Sistemas de Información es responsable de la implantación del sistema de información, así como de la publicación en un servidor de producción y revisar la funcionalidad antes de liberarlo totalmente.

3.6 El Departamento de Sistemas de Información es responsable del cumplimiento de la normatividad técnica en la materia emitida por la Secretaría de Salud.

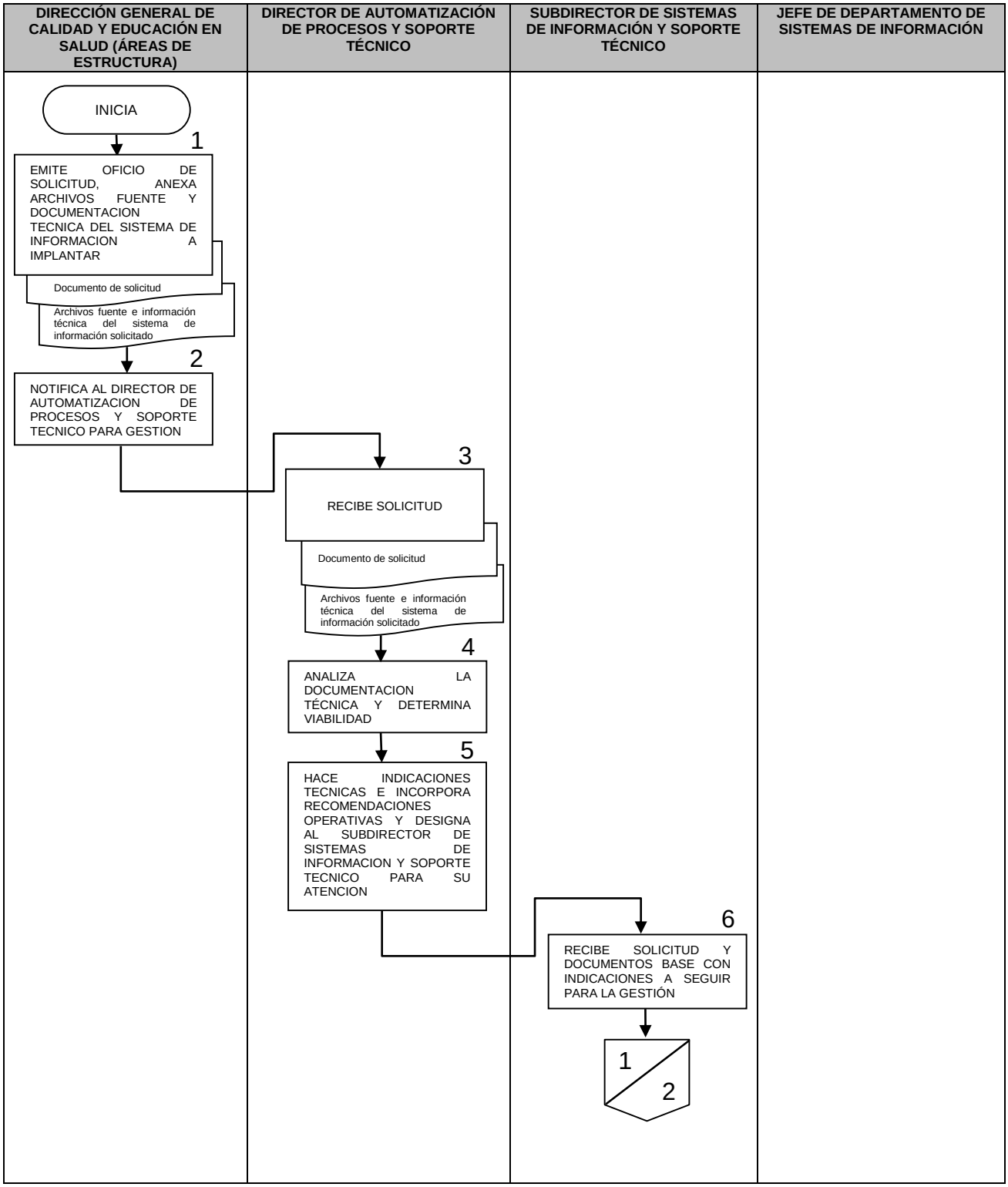
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)	1	Emite oficio de solicitud, anexa archivos fuente y documentación técnica del sistema de información a implantar.	• Documento de solicitud • Archivos fuente e Información técnica del sistema de información solicitado
	2	Notifica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para gestión.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	3	Recibe solicitud.	• Documento de solicitud • Archivos fuente e Información técnica del sistema de información solicitado con indicaciones
	4	Analiza la documentación técnica y determina viabilidad.	
	5	Hace indicaciones técnicas e incorpora recomendaciones operativas y designa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico su atención.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	6	Recibe solicitud y documentos base con indicaciones a seguir para la gestión.	• Dictamen de factibilidad técnica
	7	Define los requerimientos tecnológicos necesarios para la implantación: Lenguaje de programación y su versión, manejador de base de datos y su versión, sistema operativo y su versión.	
	8	Cuantifica los recursos que el sistema a implantar demandará del servidor de producción como: espacio en disco duro, memoria a utilizar, tipo de usuarios a dar de alta, tasa de transferencia de datos.	
	9	Elabora dictamen: a) de factibilidad para la implantación del sistema de información, o b) de improcedencia de factibilidad para la implementación del sistema de información.	
	10	Integra el dictamen y lo presenta al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para visto bueno.	

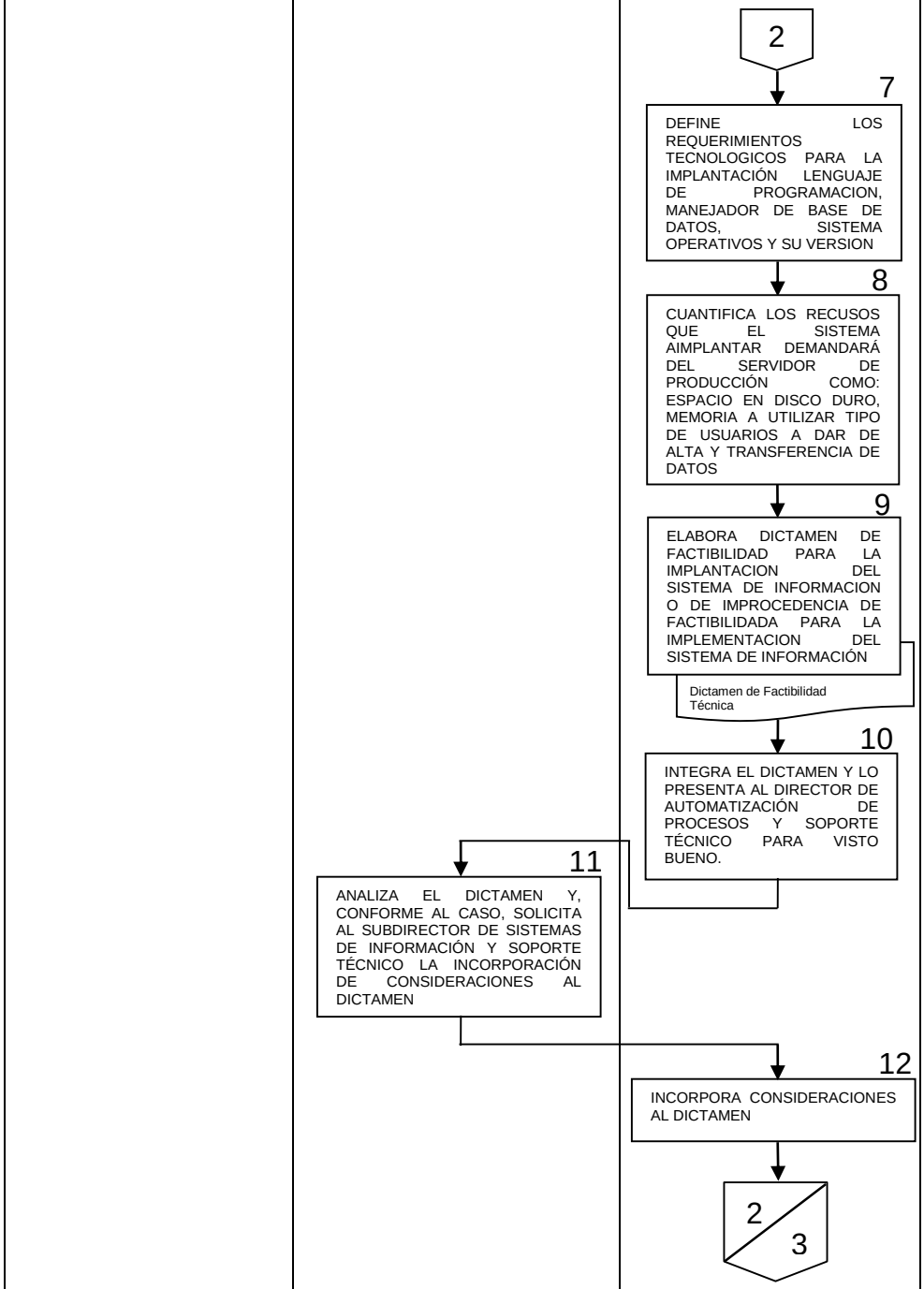
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	11	Analiza el dictamen y, conforme al caso, solicita al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico la incorporación de consideraciones al dictamen.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	12 Procede: 13 14	Incorpora consideraciones al dictamen. **NO:** Informa al área solicitante de la DGCES los resultados de improcedencia por carencia de recursos técnicos o tecnológicos Regresa a la actividad 1 **SI:** Coordina al Jefe de Departamento de Sistemas de Información para que realice las altas de los usuarios, continúa procedimiento	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	15 16 17 18 19 20 21 22 23	Crea en servidor de producción al usuario administrador del sistema de información. Asigna una contraseña única. Crea en servidor de producción al usuario administrador de la base de datos del sistema de información. Asigna una contraseña única. Crea carpeta o directorio electrónico donde se alojara el sistema de información. Asigna permisos de acceso y control de la carpeta creada, al usuario administrador del sistema de información. Transfiere por FTP los archivos fuente del sistema de información a la carpeta correspondiente. Modifica archivos de configuración para correcto funcionamiento del sistema, si es requerido. Crea base de datos en servidor de producción.	

	24 25 26 27	Transfiere información de tablas y catálogos. Asigna permisos y control de la Base de datos al usuario administrador. Realiza pruebas de verificación del correcto funcionamiento de la base de datos. Informa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la terminación de la incorporación del sistema de información.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	28 29	Comprueba el correcto funcionamiento de aplicación e implementa un simulación de los datos de ingreso y de los de salida, conforme al caso realiza o solicita ajustes, o bien valida la operación del sistema. Presenta al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico la conclusión del desarrollo del sistema de información para pruebas.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	30 31 32	Aplica pruebas de ejecución y evalúa el correcto funcionamiento de la aplicación informática en el servidor de producción. Procede: **NO:** Instruye al Jefe de Departamento de Sistemas de Información sobre modificaciones, regresa a actividad 17. **SI:** Autoriza la liberación del sistema de información, continúa procedimiento.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	33 34	Elabora documento informando resultados de los trabajos realizados. Emite comunicado al área solicitante sobre la implantación y liberación del sistema de información. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• documento de informe de resultados finales

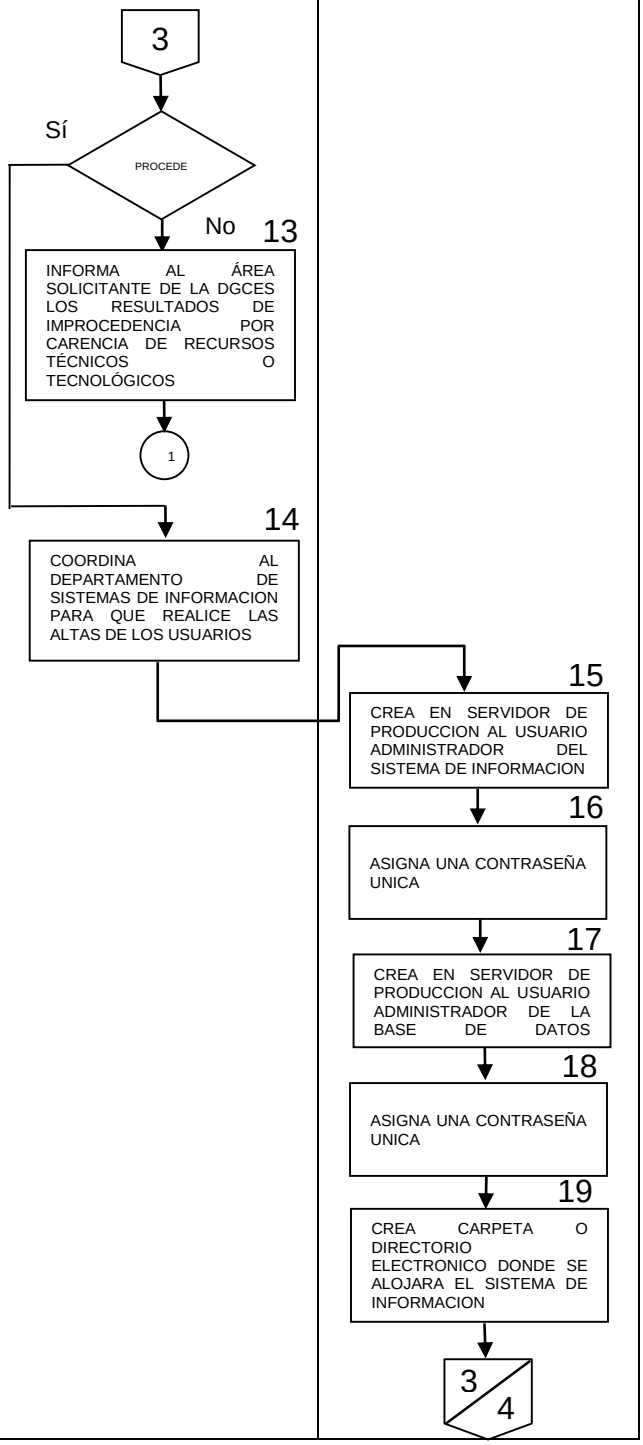
5. DIAGRAMA DE FLUJO

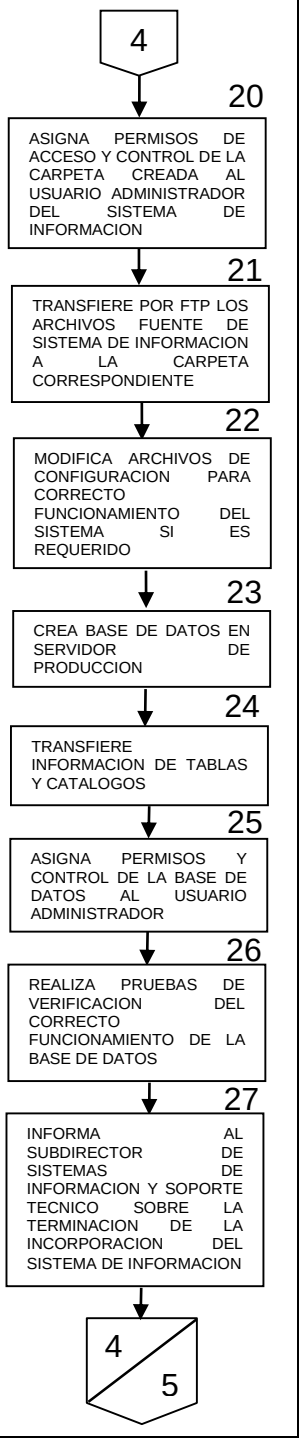


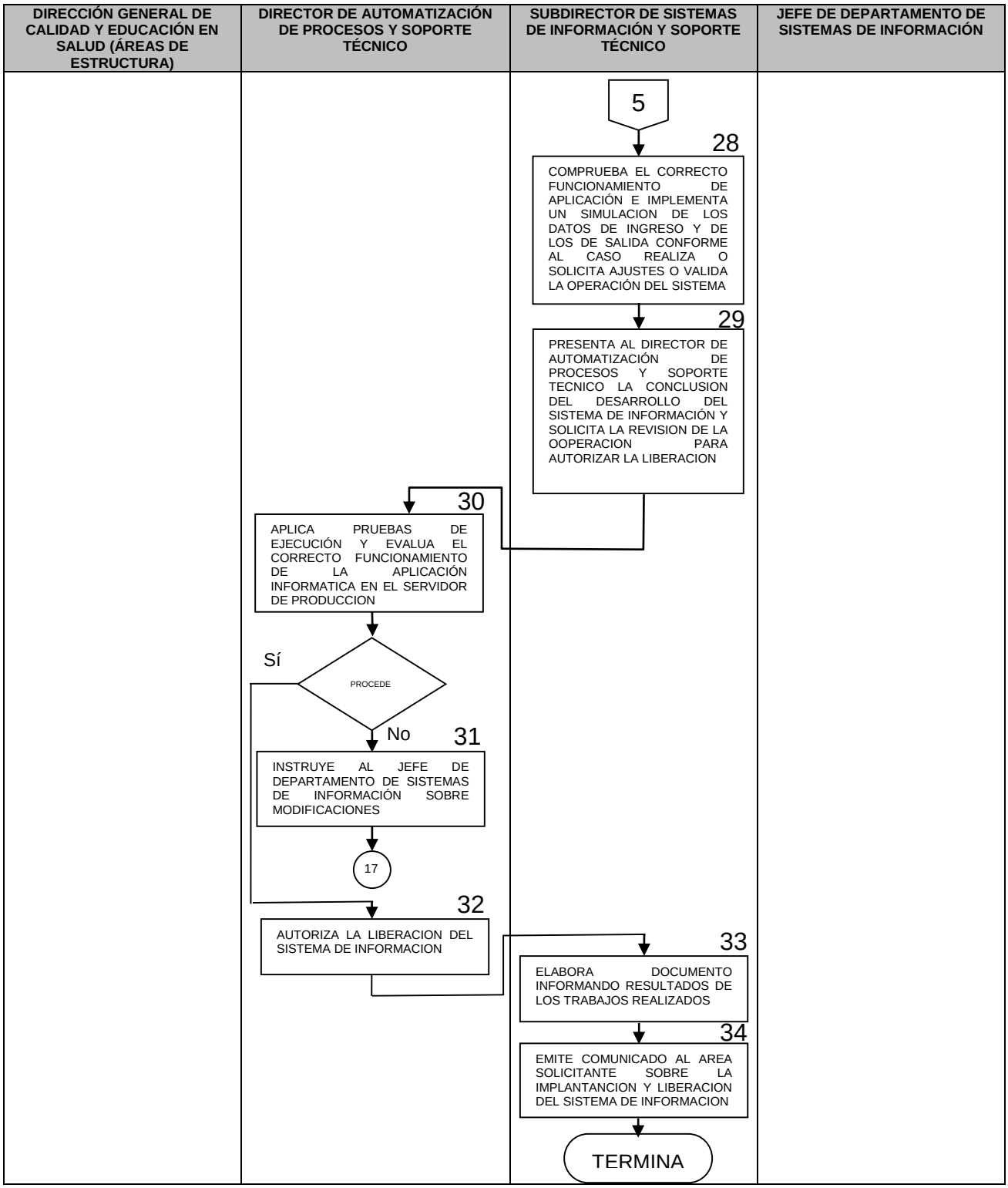
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
			


DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
5
28
COMPRUEBA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE APLICACIÓN E IMPLEMENTA UN SIMULACION DE LOS DATOS DE INGRESO Y DE LOS DE SALIDA CONFORME AL CASO REALIZA O SOLICITA AJUSTES O VALIDA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA
29
PRESENTA AL DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TECNICO LA CONCLUSION DEL DESARROLLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y SOLICITA LA REVISION DE LA OOPERACION PARA AUTORIZAR LA LIBERACION
30
APLICA PRUEBAS DE EJECUCIÓN Y EVALUA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LA APLICACIÓN INFORMATICA EN EL SERVIDOR DE PRODUCCION
Sí
PROCEDE
No
31
INSTRUYE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE MODIFICACIONES
17
32
AUTORIZA LA LIBERACION DEL SISTEMA DE INFORMACION
33
ELABORA DOCUMENTO INFORMANDO RESULTADOS DE LOS TRABAJOS REALIZADOS
34
EMITE COMUNICADO AL AREA SOLICITANTE SOBRE LA IMPLANTANCION Y LIBERACION DEL SISTEMA DE INFORMACION
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento de solicitud	1 año	Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico	N/A
7.2 Documento de resultado final	1 año	Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico	N/A
7.3 Expediente con información técnica	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carpeta o directorio electrónico: Espacio en el disco duro de una computadora, al cual se le asigna un nombre y sirve para albergar archivos electrónicos de cualquier Índole.

8.2 Dummy: Simulación de un sistema de información para representar y esquematizar la imagen visual y las formas de interacción por parte de los usuarios.

8.3 Página web: Conjunto de textos, imágenes y archivos electrónicos que se encuentran a disponibilidad del público en general en un servidor conectado a la red global de Internet.

8.4 Screens: Propuestas simuladas de cómo se visualizarán las pantallas del sistema a desarrollar.

8.5 Servicio FTP: Protocolo de comunicación creado para el envío y recepción de archivos electrónicos con alto volumen de información, por sus siglas en inglés File Transfer Protocol.

8.6 Servidor de desarrollo: Equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la intranet con la finalidad de que pueda ser visto únicamente por los usuarios internos a la organización.

8.7 Servidor de producción: Equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la red global de internet con la finalidad de que pueda ser visto por cualquier usuario desde cualquier país.

8.8 Sistema de información: Conjunto de componentes informáticos que permiten a los usuarios, capturar y procesar información mediante pantallas de computadora de fácil acceso por Internet y con una forma de uso sencilla e intuitiva.

8.9 Tecnologías de la información: Aquellas que utilizan en sus actividades dispositivos de cómputo y telecomunicaciones. Es una definición muy amplia pero así también es el ámbito que los equipos electrónicos digitales modernos impactan.

8.10 Templates: Plantillas de uso común entre diferentes pantallas del sistema.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Archivos fuente e información técnica del sistema de información

10.2 Documento de informe de resultado final.

10.1 Archivos fuente e información técnica del sistema de información

De: **Luis Espinosa** luis.espinosa@salud.gob.mx
Asunto: Base de datos para adscripción ENARE 2016
Fecha: 30 de enero de 2017, 14:15
Para: joaquin zarco joaquin.zarco@salud.gob.mx, Joaquin Zarco jzarcor@gmail.com
Cc: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx, Dr. Enrique Padilla enrique.padilla@salud.gob.mx, padillaendo@hotmail.com

LE

Buenas tardes!
Adjunto archivo con base de datos corregida y actualizada de aspirantes para adscribirlos a las sedes de residencias estomatológicas.
Quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.
Atentamente

C.D. LUIS JAVIER ESPINOSA PINTO
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA D.G.C.E.S.
HOMERO 213, PISO 13, COL. CHAPULTEPEC MORALES
C.P. 11570, MÉXICO, D.F.
01 (55) 52639163 2000 3515

Resultados constancias.xlsx

10.2 Documento de informe de resultado final.

De: **Joaquin Zarco** jzarcor@gmail.com
Asunto: Re: Base de datos para adscripción ENARE 2016
Fecha: 1 de febrero de 2017, 11:24
Para: Luis Espinosa luis.espinosa@salud.gob.mx
Cc: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx, Dr. Enrique Padilla enrique.padilla@salud.gob.mx, ENRIQUE PADILLA GUTIERREZ padillaendo@hotmail.com

JZ

DR. Javier Espinosa

Los 31 médicos mexicanos seleccionados en el ENARE ya se encuentran adscritos en el SIR, pueden avisar a los estados respectivos para que procedan a imprimir sus cartas de adscripción (utilizando el CURP y el folio del ENARE) y prosigan los tramites administrativos respectivos.

Saludos.

ATENTAMENTE

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

ING. JOAQUÍN ZARCO RÁBAGO
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO

Homero 213, piso 10, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D. F.
Tels. (55) 2000 3470 / 2000 3400 ext. 53470 joaquin.zarco@salud.gob.mx

El 30 de enero de 2017, 14:15, Luis Espinosa <luis.espinosa@salud.gob.mx> escribió:

> Buenas tardes!
> Adjunto archivo con base de datos corregida y actualizada de aspirantes para adscribirlos a las sedes de residencias estomatológicas.
> Quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.
> Atentamente
>
> **C.D. LUIS JAVIER ESPINOSA PINTO**
> **SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA**
> **DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA D.G.C.E.S.**
> **HOMERO 213, PISO 13, COL. CHAPULTEPEC MORALES**
> **C.P. 11570, MÉXICO, D.F.**
> **01 (55) 52639163 2000 3515**

23. PROCEDIMIENTO PARA RESPALDAR LA INFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA DGCES Y EVALUAR SU DESEMPEÑO

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar periódicamente el desempeño de los sistemas de información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y respaldar la información de los mismos para garantizar su integridad y recuperación conforme a las necesidades de entrega de información institucional.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento es aplicable para la información de sistemas informáticos, generada por los procesos sustantivos de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, contenida en los servidores de producción administrados por personal de la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico de la DGCES.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Sistemas de Información son responsables de hacer respaldos rutinarios de información contenida en los servidores de producción dos veces por semana (lunes y jueves).

3.2 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico por medio del Departamento de Sistemas de Información, son responsables de realizar respaldos extraordinarios de información cuando ocurre algún cambio importante en la configuración del servidor, o de algún sistema de información que en este se encuentre, incluyendo las bases de datos.

3.3 El Departamento de Sistemas de Información, es responsable de guardar los respaldos en una computadora, misma que se ubica de manera externa en el área de servidores y esta resguardada por personal del Área de Sistemas del Departamento de Sistemas de Información.

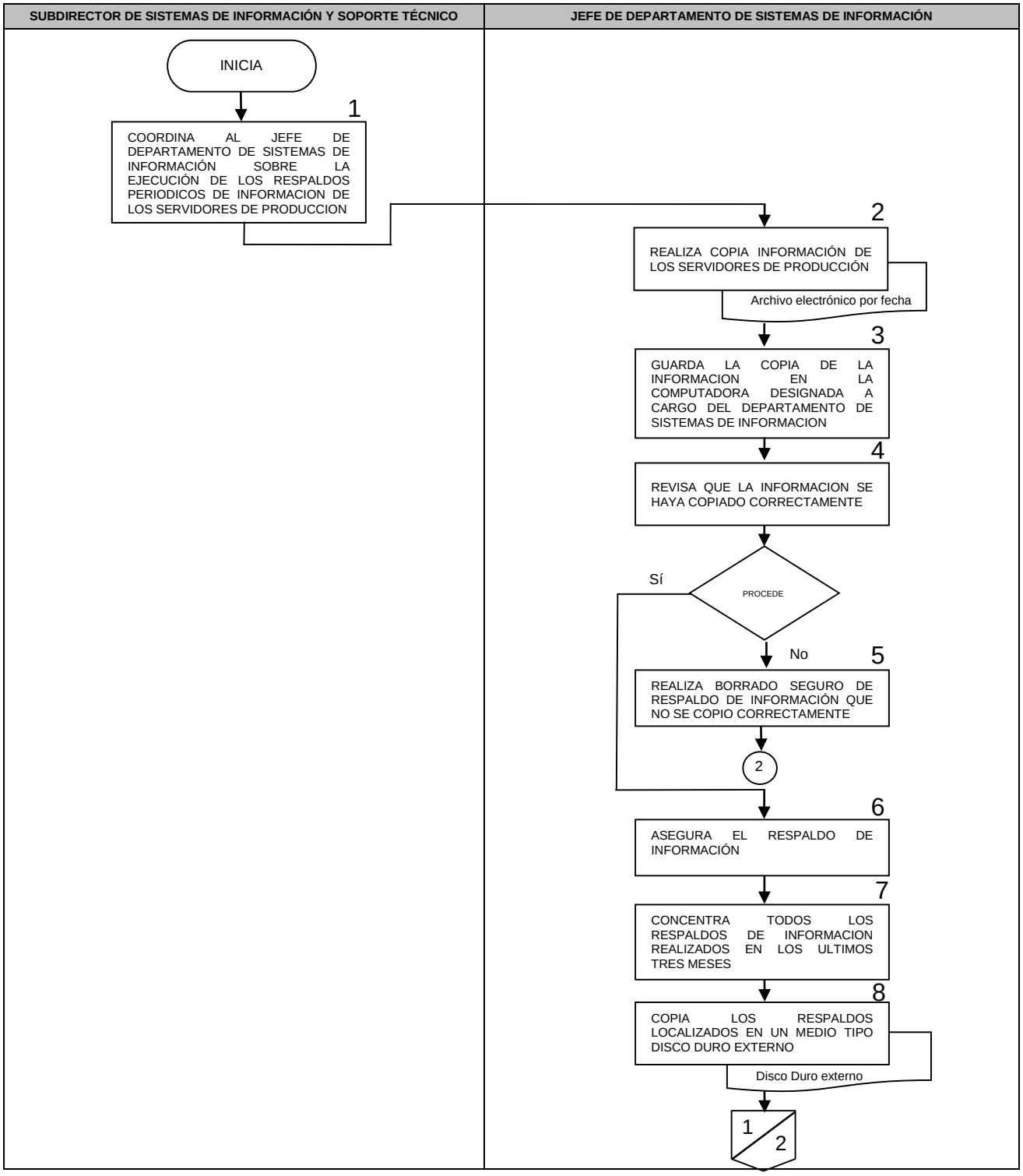
3.4 El Departamento de Sistemas de Información, es responsable de almacenar los respaldos en una computadora cada tres meses, se guardan en disco DVD y se eliminan del disco duro de la computadora origen.

4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

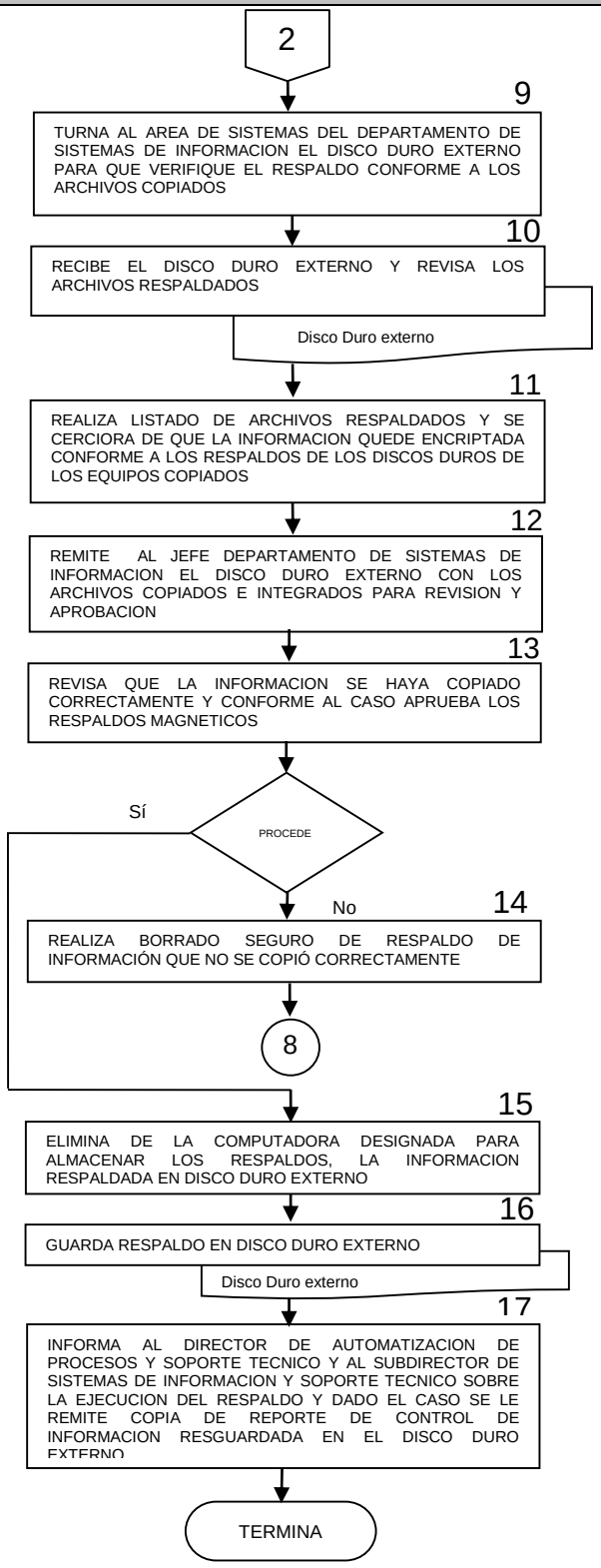
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	1	Coordina al Jefe de Departamento de Sistemas de Información sobre la ejecución de los respaldos periódicos de información de los servidores de producción, considerando para ello la normatividad en la materia institucional.	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	2	Realiza una copia de la información contenida en las carpetas: /var/www/html/, /var/lib/mysql/ y /etc/ de cada servidor en producción los días lunes y jueves de cada semana.	• Archivo electrónico por fecha. • Disco duro externo
	3	Guarda la copia de la información en la computadora designada a cargo del Departamento de Sistemas de Información.	
	4	Revisa que la información se haya copiado correctamente. Procede:	
	5	**NO:** Realiza borrado seguro de respaldo de información que no se copio correctamente, regresa a la actividad 2	
	6	**SÍ**: Asegura el respaldo de información, continúa procedimiento	
	7	Concentra todos los respaldos de información realizados en los últimos tres meses.	
	8	Copia los respaldos localizados en un medio tipo Disco Duro externo.	
	9	Turna al Área de Sistemas del Departamento de Sistemas de Información el Disco Duro externo para que verifique el respaldo conforme a los archivos copiados.	
	10	Recibe el Disco Duro externo y revisa los archivos respaldados.	
	11	Realiza listado de archivos respaldados y se cerciora de que la información quede encriptada conforme a los respaldos de los discos duros de los equipos copiados.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	12	Remite al Jefe de Departamento de Sistemas de Información el Disco Duro externo con los archivos copiados e integrados para revisión y aprobación.	
	13	Revisa que la información se haya copiado correctamente, y conforme al caso aprueba los respaldos magnéticos. Procede:	
	14	**NO:** Realiza borrado seguro de respaldo de información que no se copió correctamente, regresa a la actividad 8.	
	15	**Sí:** Elimina de la computadora designada para almacenar los respaldos, la información respaldada en Disco Duro externo, continua procedimiento	
	16	Guarda respaldo en Disco Duro externo.	
	17	Informa a la Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico y al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la ejecución del respaldo de la información y, dado el caso, se le remite copia de reporte de control de información resguardada en los discos DVD. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Archivo electrónico de respaldo en DVD	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carpeta o directorio electrónico: Espacio en el disco duro de una computadora, al cual se le asigna un nombre y sirve para albergar archivos electrónicos de cualquier Índole.

8.2 Tecnologías de la información: Aquellas que utilizan en sus actividades dispositivos de cómputo y telecomunicaciones. Es una definición muy amplia pero así también es el ámbito que los equipos electrónicos digitales modernos impactan.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Archivo electrónico de respaldo en Disco Duro Externo (archivo electrónico).

24. PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO, PUBLICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS EN LA PÁGINA WEB DE LA DGCES

1. PROPÓSITO

1.1 Diseñar y actualizar los contenidos de información y aplicaciones de la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para mantener actualizada la información de la Unidad Administrativa que coadyuven con los procesos de difusión de información.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y con la intervención del Departamento de Sistemas de Información para atender las solicitudes de las Direcciones Generales Adjuntas de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que tengan la necesidad de publicar, actualizar los contenidos de información en la página web.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, es responsable de atender las solicitudes de diseño de contenidos y/o actualización de publicaciones electrónicas por medio escrito (memorando) o electrónico (e-mail), de las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa.

3.2 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico, es responsable de coordinar que la información a publicar entregada por la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, así como de las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y de la Coordinación Administrativa deban estar en formato de Word para textos y tablas, excel para hojas de cálculo y jpg, png, bpm o PDF para imágenes, esta información e imágenes servirán para el diseño de la página web o de la publicación electrónica.

3.3 Los tiempos de diseño, publicación y actualización de información son responsabilidad de la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico en coordinación con la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Sistemas de Información y dependen de la complejidad y extenso de la información a publicar.

3.4 Antes de realizar la programación y/o actualización de los contenidos de la página web, el Departamento de Sistemas de Información es responsable de realizar varias propuestas, mismas que son presentadas al área solicitante para su opinión y aprobación.

3.5 La información se procesa en el Departamento de Sistemas de Información y es montada en un servidor de desarrollo (prueba) y sirve para ser revisado por el área solicitante simulando condiciones similares a las de su publicación final.

3.6 Es responsabilidad de las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa de la revisión y autorización de los contenidos de las página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

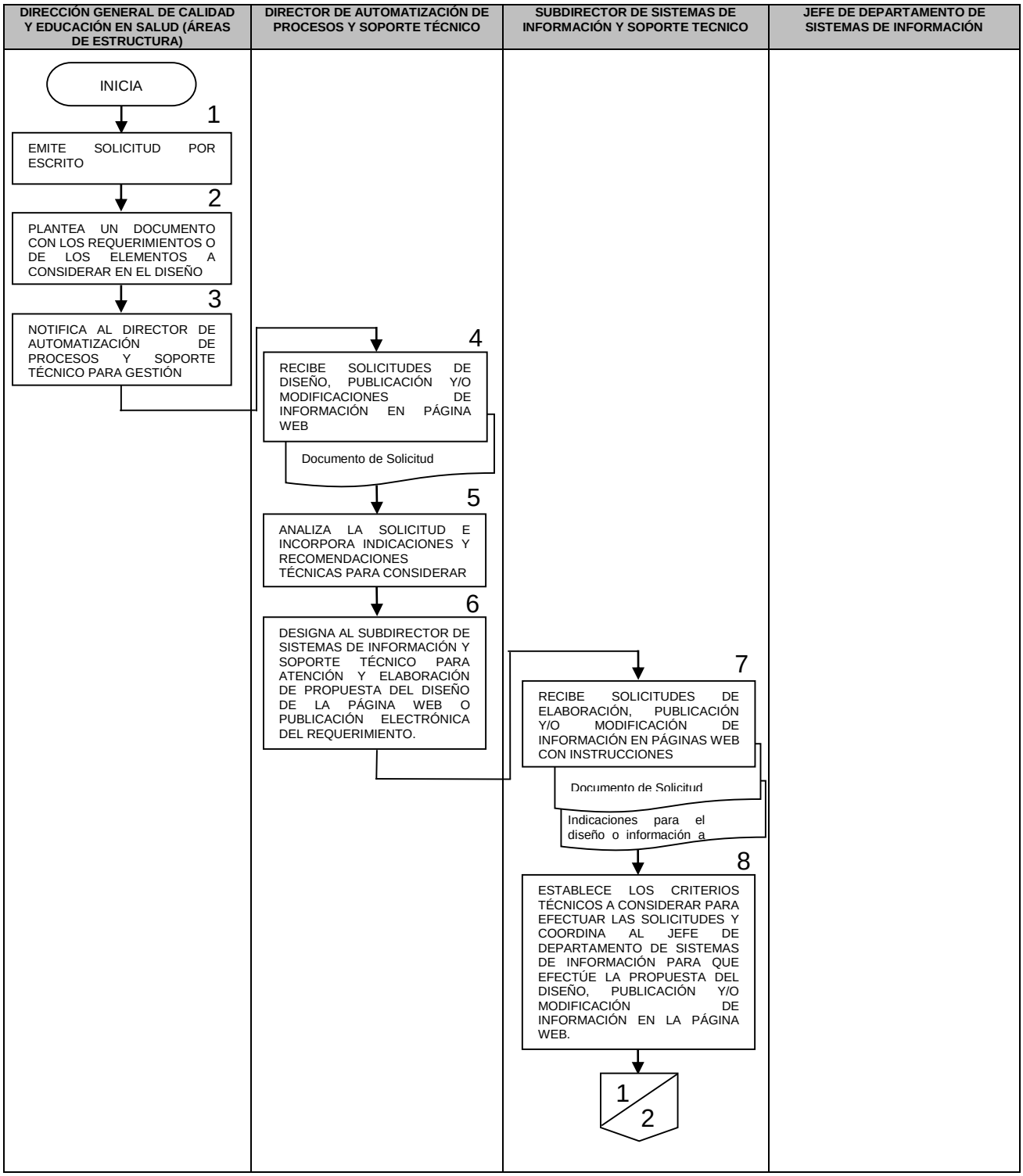
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)	1	Emite solicitud por escrito	
	2	Plantea un documento con los requerimientos o de los elementos a considerar en el diseño, publicación o actualización de contenidos en página web de la DGCES.	
	3	Notifica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para gestión.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	4	Recibe solicitudes de diseño, publicación y/o modificación de información en páginas web.	• Documento de solicitud
	5	Analiza la solicitud e incorpora indicaciones y recomendaciones técnicas para considerar.	
	6	Designa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para atención y elaboración de propuesta del diseño de la página web o publicación electrónica del requerimiento.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	7	Recibe solicitudes de elaboración, publicación y/o modificación de información en páginas web con instrucciones.	• Documento de solicitud • Indicaciones para el diseño o información a publicar.
	8	Establece los criterios técnicos a considerar para efectuar las solicitudes y coordina al Jefe de Departamento de Sistemas de Información para que efectúe la propuesta del diseño, publicación y/o modificación de información en la páginas web.	

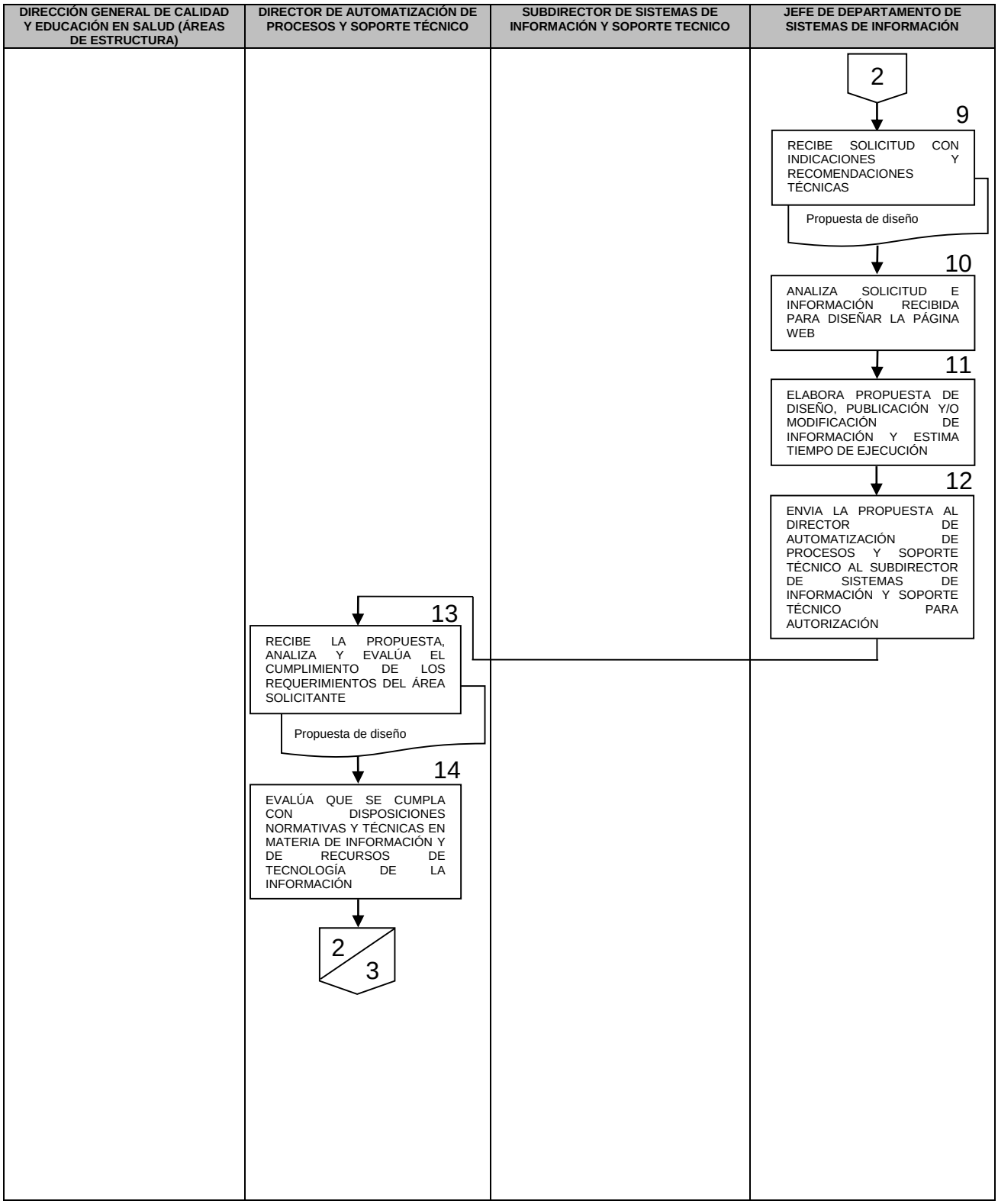
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	9	Recibe solicitud con indicaciones y recomendaciones técnicas.	• Propuesta de diseño
	10	Analiza solicitud e información recibida para diseñar la página web.	
	11	Elabora propuesta de diseño, publicación y/o modificación de información y estima tiempo de ejecución.	
	12	Envía la propuesta al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico y al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para autorización antes de ser sometida a consideración del solicitante.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	13	Recibe la propuesta analiza y evalúa el cumplimiento de los requerimientos del área solicitante.	• Propuesta de diseño
	14	Evalúa que se cumpla con disposiciones normativas y técnicas en materia de Información y de recursos de tecnología de la información. Procede:	
	15	**NO:** Emite sugerencias, solicita modificaciones, regresa a la actividad 10.	
	16	**SÍ:** Autoriza la propuesta de diseño, publicación y/o modificación de página web, continúa procedimiento.	
	17	Da a conocer la propuesta al área solicitante, notifica sobre tiempo de entrega y requiere la aprobación del área solicitante.	
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)	18	Recibe y evalúa la propuesta de diseño, publicación y/o modificación de página web. Procede:	• Propuesta de diseño
	19	**NO:** Emite sugerencias, solicita modificaciones, regresa a la actividad 10.	
	20	**SÍ:** Emite comunicado de aprobación de propuesta de diseño, publicación y/o	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		modificación de página web y lo dirige al Jefe de Departamento de Sistemas de Información, continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	21	Recibe comunicado de aprobación del diseño de página electrónica o de publicación electrónica.	• Documento de aprobación de propuesta
	22	Establece sesión de trabajo en el administrador de contenidos del portal web de la DGCES.	
	23	Realiza edición de imágenes	
	24	Integra texto e imágenes	
	25	Incorpora las ligas, animaciones y código de programación especial si aplica.	
	26	Transfiere los archivos nuevos o aquellos que tienen modificación.	
	27	Publica los archivos con el programa de administración de contenidos del portal web de la DGCES.	
	28	Realiza pruebas de verificación del correcto funcionamiento del sitio, corrige si es necesario	
	29	Informa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la incorporación y/o modificación de la información en la página web solicitada.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	30	Comprueba que los archivos publicados sean visualizados correctamente desde los navegadores de internet usados (internet explorer, firefox, chrome, safari) y que vayan acorde con la solicitud. Procede:	
	31	**NO:** Emite sugerencias, solicita modificaciones, regresa a la actividad 22.	
	32	**SÍ:** Aprueba la incorporación y/o modificación de la información en la página	

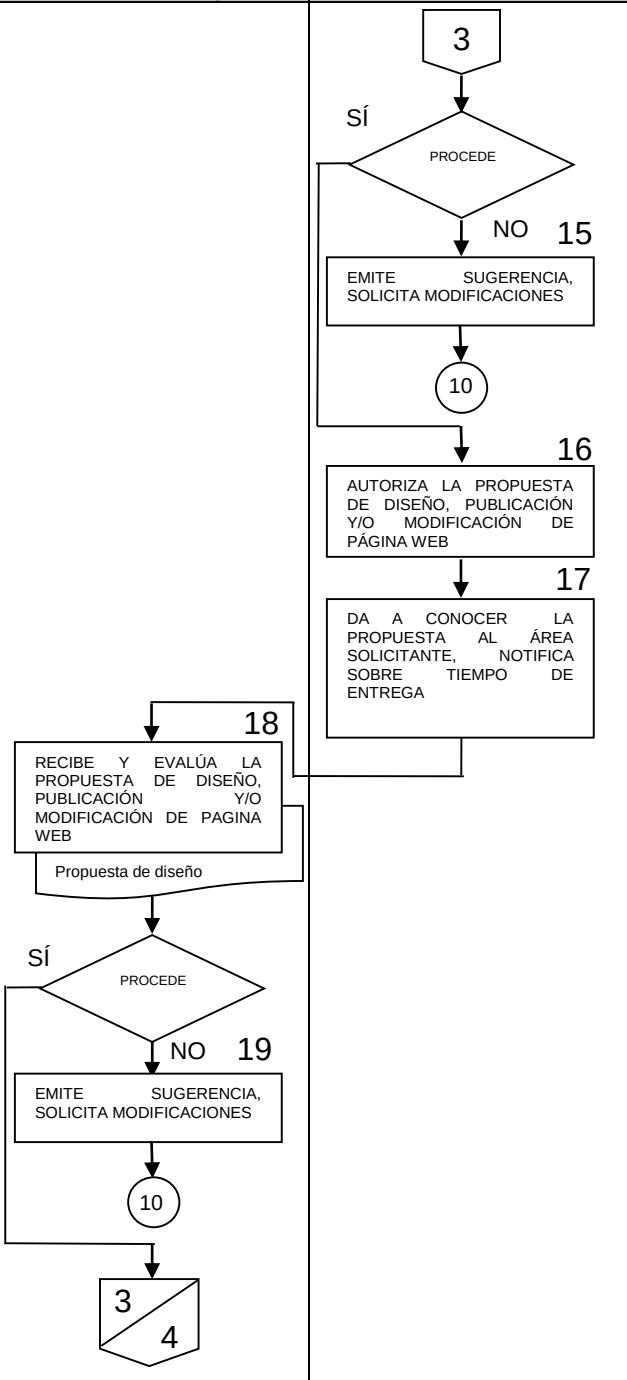
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		web, continua procedimiento.	
	33	Instruye al Jefe de Departamento de Sistemas de Información sobre la notificación a las áreas solicitantes de la incorporación y/o modificación de la información en la página web.	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	34	Elabora comunicado informando fecha y hora en que quedo publicada la información solicitada.	• Documento de comunicación
	35	Turna comunicado al área solicitante.	
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)	36	Recibe notificación de la incorporación de los datos o de la información en la página web o publicación electrónica.	• Documento de comunicación
	37	Emite documento de aprobación de publicación en servidor de producción.	• Documento de aprobación final
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	38	Recibe y archiva documento de aprobación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• Expediente documental de solicitudes atendidas

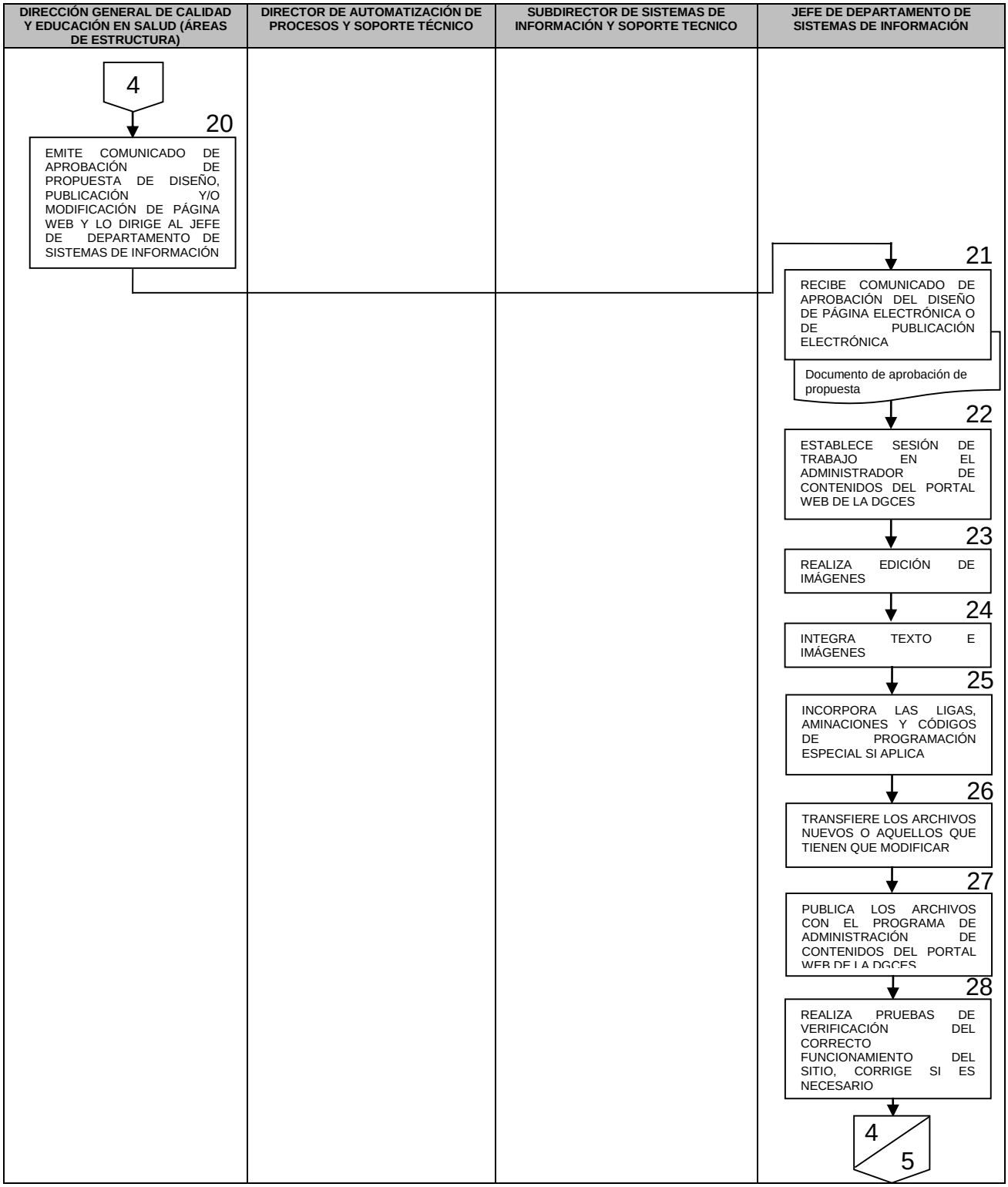
5. DIAGRAMA DE FLUJO

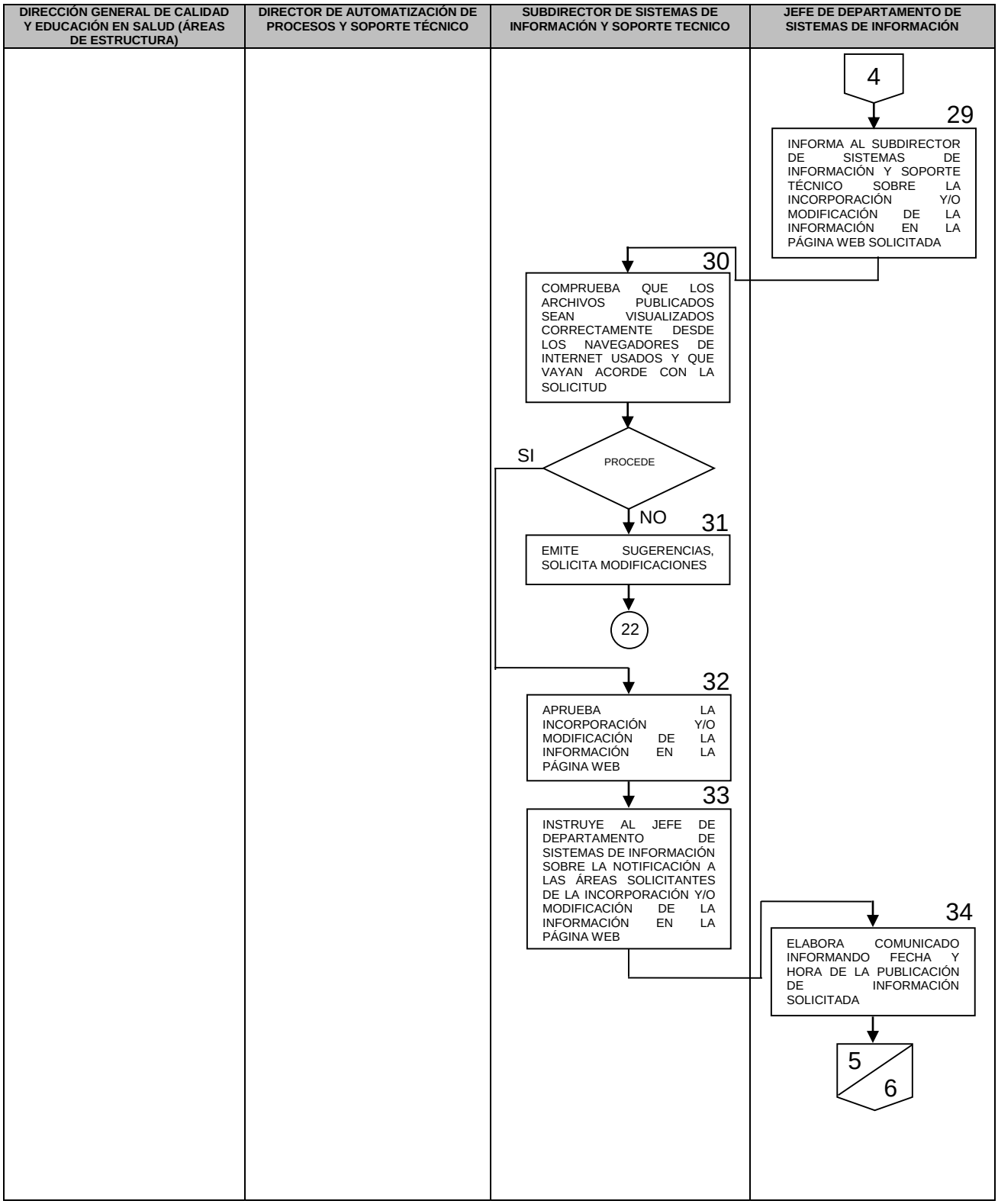


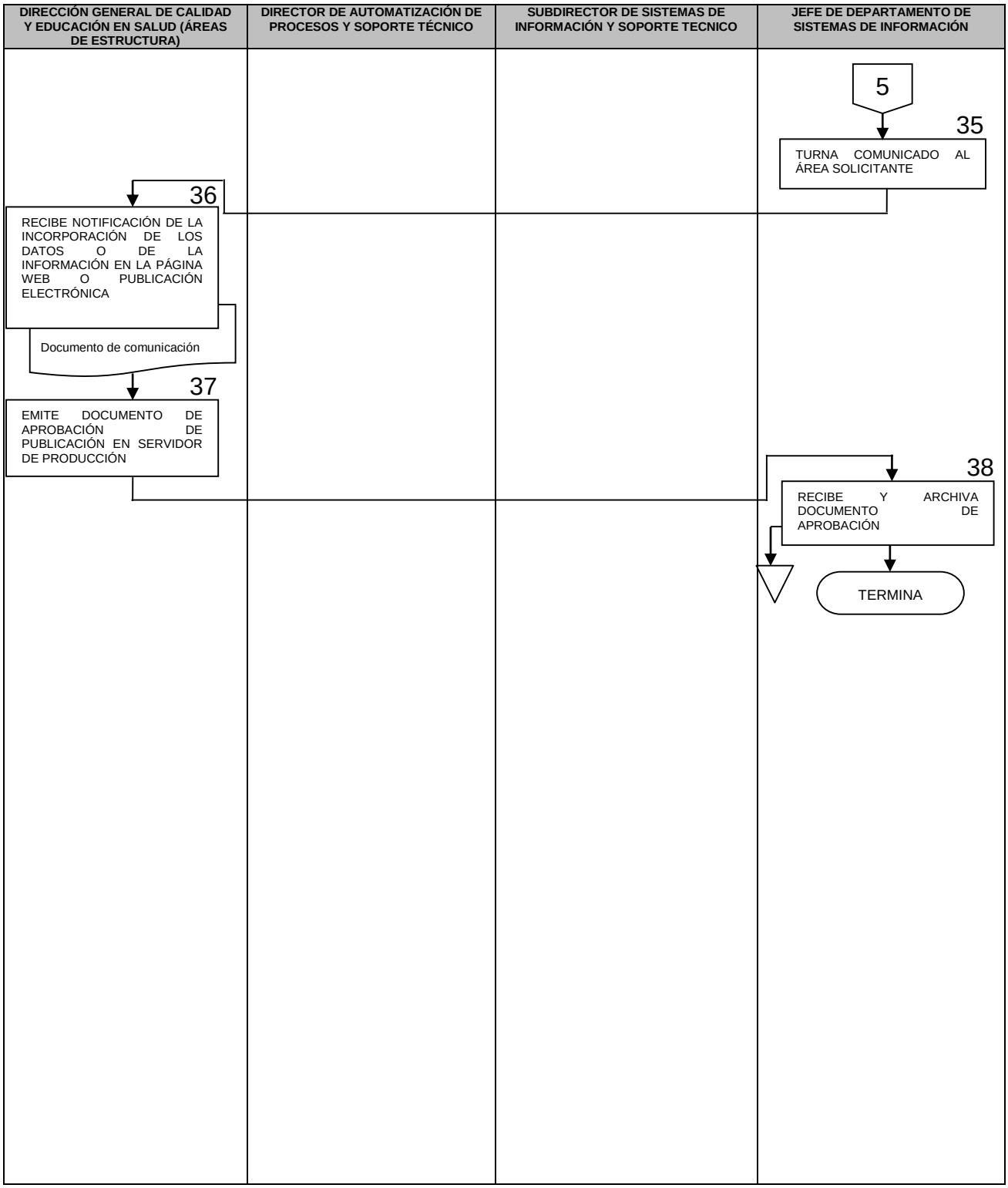

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
2
9
RECIBE SOLICITUD CON INDICACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS
Propuesta de diseño
10
ANALIZA SOLICITUD E INFORMACIÓN RECIBIDA PARA DISEÑAR LA PÁGINA WEB
11
ELABORA PROPUESTA DE DISEÑO, PUBLICACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTIMA TIEMPO DE EJECUCIÓN
12
ENVIA LA PROPUESTA AL DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO PARA AUTORIZACIÓN
13
RECIBE LA PROPUESTA, ANALIZA Y EVALÚA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL ÁREA SOLICITANTE
Propuesta de diseño
14
EVALÚA QUE SE CUMPLA CON DISPOSICIONES NORMATIVAS Y TÉCNICAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DE RECURSOS DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN
2
3

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN




DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
4
20
EMITE COMUNICADO DE APROBACIÓN DE PROPUESTA DE DISEÑO, PUBLICACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE PÁGINA WEB Y LO DIRIGE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
21
RECIBE COMUNICADO DE APROBACIÓN DEL DISEÑO DE PÁGINA ELECTRÓNICA O DE PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
Documento de aprobación de propuesta
22
ESTABLECE SESIÓN DE TRABAJO EN EL ADMINISTRADOR DE CONTENIDOS DEL PORTAL WEB DE LA DGCES
23
REALIZA EDICIÓN DE IMÁGENES
24
INTEGRA TEXTO E IMÁGENES
25
INCORPORA LAS LIGAS, AMINACIONES Y CÓDIGOS DE PROGRAMACIÓN ESPECIAL SI APLICA
26
TRANSFIERE LOS ARCHIVOS NUEVOS O AQUELLOS QUE TIENEN QUE MODIFICAR
27
PUBLICA LOS ARCHIVOS CON EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE CONTENIDOS DEL PORTAL WEB DE LA DGCES
28
REALIZA PRUEBAS DE VERIFICACIÓN DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SITIO, CORRIGE SI ES NECESARIO
4
5


DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
4
29
INFORMA AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO SOBRE LA INCORPORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB SOLICITADA
30
COMPRUEBA QUE LOS ARCHIVOS PUBLICADOS SEAN VISUALIZADOS CORRECTAMENTE DESDE LOS NAVEGADORES DE INTERNET USADOS Y QUE VAYAN ACORDE CON LA SOLICITUD
PROCEDE
SI
NO
31
EMITE SUGERENCIAS, SOLICITA MODIFICACIONES
22
32
APRUEBA LA INCORPORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB
33
INSTRUYE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN A LAS ÁREAS SOLICITANTES DE LA INCORPORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB
34
ELABORA COMUNICADO INFORMANDO FECHA Y HORA DE LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOLICITADA
5
6


DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
5
35
TURNA COMUNICADO AL ÁREA SOLICITANTE
36
RECIBE NOTIFICACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LOS DATOS O DE LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB O PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
Documento de comunicación
37
EMITE DOCUMENTO DE APROBACIÓN DE PUBLICACIÓN EN SERVIDOR DE PRODUCCIÓN
38
RECIBE Y ARCHIVA DOCUMENTO DE APROBACIÓN
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento Solicitud	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.2 Información a publicar	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.3 Documento de aprobación final	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.4 Expediente documental de solicitudes atendidas	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carpeta o directorio electrónico: espacio en el disco duro de una computadora, al cual se le asigna un nombre y sirve para albergar archivos electrónicos de cualquier índole.

8.2 Página web: conjunto de textos, imágenes y archivos electrónicos que se encuentran a disponibilidad del público en general en un servidor conectado a la red global de Internet.

8.3 Servicio FTP: protocolo de comunicación creado para el envío y recepción de archivos electrónicos con alto volumen de información, por sus siglas en inglés File Transfer Protocol.

8.4 Servidor de desarrollo: equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la intranet con al finalidad de que pueda ser visto únicamente por los usuarios internos a la organización.

8.5 Servidor de producción: equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la red global de internet con al finalidad de que pueda ser visto por cualquier usuario desde cualquier país.

8.6 Tecnologías de la información: aquellas que utilizan en sus actividades dispositivos de cómputo y telecomunicaciones. Es una definición muy amplia pero así también es el ámbito que los equipos electrónicos digitales modernos impactan.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Información a publicar.

10.2 Documento de aprobación final.

10.1 Información a publicar.

De: **Vanessa Lizette Vizcarra Munguia** vanessa.vizcarra@salud.gob.mx
Asunto: RV: formatos web
Fecha: 27 de septiembre de 2016, 17:59
Para: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx
Cc: Joaquin Zarco Rabago joaquin.zarco@salud.gob.mx, Leticia Angelica Garcia Otamendi leticia.garcia@salud.gob.mx

Buenas tardes, Ing. Fernando Mar2nez:

En seguimiento a la pe2ción realizada el día de ayer respecto a las REUNIONES REGIONALES del PpG005

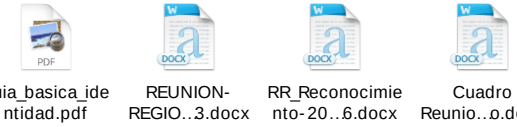
Adjunto documentos en formato Word, para su incorporación en la página web.
Sin otro par2cular, reciba un cordial saludo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA
DIRECTORA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Homero No. 213, Piso 8
Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo
México, D.F., 11570,
Dir.+(5255) 2000 3544
vanessa.vizcarra@salud.gob.mx



guia_basica_identidad.pdf | REUNION-REGIO..3.docx | RR_Reconocimiento-20..6.docx | Cuadro Reunio..o.docx

10.2 Documento de aprobación final.

De: isabel.meneses@salud.gob.mx
Asunto: Folio 16-83 formatos web
Fecha: 28 de septiembre de 2016, 17:12
Para: Vanessa Lizette Vizcarra Munguia vanessa.vizcarra@salud.gob.mx
Cc: Joaquín Zarco jzarcor@gmail.com, Ing. Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx

Estimada Dra. Vanessa Vizcarra.

En atención a la solicitud informo que ya se actualizaron los documentos en GobMx en **Reuniones Regionales, Programa Presupuestario G005**, disponible en la siguiente dirección http://www.calidad.salud.gob.mx/

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Lic. Isabel Meneses R.
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dir. de Automatización de Procesos y Soporte Técnico
e-mail: isabel.meneses@salud.gob.mx
CISCO: 59188

From: Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Sent: Wednesday, September 28, 2016 3:22 PM
To: Isabel Meneses Rodríguez
Subject: RV: formatos web

Buenas tardes, Lic. Isabel Meneses
Adjunto archivos finales de la reunión regional con el título correcto es la versión 3 enviada con antelación y respecto al cuadro de reuniones se modificó una fecha
Saludos cordiales
Dra. Vizcarra

De: Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Enviado el: martes, 27 de septiembre de 2016 05:59 p.m.
Para: Juan Fernando Martinez Resendiz <fernando.martinez@salud.gob.mx>
CC: Joaquin Zarco Rabago <joaquin.zarco@salud.gob.mx>; Leticia Angelica Garcia Otamendi <leticia.garcia@salud.gob.mx>
Asunto: RV: formatos web

Buenas tardes, Ing. Fernando Martinez:

En seguimiento a la petición realizada el día de ayer respecto a las REUNIONES REGIONALES del

25. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE DESARROLLO INFORMÁTICO

1. PROPÓSITO

1.1 Presentar los mecanismos internos de control que ayuden a gestionar los recursos informáticos de la Unidad Administrativa para el cumplimiento de los programas a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, conforme a la Normatividad vigente en materia de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Información Institucional para atender las solicitudes de necesidades informáticas de las Direcciones Generales Adjuntas de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para el cumplimiento de las actividades conferidas a cada una de ellas.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.

3.1 Las solicitudes de nuevas necesidades informáticas se realizan en la segunda quincena de marzo de cada año ante la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por escrito vía memorando, de las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa.

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, es responsable de guardar e integrar la información en el Programa Anual de Desarrollo Informático así como el Inventario de Recursos Informáticos activos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, esta información es entregada por las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa.

3.3 Los tiempos de recepción del formato se establecen por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Información Institucional.

3.4 El Departamento de Información Institucional, es responsable de procesar la información y de integrada en el formato normativamente validado por la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI), para su envío por oficio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a la DGTI.

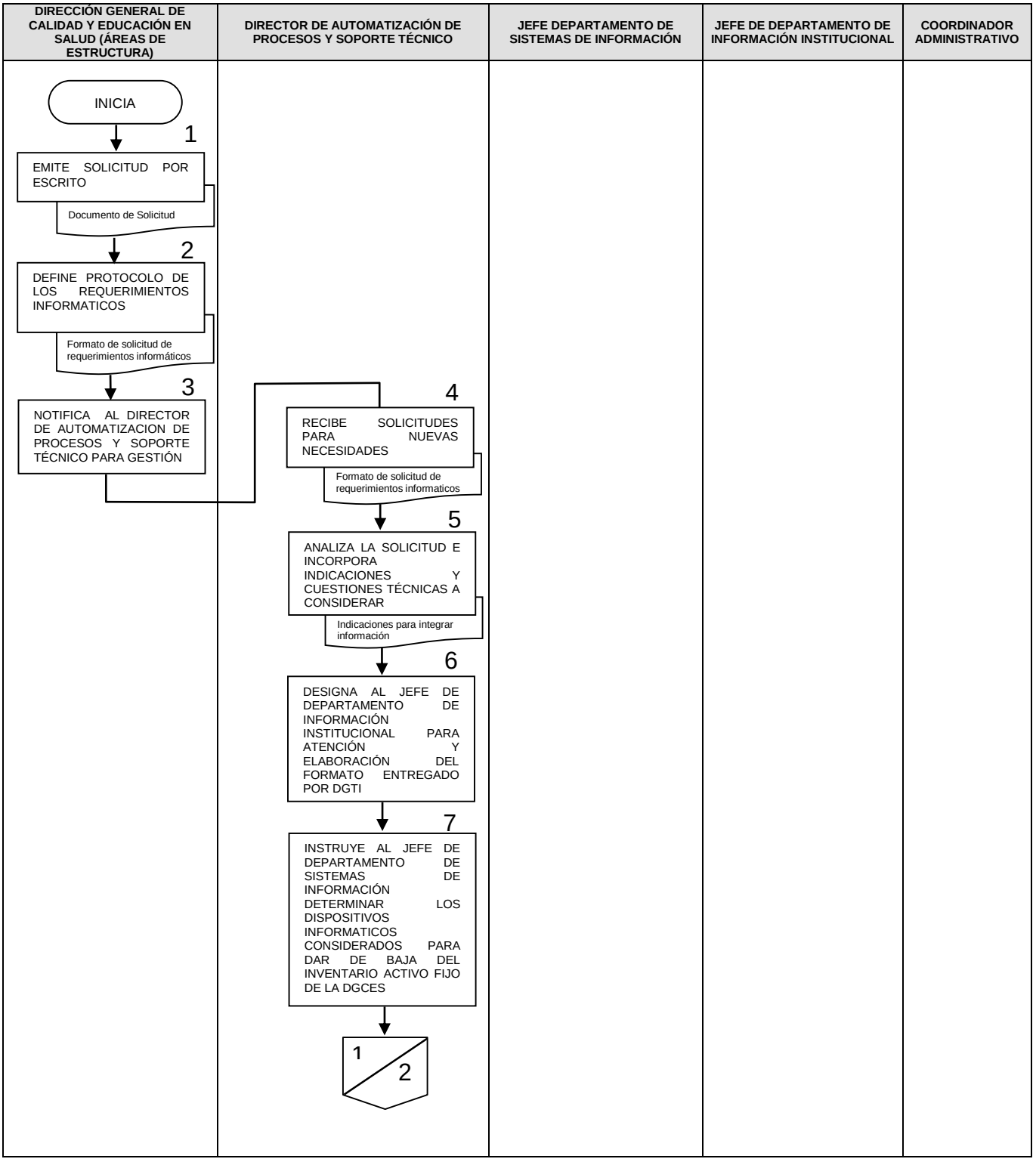
3.5 El Departamento de Sistemas de Información es el responsable de integrar, actualizar y definir el tiempo de vida útil del Inventario Activo Fijo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salu

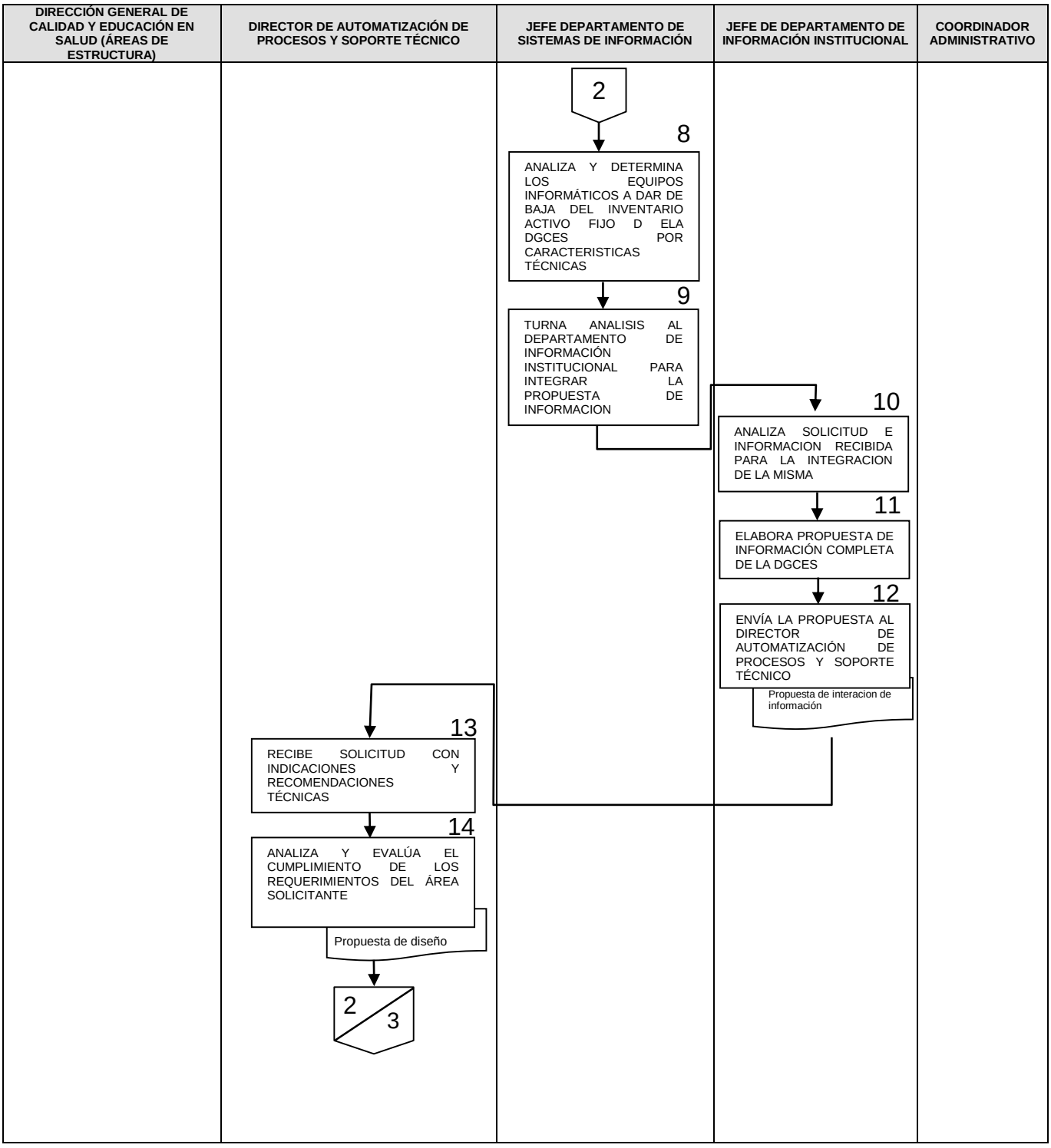
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

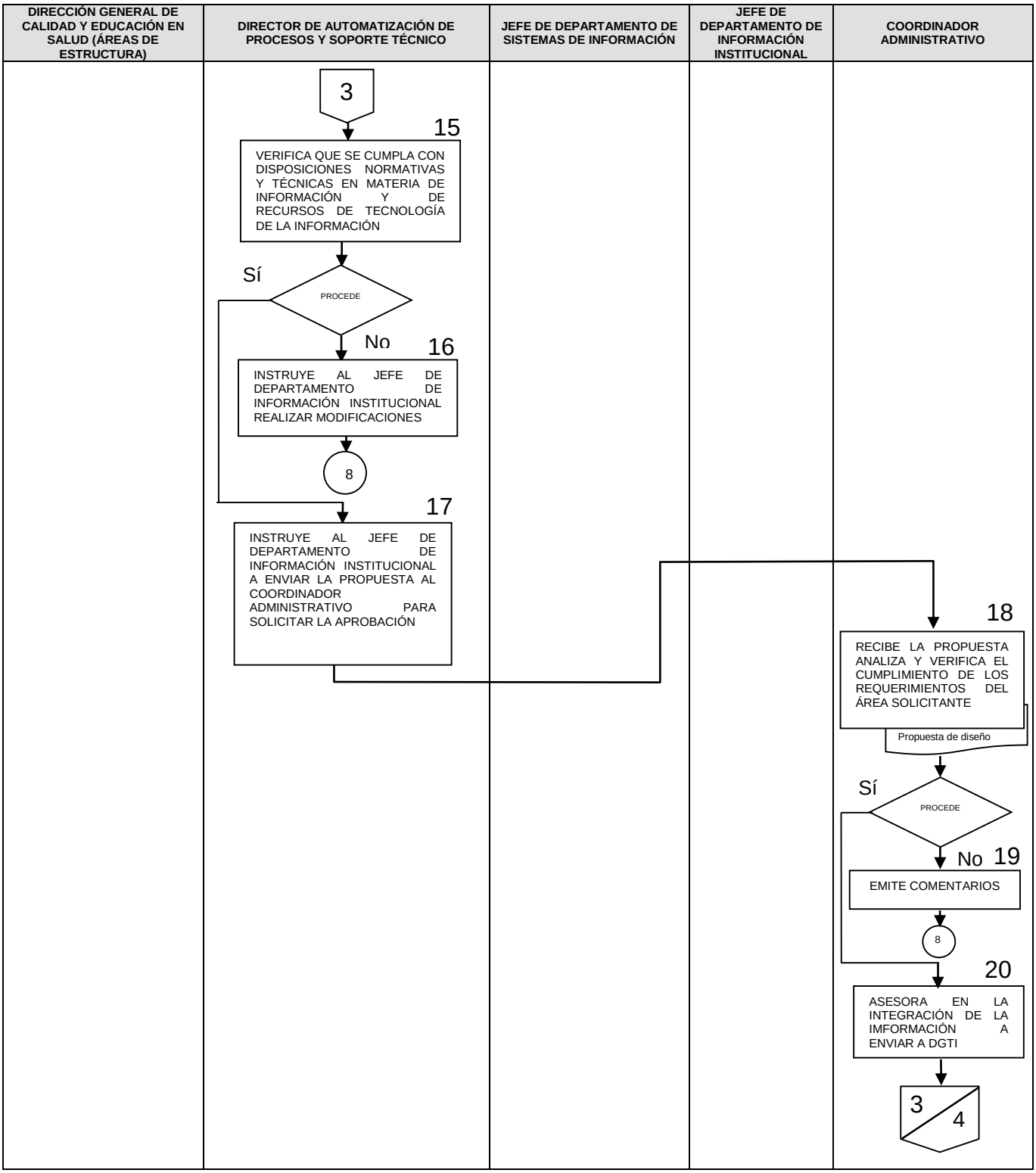
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Áreas de Estructura)	1 2 3	Emite solicitud por escrito. Define protocolo de los requerimientos informáticos para su integración. Notifica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para gestión.	• Documento de solicitud • Formato de solicitud de requerimientos informáticos
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	4 5 6 7	Recibe solicitudes para nuevas necesidades informáticas. Analiza la solicitud e incorpora indicaciones y cuestiones técnicas para considerar. Designa al Jefe de Departamento de Información Institucional para atención y elaboración del formato entregado por la DGTI. Instruye al Jefe de Departamento de Sistemas de Información determinar los dispositivos informáticos considerados para dar de baja del inventario activo fijo de la DGCES.	• Formato de solicitud de requerimientos informáticos • Indicaciones para integrar la información
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	8 9	Analiza y determina los equipos informáticos a dar de baja del Inventario Activo Fijo de la DGCES, por sus características técnicas. Turna análisis al Departamento de Información Institucional para integrar a la propuesta de información.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	10 11 12	Analiza solicitud e información recibida para la integración de la misma. Elabora propuesta de información completa de la DGCES Envía la propuesta al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.	• Propuesta de integración de información
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	13	Recibe solicitud con indicaciones y recomendaciones técnicas.	• Propuesta de integración de información

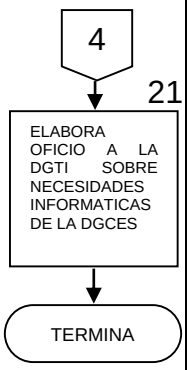
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	14	Analiza y evalúa el cumplimiento de los requerimientos del área solicitante.	
	15	Evalúa que se cumpla con disposiciones normativas y técnicas en materia de Información y de recursos de tecnología de la información. Procede:	
	16	**NO:** Instruye al Jefe de Departamento de Información Institucional realizar modificaciones, regresa a la actividad 8.	
	17	**SI:** Instruye al Jefe de Departamento de Información Institucional a enviar la propuesta a la Coordinador Administrativo para solicitar la aprobación, continúa procedimiento.	
Coordinador Administrativo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	18	Recibe la propuesta, evalúa y verifica el cumplimiento de los requerimientos del área solicitante. Procede:	• Propuesta de integración de información
	19	**NO:** Emite comentarios, regresa a la actividad 8	
	20	**SI:** Asesora en la integración de la información a enviar a DGTI, continua procedimiento	
Jefe de Departamento de Información Institucional	21	Elabora oficio dirigido a la DGTI sobre las necesidades informáticas de la DGCES. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• Formato de Programa Anual de Desarrollo Informático

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
2
8
ANALIZA Y DETERMINA LOS EQUIPOS INFORMÁTICOS A DAR DE BAJA DEL INVENTARIO ACTIVO FIJO D ELA DGCES POR CARACTERISTICAS TÉCNICAS
9
TURNA ANALISIS AL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL PARA INTEGRAR LA PROPUESTA DE INFORMACION
10
ANALIZA SOLICITUD E INFORMACION RECIBIDA PARA LA INTEGRACION DE LA MISMA
11
ELABORA PROPUESTA DE INFORMACIÓN COMPLETA DE LA DGCES
12
ENVÍA LA PROPUESTA AL DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
Propuesta de interacion de información
13
RECIBE SOLICITUD CON INDICACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS
14
ANALIZA Y EVALÚA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL ÁREA SOLICITANTE
Propuesta de diseño
2
3


DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
3
15
VERIFICA QUE SE CUMPLA CON DISPOSICIONES NORMATIVAS Y TÉCNICAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DE RECURSOS DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN
Sí
PROCEDE
No
16
INSTRUYE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL REALIZAR MODIFICACIONES
8
17
INSTRUYE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL A ENVIAR LA PROPUESTA AL COORDINADOR ADMINISTRATIVO PARA SOLICITAR LA APROBACIÓN
18
RECIBE LA PROPUESTA ANALIZA Y VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL ÁREA SOLICITANTE
Propuesta de diseño
Sí
PROCEDE
No
19
EMITE COMENTARIOS
8
20
ASESORA EN LA INTEGRACIÓN DE LA IMFORMACIÓN A ENVIAR A DGTI
3
4

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento Solicitud	1 año	Departamento de Información Institucional	N/A
7.2 Información a publicar	1 año	Departamento de Información Institucional	N/A
7.3 Documento de aprobación final	1 año	Departamento de Información Institucional	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

8.2 DGTI: Dirección General de Tecnologías de la Información.

8.3 Formato de solicitud de requerimientos informáticos: formato elaborado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para facilitar a la integración de las necesidades Informáticas de la DGCES.

8.4 Necesidades Informáticas: Son herramientas informáticas llámese equipo de cómputo, impresoras, escáner, retroproyectores multimedia, que ayudan al cumplimiento de los procesos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en tiempo y forma.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de solicitud de requerimientos informáticos.

10.2 Propuesta de Integración de información

10.1 Formato de solicitud de requerimientos informáticos.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

PROGRAMA ANUAL DE DESARROLLO INFORMÁTICO (2015-2018)

DIRECCIÓN / ÁREA SOLICITANTE	NOMBRE DEL SOLICITANTE

HARDWARE	JUSTIFICACIÓN

	Nombre	Cargo	Firma	Fecha dd / mm / aa
Autoriza Área Solicitante				
Vo. Bo. DAPST				

10.2 Propuesta de Integración de información

DIRECCIÓN/DEL ÁREA	RENTA		DGCES				TOTAL	IMPRESORAS									TOTAL
	PC'S	LAPTOP'S	PC'S			LAPTOP'S		RENTA				DGCES					
	ALTO RENDIMIENTO	ALTO RENDIMIENTO	ALTO RENDIMIENTO	MEDIANO RENDIMIENTO	MEDIANO RENDIMIENTO	BAJO RENDIMIENTO		LASER				LASER			INYECCIÓN DE TINTA	MATRIZ DE PUNTOS	
								ALTO RENDIMIENTO	PERSONALES Y MEDIANO RENDIMIENTO	LASER COLOR	MULTIFUNCIONALES	MEDIANO RENDIMIENTO	BAJO RENDIMIENTO	LASER COLOR			
DIRECCIÓN GENERAL	7	1		2	1		11				1				2		3
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD	3	2		1			6	1	1		1						3
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD	2	2		1			5				1				1		2
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ACREDITACIÓN	3	1	3				7	1	2								3
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD	41	1	15	23	1		81	6	1		1	2	13		1	4	28
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	12	-	5	8			25	4	1		1		2				8
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	12	1		3			16	1	1		1				1	1	5
DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA	11	1		2			14	1	1		1		1				4
DIRECCIÓN DE MEJORA DE PROCESOS	20	2	6	9			37	2	2		1				2		7
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	19	1	5	8			33	1							2		3
DIRECCIÓN DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	34	5		2	3	6	50	2	1	4	1		5	1			14
DIRECCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	10	1	2	3			16	1									1
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	25	1	7	4	3		40	3			1		8				12
TOTAL	199	19	43	66	8	6	341	23	10	4	10	2	29	1	9	5	93

26. PROCEDIMIENTO PARA LA DESTITUCIÓN DE ATRIBUCIONES DEL PERSONAL PARA EL ACCESO A LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Restringir los accesos y las asignaciones de los dispositivos informáticos en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para los usuarios que concluyen su relación laboral con la Unidad Administrativa.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Sistemas de Información para atender la cancelación y la asignación de los servicios de TIC's de las Direcciones Generales Adjuntas de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para salvaguardar la integridad, disponibilidad y seguridad de la información.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de canalizar las solicitudes de destitución de atribuciones informáticas para acceso a dispositivos informáticos o de comunicaciones que se efectúan cuando el personal laboral de las diferentes áreas que integran la DGCES termina su relación laboral en la Unidad Administrativa.

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Sistemas de Información, son responsables de determinar los tiempos de ejecución para dar respuesta a las solicitudes de destitución de atribuciones informáticas.

3.3 El Departamento de Sistemas de Información es responsable de procesar y preparar respuesta escrita de la ejecución al área solicitante, la cual se lleva a cabo mediante un memorando o correo electrónico.

3.4 El Departamento de Sistemas de Información es responsable de llevar a cabo la destitución de atribuciones informáticas y notificar a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico así como de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud los reportes correspondientes con la información del personal y atribuciones informáticas que le fueron destituidas.

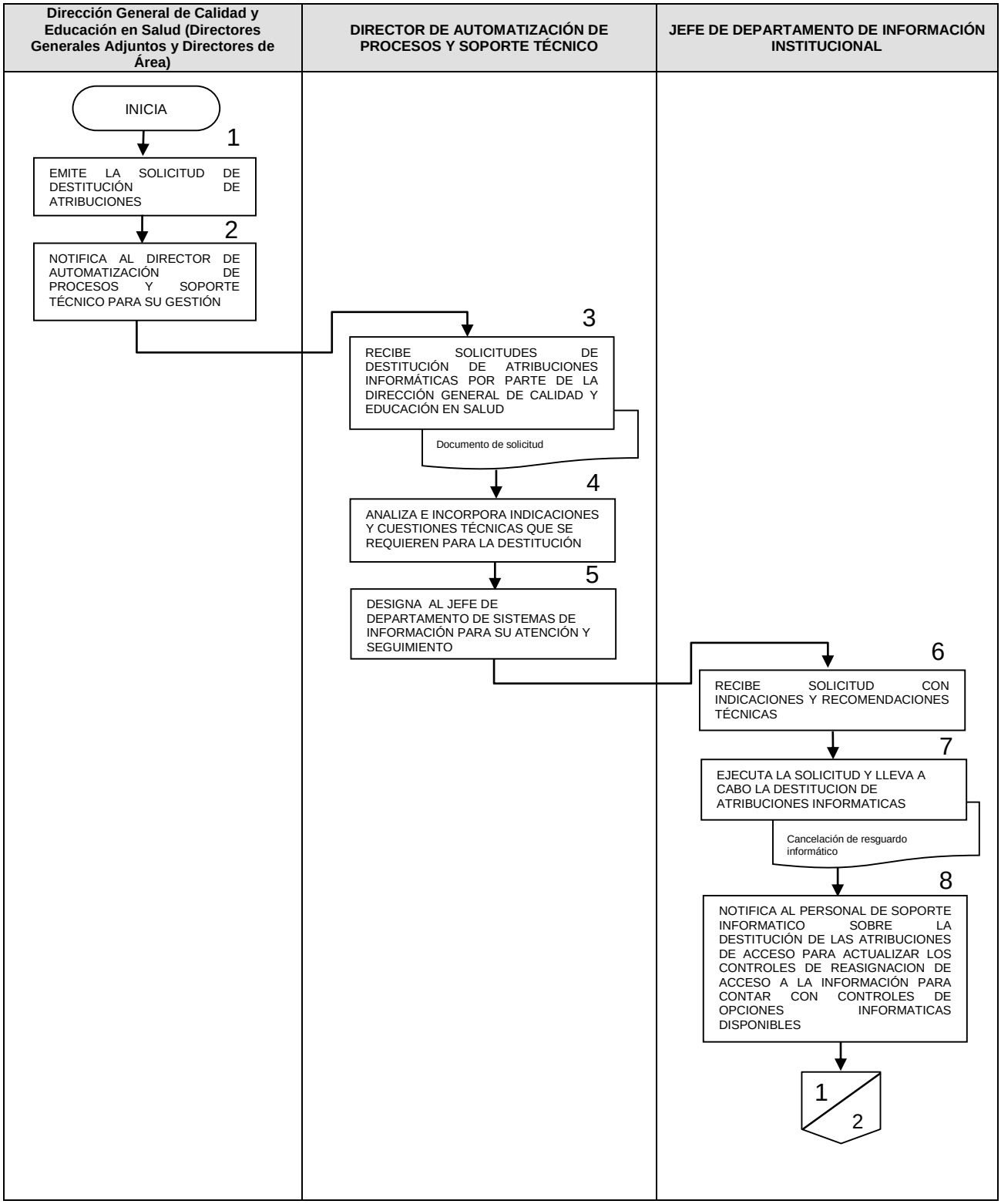
3.5 Las Direcciones de Área que forman parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud son responsables de elaborar y enviar su solicitud de destitución de atribuciones informáticas.

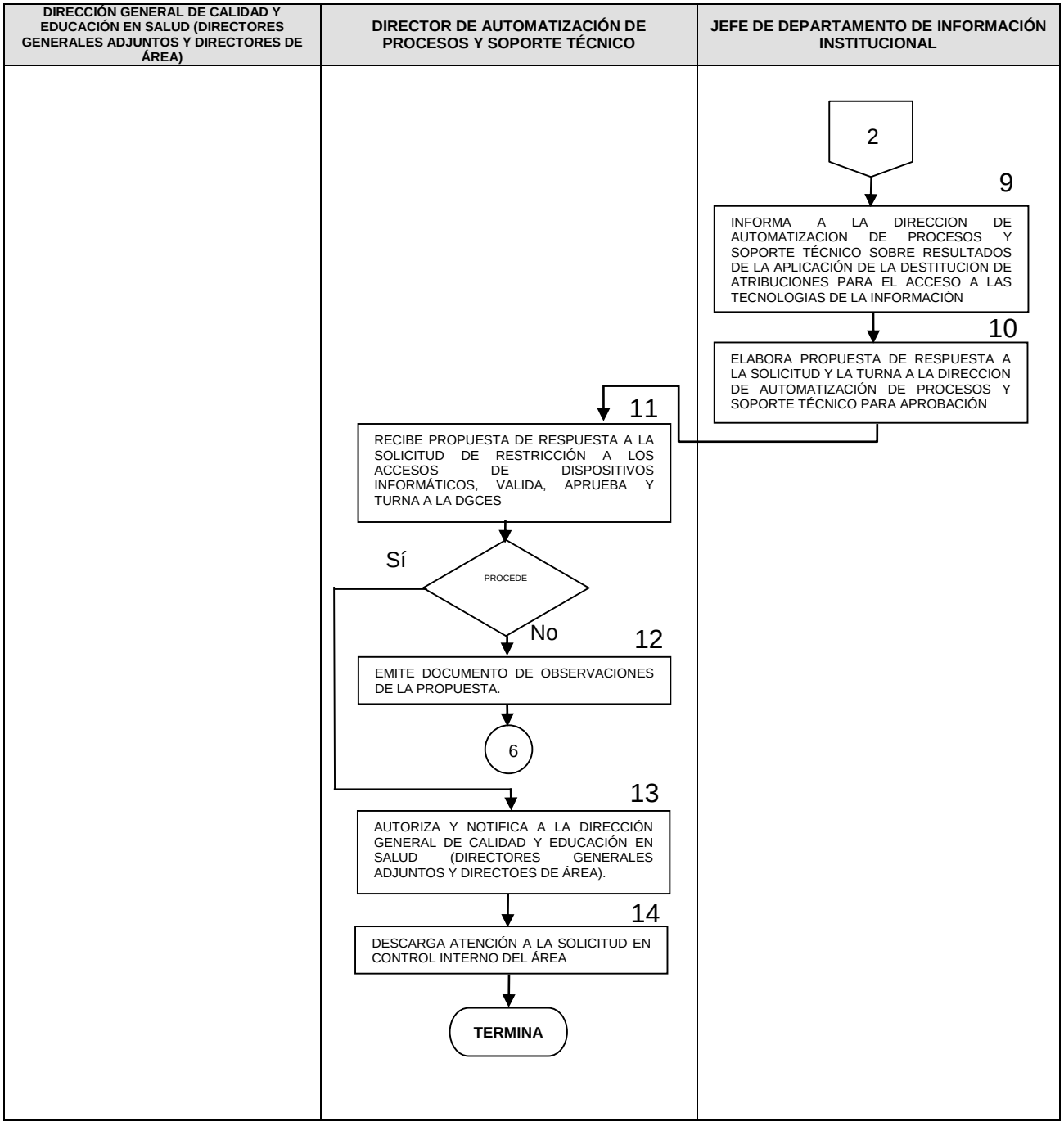
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)	1	Emite la solicitud de destitución de Atribuciones por escrito.	
	2	Notifica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para su gestión	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	3	Recibe solicitudes de destitución de atribuciones informáticas por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	• Documento de solicitud
	4	Analiza e Incorpora indicaciones y cuestiones técnicas que se requieren para la destitución.	
	5	Designa al Jefe de Departamento de Sistemas de Información para su atención y seguimiento.	
Jefe de Departamento de Sistemas de Información	6	Recibe solicitud con indicaciones y recomendaciones técnicas.	• Cancelación de resguardo informático
	7	Ejecuta la solicitud y lleva a cabo la destitución de atribuciones informáticas.	
	8	Notifica al personal de soporte informático sobre la destitución de las atribuciones de acceso para que actualicen los controles de reasignación de acceso a la información para contar con controles de opciones informáticas disponibles.	
	9	Informa a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico sobre resultados de la aplicación de la destitución de atribuciones para el acceso a las Tecnologías de la Información.	
	10	Elabora propuesta de respuesta a la solicitud y la turna a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para aprobación	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	11	Recibe y evalúa propuesta de respuesta a la solicitud de restricción a los accesos de	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		dispositivos informáticos. Procede:	
	12	**No**: Emite documento de observaciones de la propuesta, regresa a la actividad 6.	
	13	**Sí**: Autoriza y notifica a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área), continua procedimiento.	
	14	Descarga atención a la solicitud en control interno del área. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
2
9
INFORMA A LA DIRECCION DE AUTOMATIZACION DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO SOBRE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA DESTITUCION DE ATRIBUCIONES PARA EL ACCESO A LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN
10
ELABORA PROPUESTA DE RESPUESTA A LA SOLICITUD Y LA TURNA A LA DIRECCION DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO PARA APROBACIÓN
11
RECIBE PROPUESTA DE RESPUESTA A LA SOLICITUD DE RESTRICCIÓN A LOS ACCESOS DE DISPOSITIVOS INFORMÁTICOS, VALIDA, APRUEBA Y TURNA A LA DGCES
Sí
PROCEDE
No
12
EMITE DOCUMENTO DE OBSERVACIONES DE LA PROPUESTA.
6
13
AUTORIZA Y NOTIFICA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTOES DE ÁREA).
14
DESCARGA ATENCIÓN A LA SOLICITUD EN CONTROL INTERNO DEL ÁREA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento Solicitud	1 año	Departamento de Información Institucional	N/A
7.2 Reporte de ejecución de solicitud	1 año	Departamento de Información Institucional	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

8.2 DGTI: Dirección General de Tecnologías de la Información.

8.3 Formato de solicitud de requerimientos informáticos: formato elaborado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para facilitar a la integración de las necesidades Informáticas de la DGCES.

8.4 Necesidades Informáticas: Son herramientas informáticas llámese equipo de cómputo, impresoras, escáner, retroproyectores multimedia, que ayudan al cumplimiento de los procesos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en tiempo y forma.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cancelación de resguardo informático

10.1 Cancelación de resguardo informático

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico
Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico

CANCELACIÓN DE RESGUARDO INFORMÁTICO

México D.F., a 05de abril de 2017

JOSE MIGUEL RAMIREZ MORALES
INVENTARIOS
P R E S E N T E

Por este medio se hace la cancelación del resguardo de los bienes informáticos asignados a Usted, como se describe a continuación:

DISPOSITIVO	MARCA	NO DE SERIE	SI	NO
EQUIPO DE ESCRITORIO	LENOVO	MJ01T5UE		
MONITOR	LENOVO	V5602938		
NOBREAK	TRIPP-LITE	2113AD0OM800303360		

RESPALDO DE INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
SI	
NO	

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo

ENTREGA	DE CONFORMIDAD
ING. JUAN FERNANDO MARTÍNEZ RESENDIZ SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO	USUARIO NOMBRE, FIRMA Y FECHA

27. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LICENCIAS DE SOFTWARE

1. PROPÓSITO

1.1 Administrar y resguardar el Software Licenciado propiedad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para su uso en cumplimiento a los procesos, las funciones y atribuciones de la DGCES, así como al control de software en las computadoras en arrendamiento y propiedad Federal, para atender instalaciones ilegales o inapropiadas en dichas computadoras.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y la intervención del Departamento de Información Institucional para atender las solicitudes de las áreas que integran a la DGCES: Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico es responsable de atender las solicitudes de instalación o desinstalación de software con licencia o de libre distribución por medio escrito (memorando) o electrónico (e-mail), de las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa.

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico en coordinación con la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Información Institucional son responsables de determinar los tiempos de instalación o desinstalación de software, los cuales dependen del tipo de software a instalar o la disponibilidad de la licencia del mismo.

3.3 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Información Institucional son responsables de realizar una verificación de la existencia del Software solicitado y de su tipo de Licenciamiento, antes de realizar la instalación del Software solicitado.

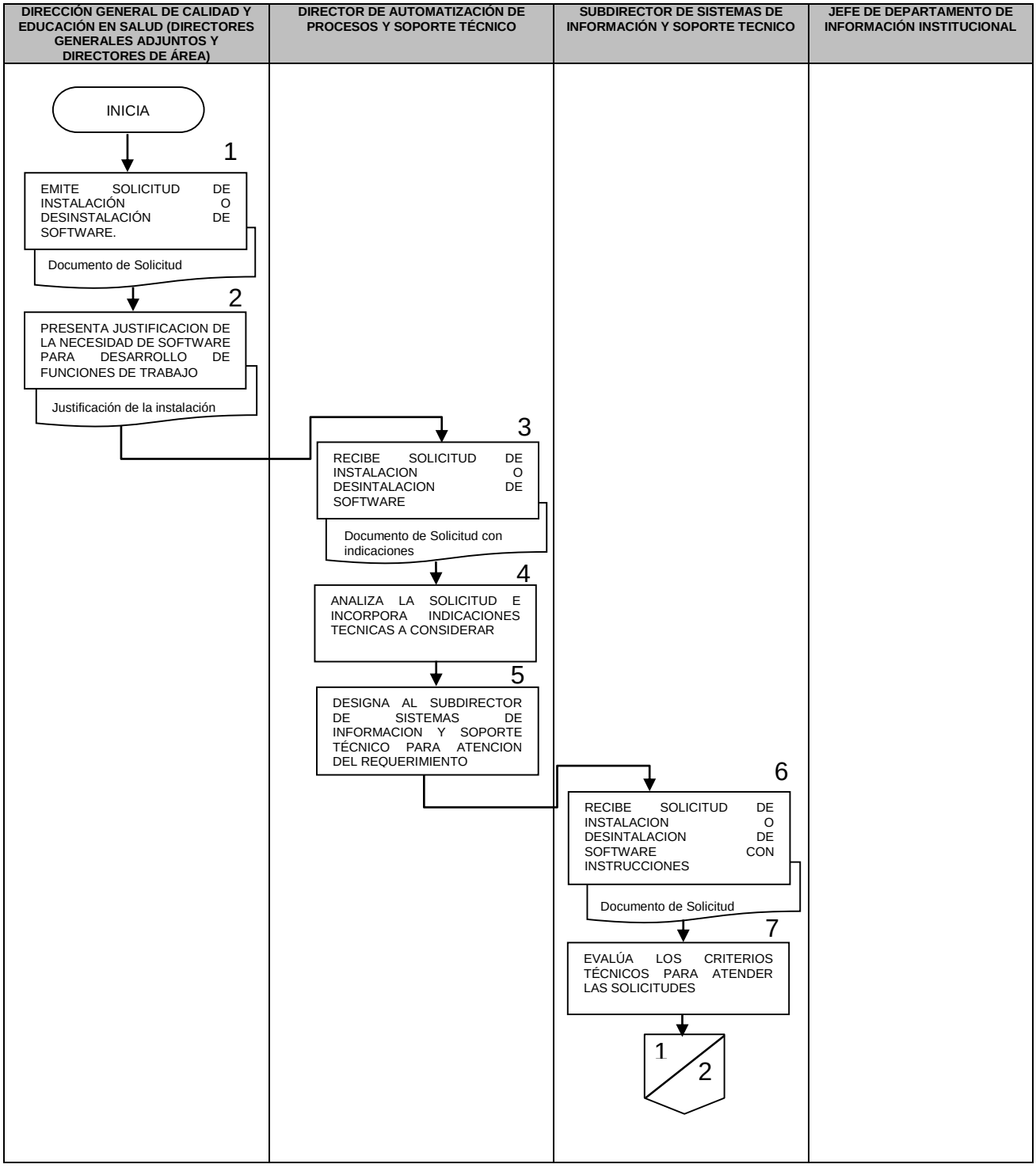
3.4 Las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y la Coordinación Administrativa son responsables de no realizar la instalación de Software ilegal en los equipos de cómputo responsabilidad y/o propiedad de la DGCES.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

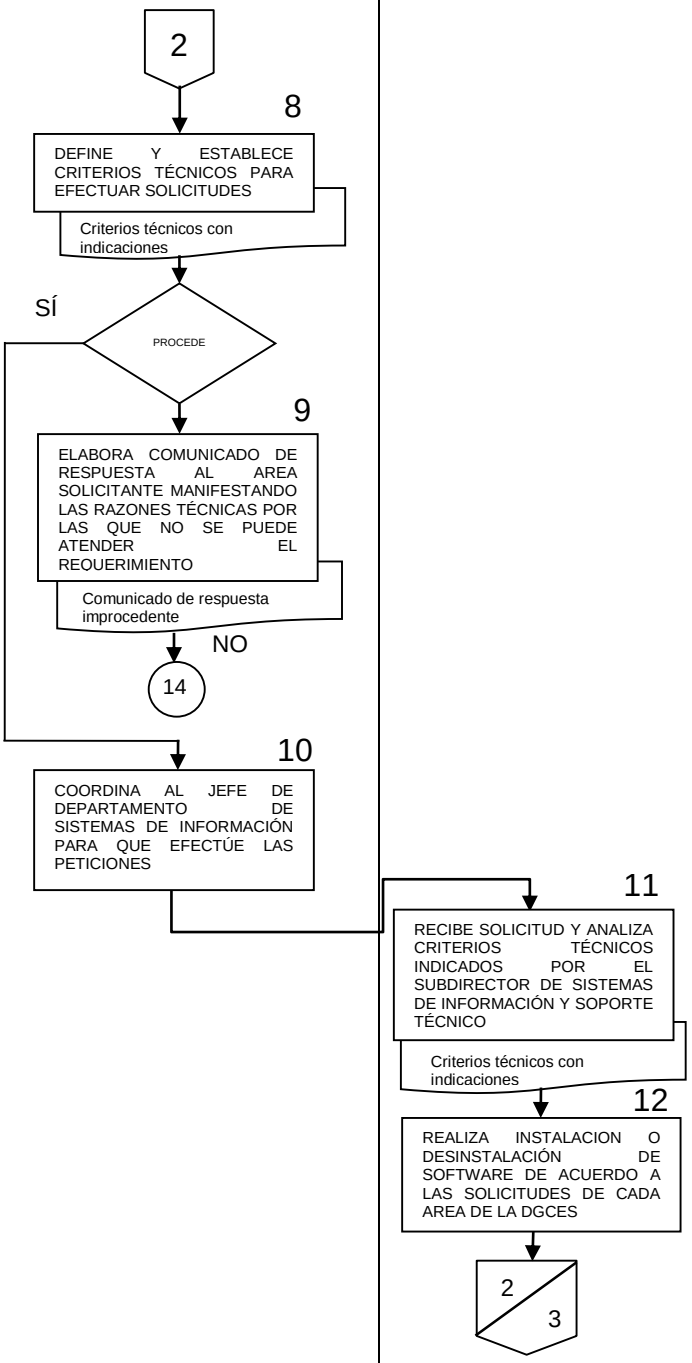
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Directores Generales Adjuntos y Directores de Área)	1	Emite solicitud de instalación o desinstalación de software por escrito, memorándum o e-mail al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	• Documento de solicitud
	2	Presenta justificación de la necesidad de Software para desarrollo de funciones o procesos de trabajo.	• Justificación de la instalación
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	3	Recibe solicitud de instalación o desinstalación de software.	• Documento de solicitud con indicaciones
	4	Analiza la solicitud e incorpora indicaciones y cuestiones técnicas a considerar conforme a solicitud.	
	5	Designa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para atención del requerimiento de instalación o desinstalación.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	6	Recibe solicitud de instalación o desinstalación con instrucciones por parte del Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.	• Documento de solicitud
	7	Evalúa los criterios técnicos para atender las solicitudes.	
	8	Define y establece los criterios técnicos a considerar para efectuar las solicitudes. Procede :	• Criterios técnicos con indicaciones
	9	**No:** Elabora comunicado de respuesta al área solicitante donde manifiesta las razones técnicas por las que no se puede atender el requerimiento de software de la solitud, regresa a la Actividad 14.	• Comunicado de respuesta improcedente
	10	**Si:** Coordina al Jefe de Departamento de Sistemas de Información para que efectúe las peticiones de instalación o desinstalación, continúa Procedimiento.	

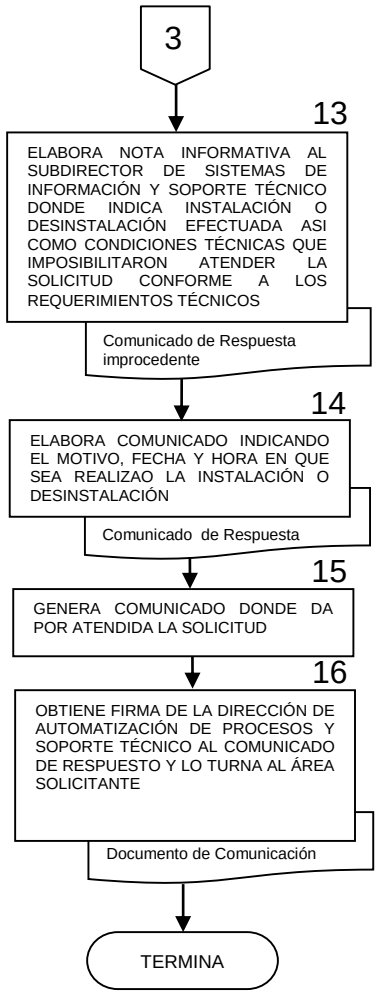
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Información Institucional	11	Recibe solicitud y analiza los criterios técnicos indicados el Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico.	• Criterios técnicos con indicaciones
	12	Realiza la instalación o desinstalación de software de acuerdo a las solicitudes de cada área que conforman la DGCES.	• Comunicado de respuesta improcedente
	13	Elabora nota informativa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico donde indica instalación o desinstalación efectuada así como condiciones técnicas que imposibilitaron atender la solicitud conforme a los requerimientos técnicos	• Comunicado de solicitud atendida
	14	Elabora comunicado indicando el motivo, fecha y hora en que se realizó la instalación o desinstalación.	
	15	Genera comunicado donde da por atendida la solicitud.	
	16	Integra comunicado de respuesta con firma del Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico lo turna al área solicitante. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)	DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO	JEFE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento Solicitud	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.2 Criterios Técnicos para la instalación o desinstalación de software	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.3 Comunicado de atención de solicitud	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instalación de Software: colocación de algún software o aplicación a un dispositivo o computadora.
8.2 Software: Conjunto de programas, instrucciones y reglas informáticas que permiten ejecutar distintas tareas en una computadora.
8.3 Software de libre distribución: La libertad de usar el programa, con cualquier propósito.
8.4 Software licenciado: Es un instrumento legal que gobierna el uso o redistribución del software.
Un software tiene protección tanto su código fuente como su forma de código objeto.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Documentos de solicitud

10.1 Documentos de solicitud

Anita Copia 1/Fenecido

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

2017. Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

DGCES-DG-CA-MEMO- **01791**-2017

Ciudad de México, a 07 de junio de 2017.

Para: ING. JOAQUÍN ZARCO RABAGO
DIRECCIÓN DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO

De: C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DGCES

Por este conducto y en concordancia con el proceso para el uso y adquisición de software en la Secretaría de Salud, me permito solicitar su amable apoyo e intervención a efecto de que nos pueda localizar software que permita la edición de archivos PDF, particularmente que incluya herramientas para: a) quitar o censurar imágenes y texto confidenciales que sean visibles en un PDF, b) añadir cajas de texto y notas, c) insertar, mover o quitar páginas y, d) entre otras actividades se requiere esporádicamente realizar la conversión de un documento PDF a documentos MS-Word, MS-Excel o MS-PowerPoint. Cabe mencionar que al momento se identifica el software comercial Adobe Acrobat Pro DC.

El uso de este software facilita la tarea de testar y elaborar versiones públicas de documentos para el cumplimiento de lo que señala el artículo 106 de la *Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública* y los *Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas*.

Se requieren de al menos seis licencias, entre los usuarios identificados se encuentran: Enlace de Transparencia, Dirección de Educación en Salud, la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y esta Coordinación Administrativa.

Sin otro particular le envío, un saludo.

Atentamente

EOY/jcla

28. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS (ENARM)

1. PROPÓSITO

1.1 Proporcionar la asistencia operativa, técnica y administrativa inherente a los servicios de Tecnologías de las Información implicados con las gestiones de la Ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y la intervención del Departamento de Información Institucional para atender las solicitudes de refuerzo y asistencia de los servicios de tecnologías de la información implicados con las gestiones administrativas y operativas de la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico es responsable de atender y de dilucidar sobre las solicitudes de refuerzo y asistencia sobre los servicios de tecnologías de la información implicados con las gestiones administrativas y operativas de la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico en coordinación con la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Información Institucional son responsables de determinar el tipo de apoyos técnicos, operativos y administrativos de los servicios de tecnologías de la información implicados con la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

3.3 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Información Institucional son responsables de efectuar los apoyos técnicos, operativos y administrativos de los servicios de tecnologías de la información implicados con la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

3.4 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico en coordinación con la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Información Institucional es responsable de discernir sobre la liberación del pago a conformidad total, parcial o de la ejecución de la fianza por incumplimiento al(los) proveedor(es) de acuerdos con el grado de cumplimiento de las condiciones del Anexo Técnico valoradas en: tiempo, calidad, cantidad, oportunidad y costo de los servicios prestados en el rubro de los servicios de tecnologías de la información implicados en la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	1	Recibe del Coordinador Administrativo de la DGCES solicitud para la generación y presentación del Anexo Técnico de los servicios de infraestructura tecnológica para la realización del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) para ser considerados en las bases de contratación de servicios correspondiente.	• Solicitud con consideraciones técnicas
	2	Analiza la solicitud, incluye consideraciones o recomendaciones y designa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para su atención.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	3	Recibe solicitud con consideraciones o recomendaciones	• Solicitud con indicaciones
	4	Evalúa la solicitud e incorpora indicaciones de tipo técnico y normativo a considerar para atender la solicitud.	
	5	Coordina al Jefe de Departamento de Información Institucional para la atención en tiempo y forma de la solicitud.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	6	Recibe solicitud con indicaciones a considerar de tipo técnico y normativo.	• Solicitud con indicaciones
	7	Verifica los criterios normativos y reglamentarios de la materia de la solicitud.	
	8	Realiza gestiones para la investigación de mercado necesarias en la integración de Anexo Técnico.	
	9	Genera Propuesta de Anexo Técnico de los servicios de infraestructura de información para la realización del ENARM.	
	10	Turna al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico la propuesta de Anexo Técnico de los servicios de infraestructura de información para la realización del ENARM para aprobación.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	11	Recibe propuesta de Anexo Técnico de los servicios de infraestructura tecnológica para la realización del ENARM.	
	12	Evalúa propuesta de Anexo Técnico de los servicios de infraestructura de información para la realización del ENARM. Procede :	
	13	**No:** Emite observaciones a la propuesta de Anexo Técnico, regresa a la actividad 6.	
	14	**Si:** Envía Anexo Técnico aprobado al Jefe de Departamento de Información Institucional, continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	15	Recibe Anexo Técnico. de los servicios de infraestructura de información para la realización del ENARM aprobado.	• Oficio y justificación de dictamen técnico • Anexo técnico
	16	Elabora oficio y justificación de solicitud de dictamen técnico para contratación de servicios de infraestructura de información.	
	17	Obtiene para el oficio antefirma del Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico y firma autógrafa del Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.	
	18	Turna al Director General de Tecnologías de la Información oficio de solicitud con justificación de Dictamen Técnico.	
	19	Espera respuesta del Director General de Tecnologías de la Información a solicitud de dictamen técnico.	
	20	Recibe del Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico resultados a la solicitud de dictamen técnico ante la Dirección General de Tecnologías de la Información.	
	21	Elabora oficio al Coordinador Administrativo de la DGCES donde informa sobre dictamen técnico favorable.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	22	Obtiene para el oficio antefirma del Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico y firma autógrafa del Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	
	23	Turna oficio a la Coordinación Administrativa de la DGCES con anexo técnico dictaminado.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	24	Recibe de la Coordinador Administrativo de la DGCES solicitud para participar en la etapa de evaluación técnica de la contratación de servicios de infraestructura de información para la realización del ENARM.	• Solicitud de participación en evaluación técnica • Bases de licitación
	25	Agenda fecha de la celebración de la evaluación técnica.	• Solicitud de verificación técnica de cumplimiento de contrato de servicios
	26	Instruye al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico y al Jefe de Departamento de Información Institucional sobre su coparticipación en la evaluación técnica y de la generación de la información pertinente conforme a las reglamentaciones para realizar la evaluación técnica.	
	27	Participa en la evaluación técnica para contratación de servicios de infraestructura de información para el ENARM.	
	28	Apoya en la integración de cuadro comparativo de las ofertas.	
	29	Analiza que técnicamente cada oferta cumpla con las condiciones del anexo técnico así como con los montos máximos y mínimos solicitados.	
	30	Contribuye en la identificación y causales de la descalificación de los ofertantes que no cumplen técnicamente.	
	31	Participa en la determinación del Fallo al ganador del contrato de servicios de infraestructura de información para el ENARM.	

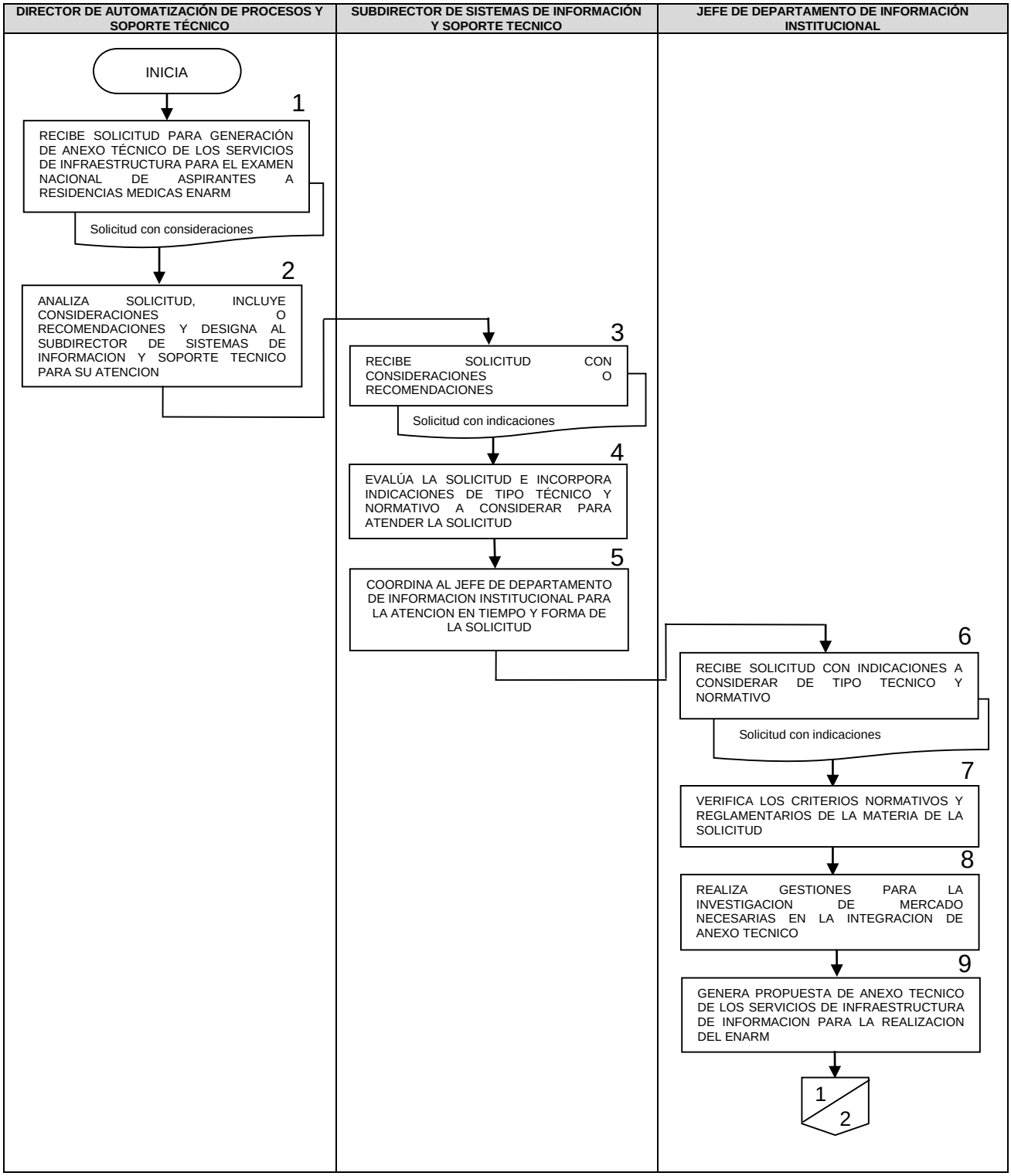
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	32	Resguarda la información técnica y condiciones de prestación de servicios del ofertante con fallo ganador.	
	33	Recibe del Coordinador Administrativo de la DGCES solicitud para participar y apoye en la ejecución del ENARM a fin de que verifique el cumplimiento técnico, operativo y humano de los servicios de infraestructura de información contratados para la realización del ENARM.	
	34	Conduce al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico y al Jefe de Departamento de Información Institucional sobre su coparticipación en las actividades de verificación de cumplimiento de prestación de servicios de infraestructura de información para el ENARM.	
	35	Instruye al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico sobre la integración de un Programa de Trabajo para la realización de las actividades de verificación técnica para el cumplimiento de servicios de infraestructura de información para el ENARM contratados en sus distintas sedes.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	36	Genera conforme al Anexo Técnico de las bases de licitación para los servicios de infraestructura tecnológica para el ENARM un reporte de check-list de servicios proporcionados como factores contingentes.	• Propuesta de Programa de Trabajo
	37	Integra un programa de trabajo para la realización de las actividades de verificación de cumplimiento de servicios de infraestructura de información para el ENARM contratados en sus distintas sedes.	
	38	Propone al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico el programa de trabajo con cuadros de check-list a verificar en las sedes de ejecución del ENARM para aprobación.	

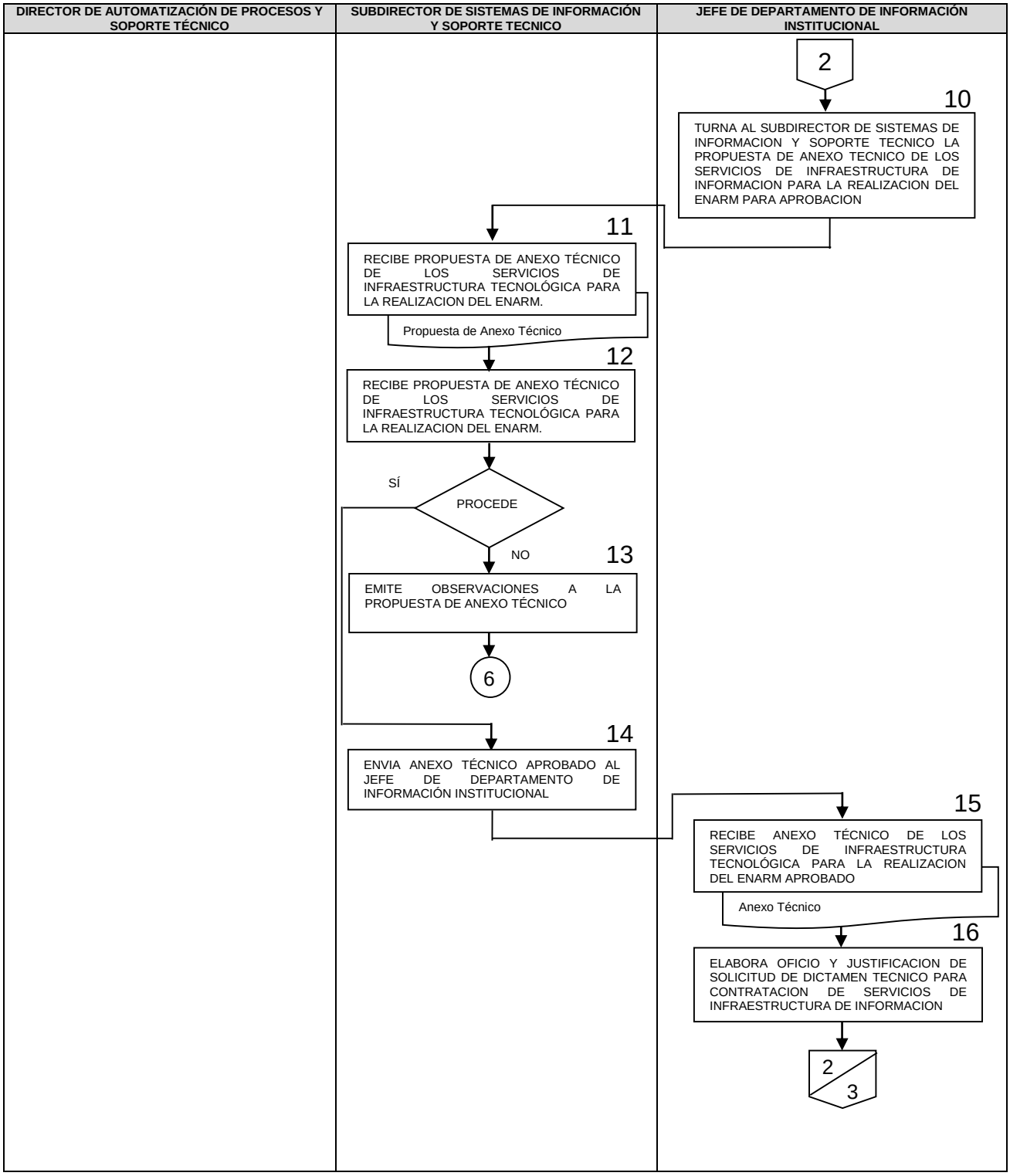
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	39	Recibe programa de trabajo con cuadros de check-list a verificar en las sedes de ejecución del ENARM.	• Programa de Trabajo • Oficio de comisión oficial • Informe de resultados de cumplimiento en sedes de servicios contratados para la ejecución del ENARM • Informe de resultados de cumplimiento de servicios contratados para la ejecución del ENARM
	40	Analiza programa de trabajo.	
		Procede :	
	41	**No:** Emite cambios o recomendaciones e instruye sobre la realización de adecuaciones, regresa a la actividad 36.	
	42	**Si**: Autoriza el programa de trabajo, continúa procedimiento.	
	43	Instruye al Coordinador Administrativo de la DGCES sobre la autorización de viáticos y pasajes del personal del área que será comisionada para verificar el cumplimiento de los servicios de infraestructura tecnológica contratados para el ENARM.	
	44	Notifica al personal de su área a través de oficio de comisión oficial sobre su coparticipación en las actividades del trabajo de verificación de cumplimiento de los servicios de infraestructura de información contratados para el ENARM.	
	45	Coordina reunión de trabajo donde da a conocer al personal de su área el programa de trabajo y de las actividades a desempeñar en la ejecución del ENARM, así como de generar reportes de resultados de incumplimientos o de fallas acontecidas en las sedes durante la ejecución del ENARM.	
	46	Participa con el personal de su área en la verificación de cumplimiento de infraestructura tecnológica contratada para el ENARM en sus distintas sedes.	

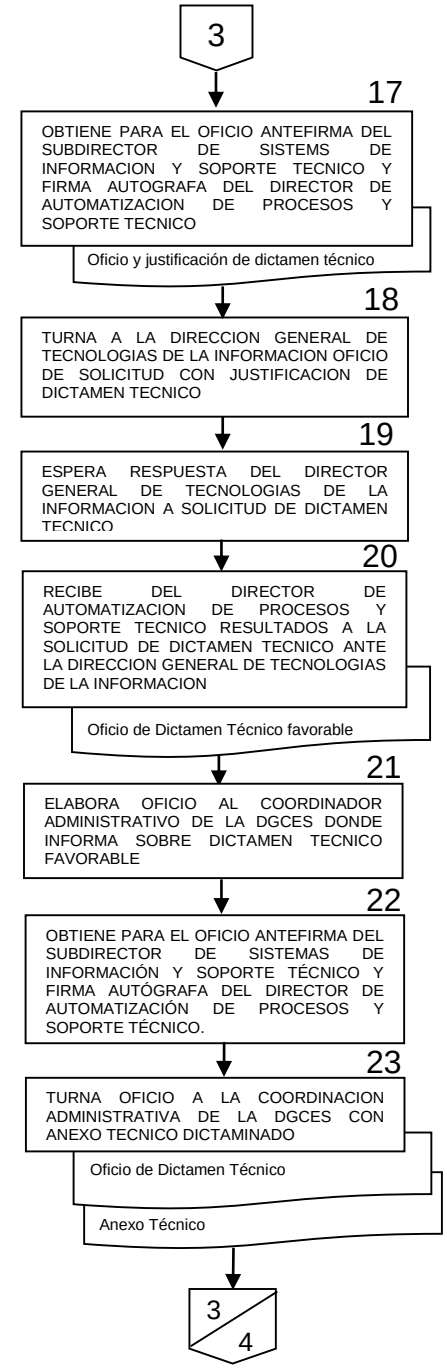
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	47	Recibe los servidores, los equipos de cómputo y de mas enseres de infraestructura de tecnológica para le ejecución del ENARM, verifica el correcto estado físico de los mismos y que éstos sean iguales a los solicitados u ofertados por el proveedor adjudicado. También comprueba y confirma la correcta operación de los equipos.	
	48	Participa en la Prueba Piloto y advierte sobre anomalías y de los puntos técnicos a cuidar.	
	49	Instala en los servidores de las distintas sedes la aplicación informática del ENARM en su primera y segunda etapa, que contiene los reactivos del examen, mismas que son proporcionados por la compañía de seguridad contratada.	
	50	Brinda apoyo técnico, conforme al caso, en el registro de los aspirantes.	
	51	Verifica la correcta emisión impresa del reporte estadístico de resultados.	
	52	Proporciona apoyo técnico menor que coadyuve a la correcta ejecución del ENARM.	
	53	Respalda en medios ópticos las respuestas de los sustentantes de la primera etapa, de la segunda etapa del examen y de los resultados finales, hecho del que los notarios públicos contratados dan fe y legalidad.	
	54	Entrega a la empresa de seguridad el respaldo de los medios ópticos de las respuestas de los sustentantes de la primera etapa, de la segunda etapa con los resultados finales así como de los discos duros de los servidores cuando ha concluido la segunda etapa del examen.	

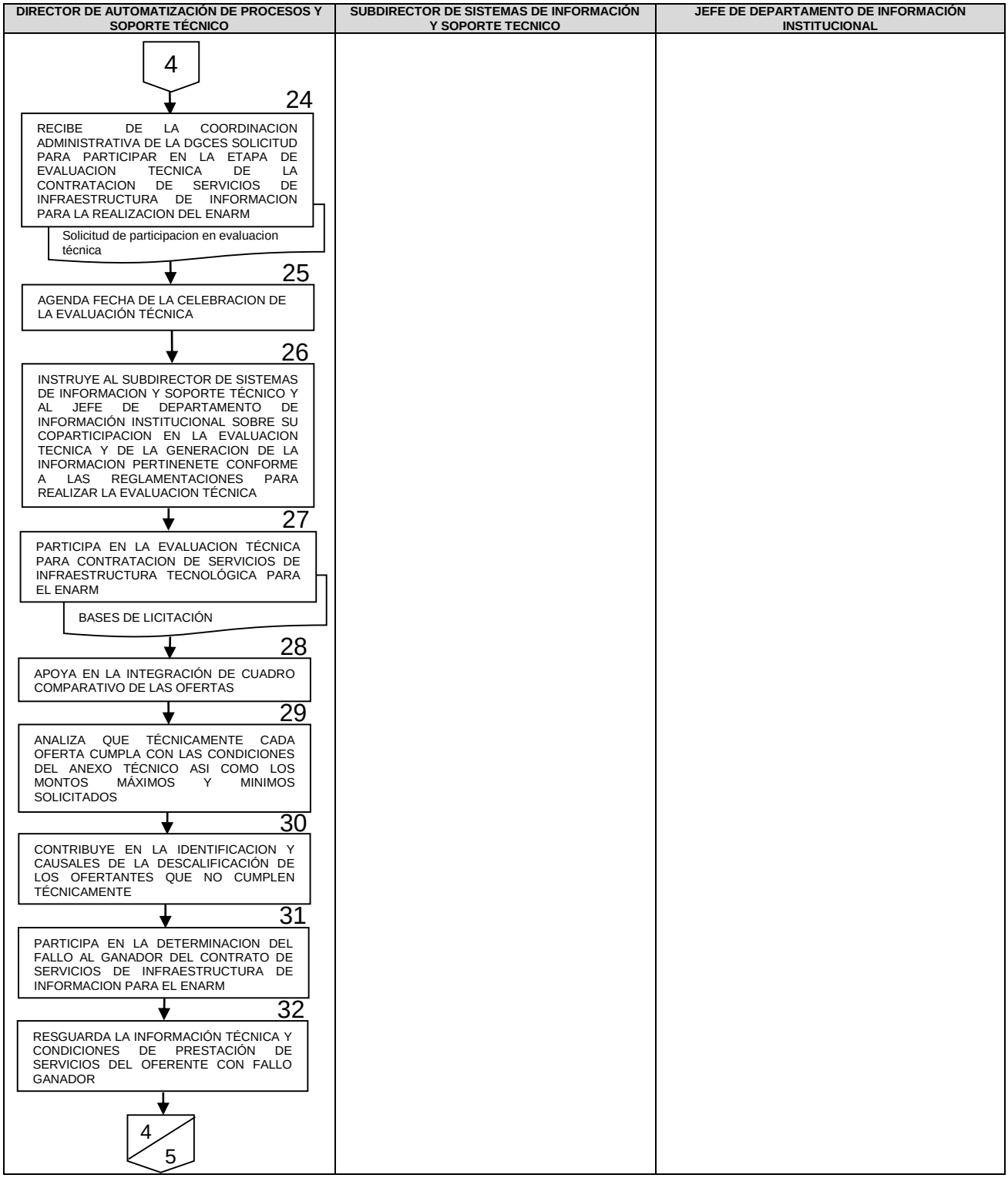
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	55	Emite informe de reporte de resultados sobre el grado de cumplimiento y/o incumplimiento de prestación de infraestructura tecnológica proporcionada por el proveedor adjudicado para la ejecución del ENARM en sus distintas sedes.	
	56	Emite un informe de reporte de resultados sobre cumplimiento y/o incumplimiento de prestación de infraestructura de información proporcionados por el proveedor adjudicado para la ejecución del ENARM.	
	57	Notifica al Coordinador Administrativo de la DGCES reporte de los resultados sobre cumplimiento y/o incumplimiento para liberar pago y/o aplicar las sanciones correspondientes conforme a la normativa en la materia. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

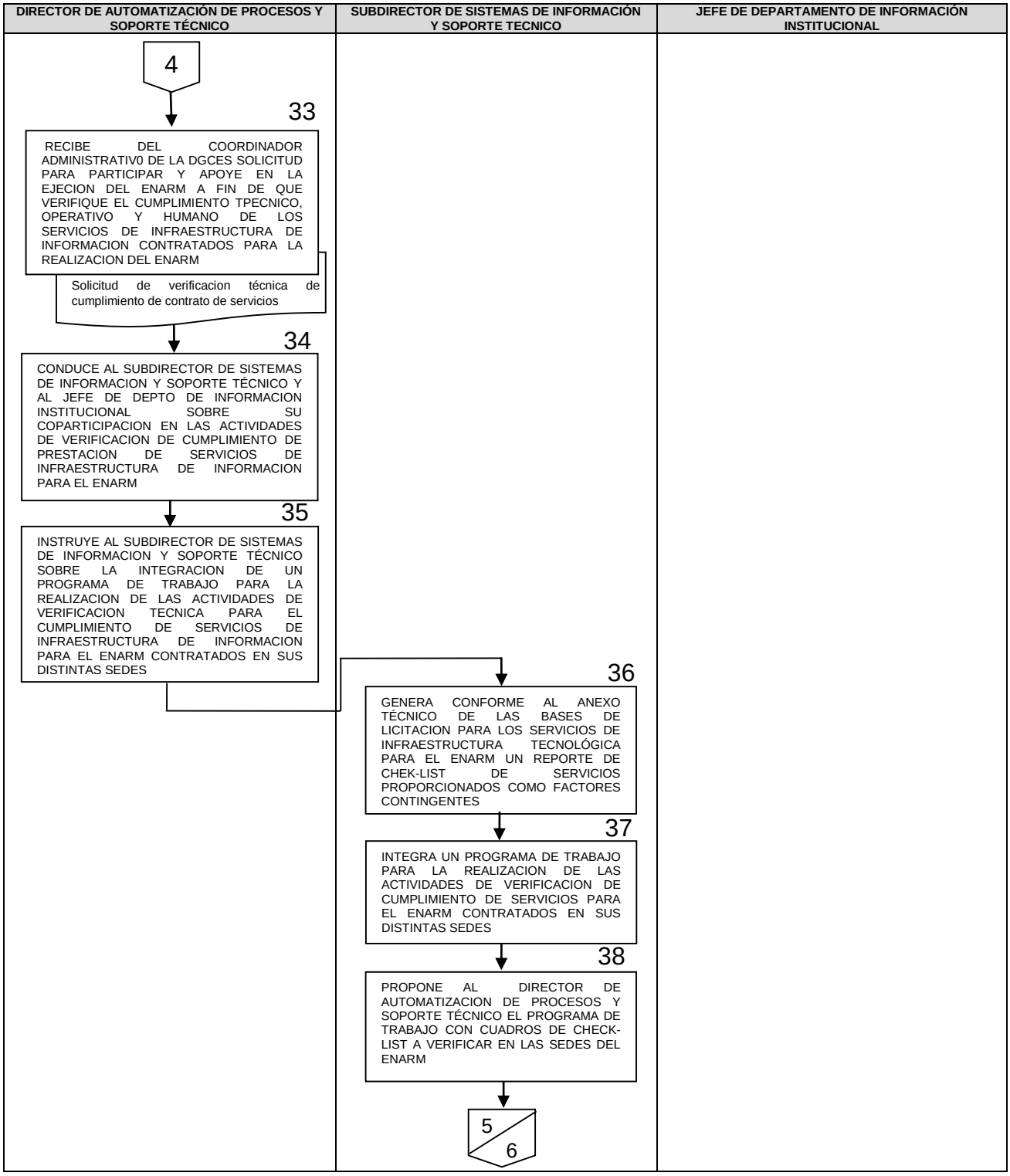
5. DIAGRAMA DE FLUJO

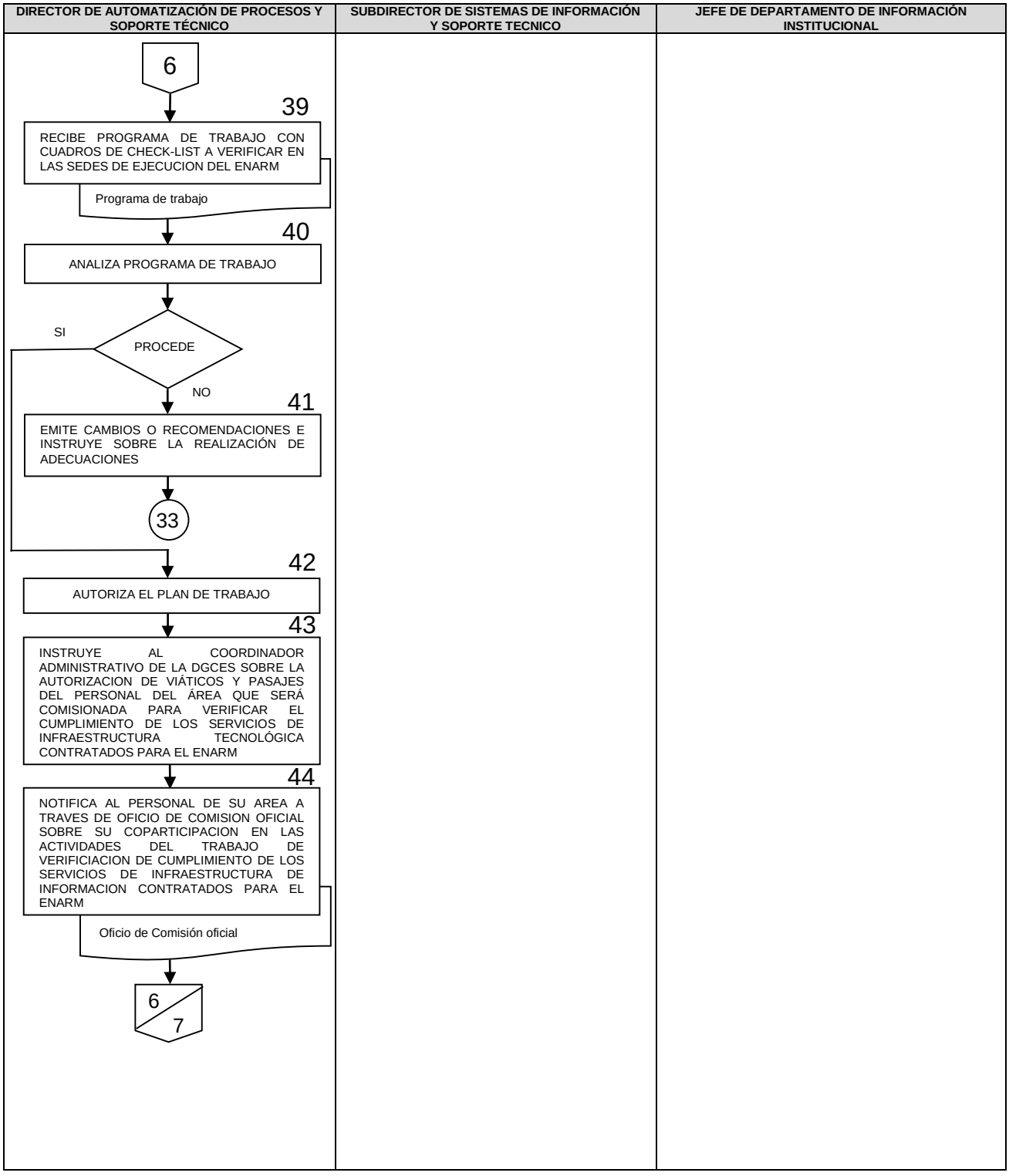


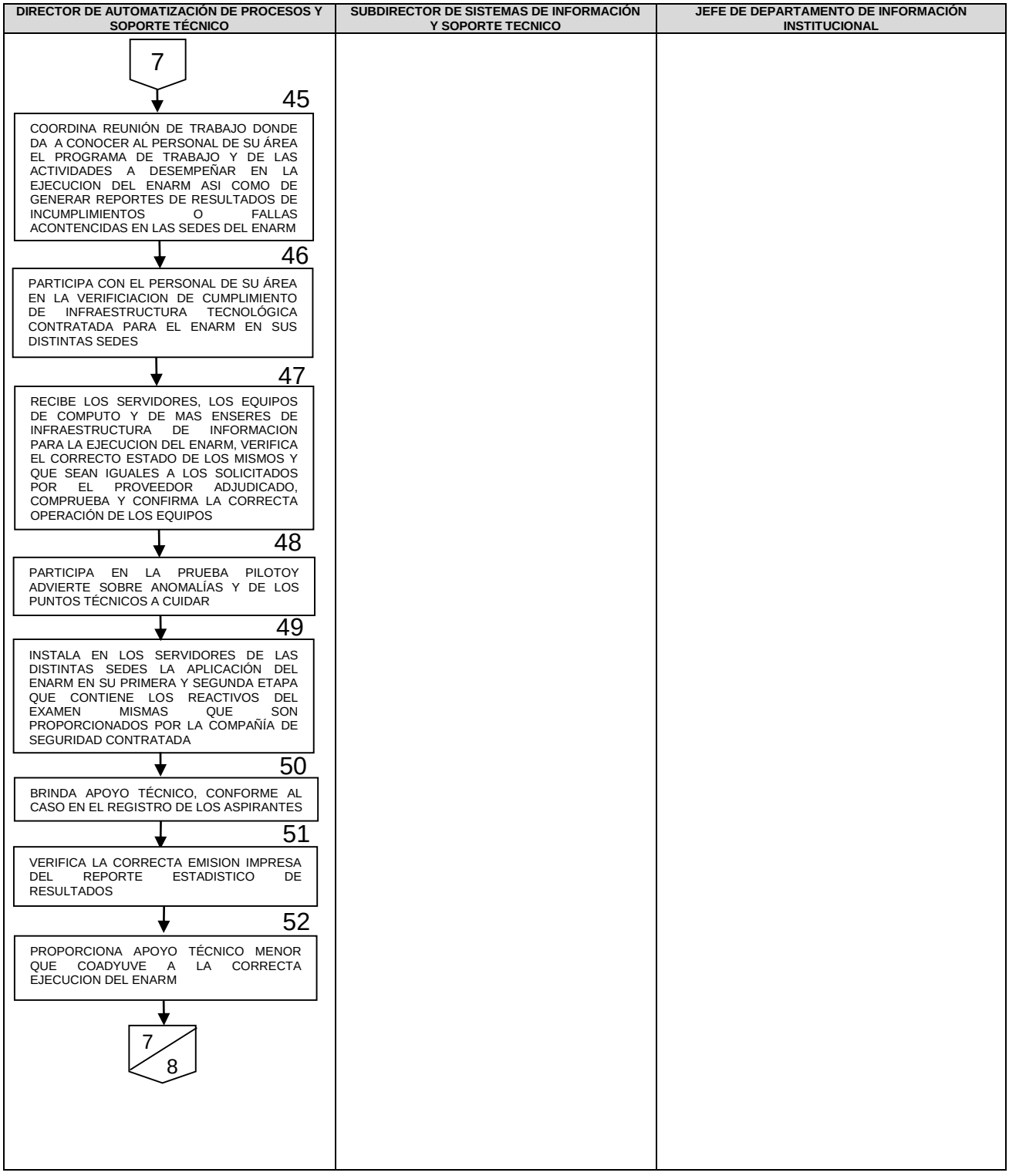

DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
2
10
TURNA AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION Y SOPORTE TECNICO LA PROPUESTA DE ANEXO TECNICO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION PARA LA REALIZACION DEL ENARM PARA APROBACION
11
RECIBE PROPUESTA DE ANEXO TÉCNICO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA LA REALIZACION DEL ENARM.
Propuesta de Anexo Técnico
12
RECIBE PROPUESTA DE ANEXO TÉCNICO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA LA REALIZACION DEL ENARM.
SÍ
PROCEDE
NO
13
EMITE OBSERVACIONES A LA PROPUESTA DE ANEXO TÉCNICO
6
14
ENVIA ANEXO TÉCNICO APROBADO AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
15
RECIBE ANEXO TÉCNICO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA LA REALIZACION DEL ENARM APROBADO
Anexo Técnico
16
ELABORA OFICIO Y JUSTIFICACION DE SOLICITUD DE DICTAMEN TECNICO PARA CONTRATACION DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION
2
3

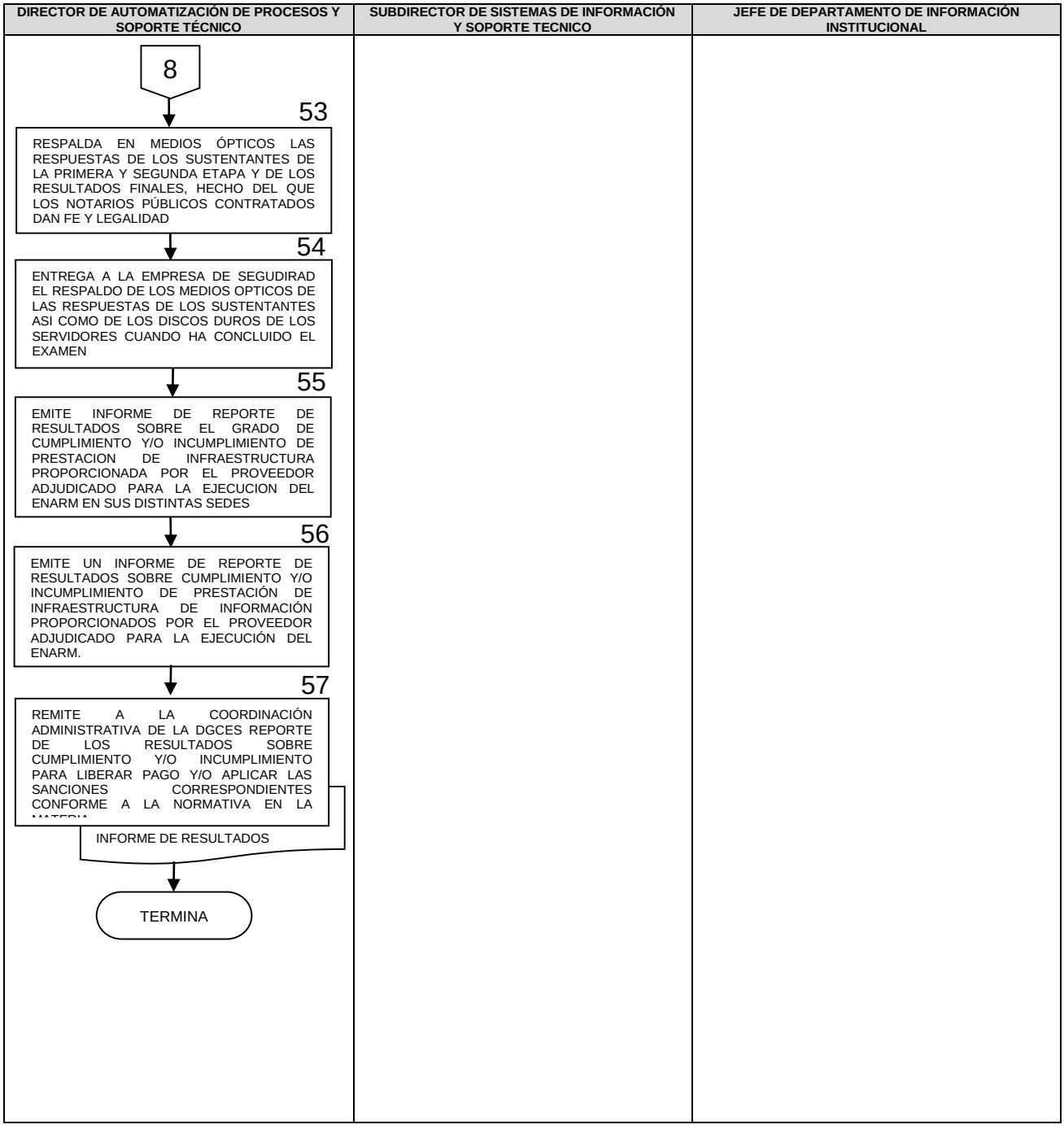
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
		


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
4
24
RECIBE DE LA COORDINACION ADMINISTRATIVA DE LA DGCES SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA ETAPA DE EVALUACION TECNICA DE LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION PARA LA REALIZACION DEL ENARM
Solicitud de participacion en evaluacion técnica
25
AGENDA FECHA DE LA CELEBRACION DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA
26
INSTRUYE AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION Y SOPORTE TÉCNICO Y AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL SOBRE SU COPARTICIPACION EN LA EVALUACION TECNICA Y DE LA GENERACION DE LA INFORMACION PERTINENETE CONFORME A LAS REGLAMENTACIONES PARA REALIZAR LA EVALUACION TÉCNICA
27
PARTICIPA EN LA EVALUACION TÉCNICA PARA CONTRATACION DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA EL ENARM
BASES DE LICITACIÓN
28
APOYA EN LA INTEGRACIÓN DE CUADRO COMPARATIVO DE LAS OFERTAS
29
ANALIZA QUE TÉCNICAMENTE CADA OFERTA CUMPLA CON LAS CONDICIONES DEL ANEXO TÉCNICO ASI COMO LOS MONTOS MÁXIMOS Y MINIMOS SOLICITADOS
30
CONTRIBUYE EN LA IDENTIFICACION Y CAUSALES DE LA DESCALIFICACIÓN DE LOS OFERTANTES QUE NO CUMPLEN TÉCNICAMENTE
31
PARTICIPA EN LA DETERMINACION DEL FALLO AL GANADOR DEL CONTRATO DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION PARA EL ENARM
32
RESGUARDA LA INFORMACIÓN TÉCNICA Y CONDICIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL OFERENTE CON FALLO GANADOR
4
5


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
4
33
RECIBE DEL COORDINADOR ADMINISTRATIV0 DE LA DGCES SOLICITUD PARA PARTICIPAR Y APOYE EN LA EJECION DEL ENARM A FIN DE QUE VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO TPECNICO, OPERATIVO Y HUMANO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION CONTRATADOS PARA LA REALIZACION DEL ENARM
Solicitud de verificacion técnica de cumplimiento de contrato de servicios
34
CONDUCE AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION Y SOPORTE TÉCNICO Y AL JEFE DE DEPTO DE INFORMACION INSTITUCIONAL SOBRE SU COPARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION PARA EL ENARM
35
INSTRUYE AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION Y SOPORTE TÉCNICO SOBRE LA INTEGRACION DE UN PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE VERIFICACION TECNICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION PARA EL ENARM CONTRATADOS EN SUS DISTINTAS SEDES
36
GENERA CONFORME AL ANEXO TÉCNICO DE LAS BASES DE LICITACION PARA LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA EL ENARM UN REPORTE DE CHEK-LIST DE SERVICIOS PROPORCIONADOS COMO FACTORES CONTINGENTES
37
INTEGRA UN PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS PARA EL ENARM CONTRATADOS EN SUS DISTINTAS SEDES
38
PROPONE AL DIRECTOR DE AUTOMATIZACION DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO EL PROGRAMA DE TRABAJO CON CUADROS DE CHECK-LIST A VERIFICAR EN LAS SEDES DEL ENARM
5
6


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
6
39
RECIBE PROGRAMA DE TRABAJO CON CUADROS DE CHECK-LIST A VERIFICAR EN LAS SEDES DE EJECUCION DEL ENARM
Programa de trabajo
40
ANALIZA PROGRAMA DE TRABAJO
SI
PROCEDE
NO
41
EMITE CAMBIOS O RECOMENDACIONES E INSTRUYE SOBRE LA REALIZACIÓN DE ADECUACIONES
33
42
AUTORIZA EL PLAN DE TRABAJO
43
INSTRUYE AL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DGCES SOBRE LA AUTORIZACION DE VIÁTICOS Y PASAJES DEL PERSONAL DEL ÁREA QUE SERÁ COMISIONADA PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA CONTRATADOS PARA EL ENARM
44
NOTIFICA AL PERSONAL DE SU AREA A TRAVES DE OFICIO DE COMISION OFICIAL SOBRE SU COPARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE VERIFICIACION DE CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION CONTRATADOS PARA EL ENARM
Oficio de Comisión oficial
6
7


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
7
45
COORDINA REUNIÓN DE TRABAJO DONDE DA A CONOCER AL PERSONAL DE SU ÁREA EL PROGRAMA DE TRABAJO Y DE LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR EN LA EJECUCION DEL ENARM ASI COMO DE GENERAR REPORTES DE RESULTADOS DE INCUMPLIMIENTOS O FALLAS ACONTENCIDAS EN LAS SEDES DEL ENARM
46
PARTICIPA CON EL PERSONAL DE SU ÁREA EN LA VERIFICIACION DE CUMPLIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA CONTRATADA PARA EL ENARM EN SUS DISTINTAS SEDES
47
RECIBE LOS SERVIDORES, LOS EQUIPOS DE COMPUTO Y DE MAS ENSERES DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACION PARA LA EJECUCION DEL ENARM, VERIFICA EL CORRECTO ESTADO DE LOS MISMOS Y QUE SEAN IGUALES A LOS SOLICITADOS POR EL PROVEEDOR ADJUDICADO, COMPRUEBA Y CONFIRMA LA CORRECTA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS
48
PARTICIPA EN LA PRUEBA PILOTOY ADVIERTE SOBRE ANOMALÍAS Y DE LOS PUNTOS TÉCNICOS A CUIDAR
49
INSTALA EN LOS SERVIDORES DE LAS DISTINTAS SEDES LA APLICACIÓN DEL ENARM EN SU PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA QUE CONTIENE LOS REACTIVOS DEL EXAMEN MISMAS QUE SON PROPORCIONADOS POR LA COMPAÑÍA DE SEGURIDAD CONTRATADA
50
BRINDA APOYO TÉCNICO, CONFORME AL CASO EN EL REGISTRO DE LOS ASPIRANTES
51
VERIFICA LA CORRECTA EMISION IMPRESA DEL REPORTE ESTADISTICO DE RESULTADOS
52
PROPORCIONA APOYO TÉCNICO MENOR QUE COADYUVE A LA CORRECTA EJECUCION DEL ENARM
7
8


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
8
53
RESPALDA EN MEDIOS ÓPTICOS LAS RESPUESTAS DE LOS SUSTENTANTES DE LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA Y DE LOS RESULTADOS FINALES, HECHO DEL QUE LOS NOTARIOS PÚBLICOS CONTRATADOS DAN FE Y LEGALIDAD
54
ENTREGA A LA EMPRESA DE SEGUDIRAD EL RESPALDO DE LOS MEDIOS OPTICOS DE LAS RESPUESTAS DE LOS SUSTENTANTES ASI COMO DE LOS DISCOS DUROS DE LOS SERVIDORES CUANDO HA CONCLUIDO EL EXAMEN
55
EMITE INFORME DE REPORTE DE RESULTADOS SOBRE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO DE PRESTACION DE INFRAESTRUCTURA PROPORCIONADA POR EL PROVEEDOR ADJUDICADO PARA LA EJECUCION DEL ENARM EN SUS DISTINTAS SEDES
56
EMITE UN INFORME DE REPORTE DE RESULTADOS SOBRE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA DE INFORMACIÓN PROPORCIONADOS POR EL PROVEEDOR ADJUDICADO PARA LA EJECUCIÓN DEL ENARM.
57
REMITE A LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DGCES REPORTE DE LOS RESULTADOS SOBRE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO PARA LIBERAR PAGO Y/O APLICAR LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES CONFORME A LA NORMATIVA EN LA
INFORME DE RESULTADOS
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información.	N/A
6.5 Bases de Licitación de los servicios de infraestructura de información para la realización del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento de Solicitud	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.2 Oficio de Dictamen Técnico de la DGTI	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.3 Anexo Técnico con Dictamen Favorable	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.4 Acta de Fallo de Proveedor Adjudicado	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.5 Informe de resultados de cumplimiento de servicios contratados para la ejecución del ENARM	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Anexo Técnico: Documento donde se concentran los pormenores o desagregación detallada de los servicios o bienes a contratar como forma de las adquisiciones, en el anexo se detallan los: materiales, factor humano, tipos, cantidades, formas, tiempos y horas entre otros requeridos por el convocante en una licitación para ser considerados en la presentación de una oferta de licitación.

Los Anexos Técnicos son las series de formatos que se incluyen en las bases de cada convocatoria para facilitar a los participantes la integración de sus propuestas con los requisitos establecidos por el convocante.

En cada concurso varia el tipo y número de anexos, por regla general, todos deben de ir firmados por el representante legal de la empresa concursante, así como, señalar el número de la licitación.

8.2 Bases de Licitación: Es el documento que contiene los requisitos detallados de participación a una licitación. Son las instrucciones a seguir en un concurso.

Se estructura de la siguiente forma:

1. Datos de la unidad convocante: quien convoca y su fundamento legal.
2. Calendario del procedimiento señalando los días, horas y lugares para que se efectúe cada etapa de la licitación.
3. Objeto de la licitación: descripción del producto a comprar, servicio u obra a contratar (los detalles de los bienes y servicios u obras vienen en los anexos y cada base contiene un anexo técnico).
4. Especificaciones técnicas.
5. Formas de entrega de productos y prestación de servicios.
6. Garantías.
7. Requisitos legales, administrativos y contables, tales como:
   - Permisos, licencias y registros.
   - Cartas de apoyo.
   - Certificados de calidad.
   - Contratos y cartas de experiencia.
   - Documentación fiscal y contable (estados financieros, declaraciones de impuestos, etc.)
8. Propuestas: forma de integrar y presentar propuestas, contenido de sobres.
9. Sistemas o formas para la calificación de propuestas.
10. Procedimiento para el fallo definitivo.
11. Causas de descalificación de proponentes.
12. Tipo de contrato o formato de contrato.
13. Reglas en caso de controversias, por incumplimiento e interpretación del contrato.
14. Suspensión y cancelación de concurso
15. Por contrato.
16. Inconformidades.
17. Anexos: técnicos, económicos, formatos de acreditación y personalidad, de integridad, pago de contribuciones y prácticas anticompetitivas.

8.3 Check-list: Lista de verificación con el objetivo de comprobar el cumplimiento de lo ofertado y garantizar el servicio brindado.

8.4 DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

8.5 DGTI: Dirección General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud.

8.6 Dictamen Económico: Es la relación de precios ofertados por los licitantes cuyas propuestas resultaron solventes económicamente.

8.7 Dictamen Técnico: Es el resultado de las evaluaciones materiales y de tipo técnico a las proposiciones de un ofertante, misma que está dado conforme a la puntuación o unidades porcentuales en la propuesta técnica serán de cuando menos el 37.5 por ciento del 50 máximo.

Los rubros que deben ser considerados son los siguientes:
- Características del bien o bienes objeto de la propuesta técnica.
- Capacidad del licitante.
- Experiencia y especialidad del licitante.
- Cumplimiento de contratos.

De esa forma, el dictamen técnico es la relación de licitantes cuyas propuestas resultaron solventes por el cumplimiento de los requisitos solicitados en la convocatoria o bases a la licitación.

8.8 ENARM: Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

8.9 Fallo: Es el documento que contiene al licitante adjudicado o adjudicados en los procesos de compra que realiza el Gobierno en sus tres distintas instancias.

8.10 Software: Es aquel que permite el funcionamiento del hardware, y en él se incluye el sistema operativo, los controladores de dispositivos y los servidores.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Documento de Solicitud.

10.2 Dictamen Técnico Favorable.

10.3 Informe de resultados de cumplimiento de servicios contratados para la ejecución del ENARM. (carpetas físicas)

10.1 Documento de Solicitud.

De: **Luis Enrique Reyes Echegaray** luise.reyes@salud.gob.mx
Asunto: E41 - Aviso de apertura de publicación de Convocatoria y Pre registro XLI ENARM 2017
Fecha: 16 de marzo de 2017, 19:18
Para: Joaquin Zarco Rabago joaquin.zarco@salud.gob.mx, jzarcor@gmail.com, Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx
Cc: Ricardo Octavio Morales Carmona ricardo.moralesc@salud.gob.mx, Severino Rubio Dominguez severino.rubio@salud.gob.mx, Diana Arango Pérez diana.arango@salud.gob.mx

Buenos Tardes Joaquín, Fernando,

Acorde a la Convocatoria del XLI ENARM 2017, se llevarán a cabo las siguientes actividades

- El día de mañana viernes 17 de marzo de 2017, se publicara en la Pág. de la CIFRHS la Convocatoria del XLI ENARM 2017, lo que nos preocupa es que toda esta semana la pág. de la CIFHRS ha estado con muchas intermitencias, por lo que les pediría le comuniquen a DGTI para que a partir de las siguiente semana ya no se presenten.

- El día sábado 25 de marzo a las 10:00 horas y hasta el día viernes 31 de marzo de 2017 se realizara el Pre-Registro, se calcula tener una demanda de más de 40,0000 aspirantes el mismo sábado y toda vez que esta apertura es en fin de semana, agradeceremos si pudieran estar al pendiente vía telefónica y monitoreando los servicios por cualquier situación que se llegara a presentar con el servidor o el enlace, así mismo, comunicar al personal de DGTI que avise al Centro de Datos Institucional donde se encuentra alojado el servidor del ENARM y la página de la CIFRHS que este fin de semana el comportamiento será inusual, esto con la finalidad de que no se piense que es un ataque o algo similar evitando una denegación de servicios, así como para asegurar que exista personal del centro de datos para atender cualquier contingencia que se llegaran a presentar.

Se calcula una demanda de 40,000 aspirantes intentando se Pre-registrarse en las primeras horas más familiares, amigos, etc. intentando lo mismo y paulatinamente conforme avance el día la demanda ira descendiendo, así mismo se espera una fuerte demanda en el servidor de la CIFRHS y del ENARM durante los próximos 28 días, para tomarlo en cuenta.

El comportamiento que se espera es muy similar al del año pasado (servidor y sistema esté esperando peticiones y el enlace se sature y durante el día ir permitiendo el acceso)

Yo estaré el día sábado 25 de marzo en la oficina aprox. de 9 a 14:00 horas para publicar y monitorear el comportamiento del mismo.

De antemano muchas gracias como siempre por el apoyo,
Luis E. Reyes

10.2 Dictamen Técnico Favorable.

De: **Cynthia Liliana Martínez Cabello** cynthia.martinez@salud.gob.mx
Asunto: Dictamen Favorable UGD
Fecha: 17 de mayo de 2017, 18:30
Para: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx

Estimado Ing. Juan Martínez

Adjunto al presente el dictamen favorable desde el punto de vista de técnico del proyecto denominado: ""SERVICIO INTEGRAL PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PARA LOS PROCESOS DEL XLI EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS (XLI ENARM)", por parte de la Unidad de Gobierno Digital. En breve se estará entregando de forma oficial.

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

Lic. Cynthia Liliana Mar/nez Cabello
Jefa del Departamento de Normatividad y Dictaminación
Dirección General de Tecnologías de la Información
Tel 50621600 Ext. 58213

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | DGTI Dirección General de Tecnologías de la Información

PDF
Aprobación UGD.pdf

29. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS ESTOMATOLÓGICAS (ENARE)

1. PROPÓSITO

1.1 Proporcionar la asistencia operativa, técnica y administrativa inherente a los servicios de Tecnologías de las Información implicados con la aplicación electrónica del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y la intervención del Departamento de Información Institucional para atender la solicitud de la Dirección de Educación en Salud, de refuerzo y asistencia de los servicios de tecnologías de la información implicados con las gestiones administrativas y operativas de la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico es responsable de atender y de dilucidar sobre las solicitudes de refuerzo y asistencia sobre los servicios de tecnologías de la información implicados con las gestiones administrativas y operativas de la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico en coordinación con la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y el Departamento de Información Institucional son responsables de determinar el tipo de apoyos técnicos, operativos y administrativos de los servicios de tecnologías de la información implicados con la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).

3.3 La Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico con la participación del Departamento de Información Institucional son responsables de efectuar los apoyos técnicos, operativos y administrativos de los servicios de tecnologías de la información implicados con la ejecución del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).

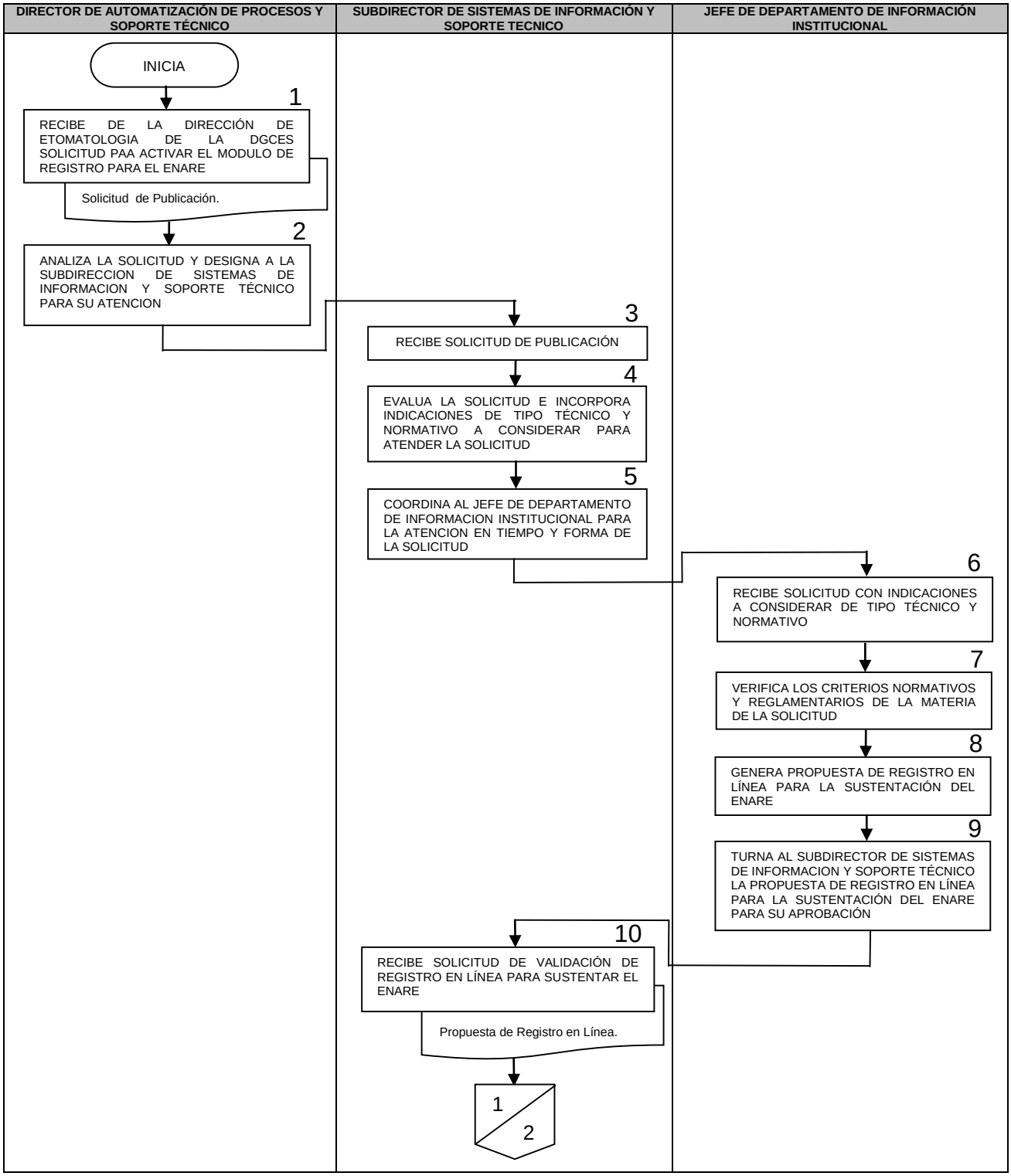
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

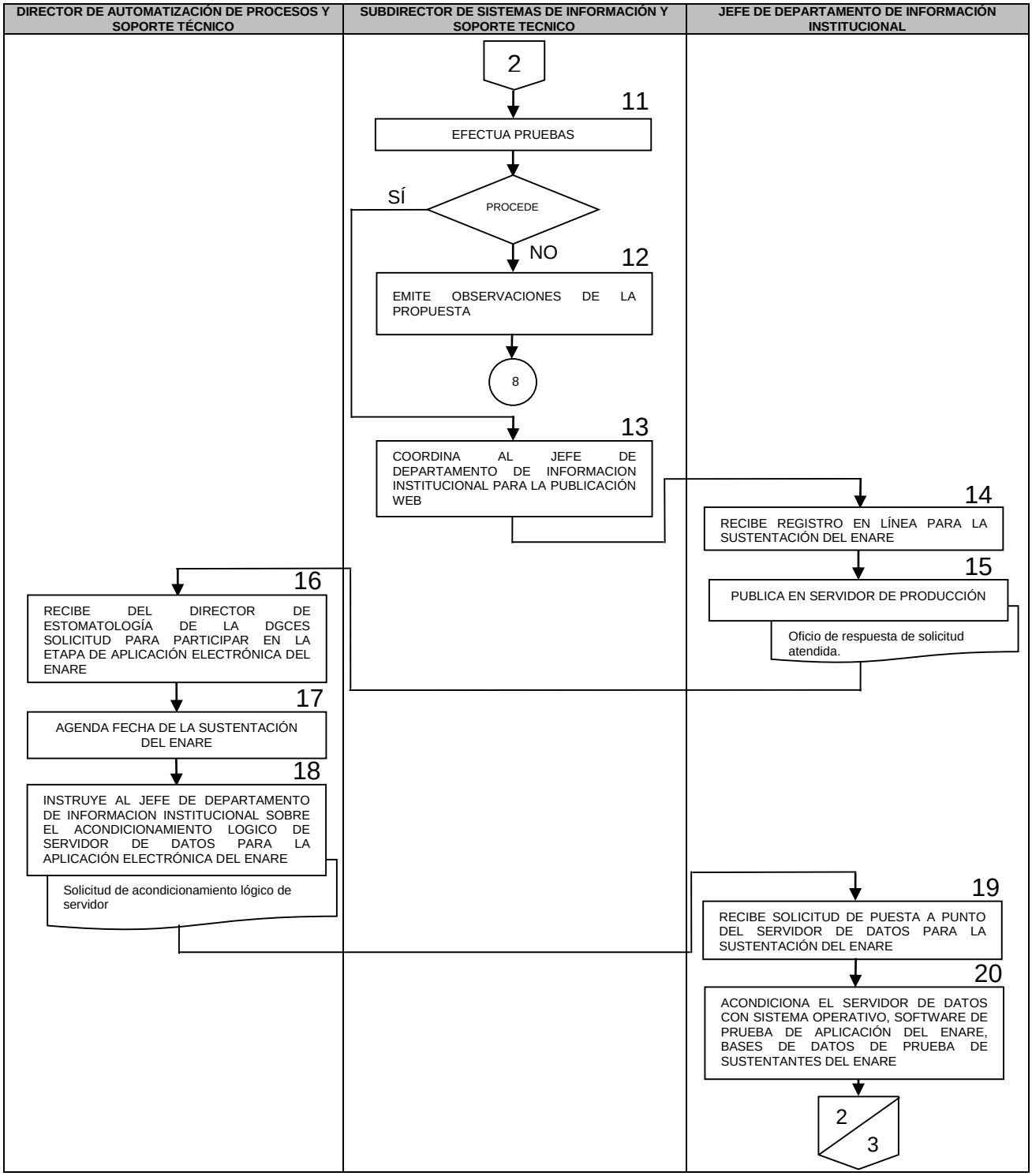
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	1	Recibe del Director de Estomatología de la DGCES solicitud para activar el modulo WEB de registro para sustentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE).	• Solicitud de publicación
	2	Analiza la solicitud y designa al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para su atención.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	3	Recibe solicitud de publicación.	• Solicitud con indicaciones
	4	Evalúa la solicitud e incorpora indicaciones de tipo técnico y normativo a considerar para atender la solicitud.	
	5	Coordina al Jefe de Departamento de Información Institucional para la atención en tiempo y forma de la solicitud.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	6	Recibe solicitud con indicaciones a considerar de tipo técnico y normativo.	• Propuesta de registro en línea
	7	Verifica los criterios normativos y reglamentarios de la materia de la solicitud.	
	8	Genera Propuesta de Registro en línea. Para la sustentación del ENARE.	
	9	Turna al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico la propuesta de Registro en línea para la sustentación del ENARE para aprobación.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	10	Recibe solicitud de validación de Registro en línea para sustentar el ENARE.	
	11	Efectua pruebas. Procede:	
	12	**No:** Emite observaciones de la propuesta, regresa a la actividad 8	
	13	**SI:** Coordina al Jefe de Departamento de	

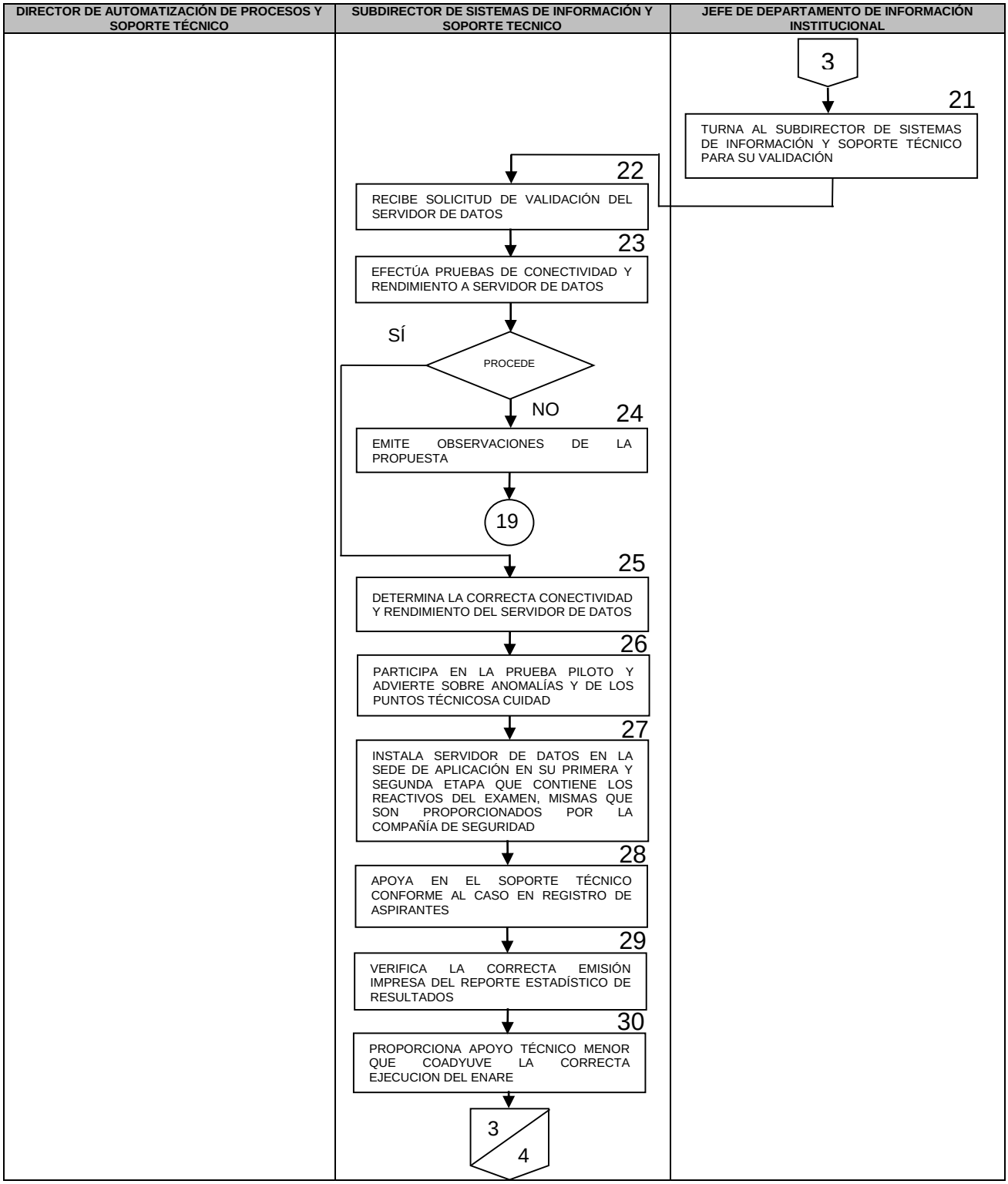
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Información Institucional para publicación web, continúa Procedimiento.	
Jefe de Departamento de Información Institucional	14 15	Recibe Registro en línea para la sustentación del ENARE. Publica en servidor de producción.	• Oficio de respuesta de solicitud atendida
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	16 17 18	Recibe del Director de Estomatología de la DGCES solicitud para participar en la etapa de aplicación electrónica del ENARE. Agenda fecha de la sustentación del ENARE. Instruye al Jefe del Departamento de Información Institucional sobre el acondicionamiento lógico de servidor de datos para la aplicación electrónica del ENARE	• Solicitud de acondicionamiento lógico de servidor
Jefe de Departamento de Información Institucional	19 20 21	Recibe solicitud de puesta a punto del servidor de datos para la sustentación del ENARE. Acondiciona el servidor de datos con Sistemas Operativo, Software de prueba de aplicación del ENARE, Bases de Datos de prueba de sustentantes del ENARE. Turna al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para su validación.	• Solicitud de validación
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	22 23 24 25	Recibe solicitud de validación del servidor de datos. Efectúa pruebas de conectividad y rendimiento a servidor de datos. Procede: **No:** Emite observaciones de la propuesta, regresa a la actividad 19 **SI:** Determina la correcta conectividad y rendimiento del servidor de datos, continua Procedimiento.	

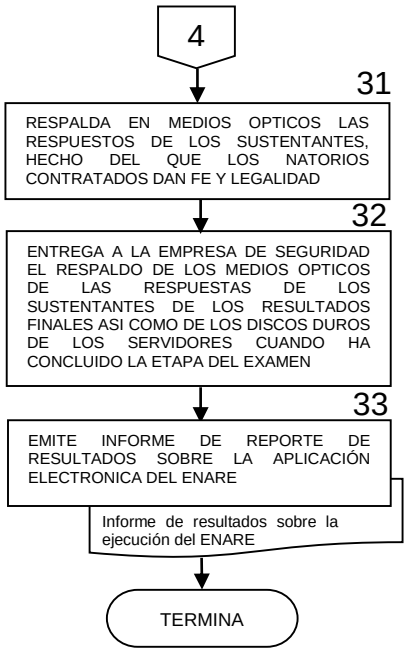
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	26	Participa en la Prueba Piloto y advierte sobre anomalías y de los puntos técnicos a cuidar.	• Informe de resultados sobre la ejecución del ENARE
	27	Instala servidor de datos en sede la aplicación informática del ENARE en su primera y segunda etapa, que contiene los reactivos del examen, mismas que son proporcionados por la compañía de seguridad contratada.	
	28	Apoya en el soporte técnico, conforme al caso, en el registro de los aspirantes.	
	29	Verifica la correcta emisión impresa del reporte estadístico de resultados.	
	30	Proporciona apoyo técnico menor que coadyuve la correcta ejecución del ENARE.	
	31	Respalda en medios ópticos las respuestas de los sustentantes, hecho del que los notarios públicos contratados dan fe y legalidad.	
	32	Entrega a la empresa de seguridad el respaldo de los medios ópticos de las respuestas de los sustentantes de los resultados finales así como de los discos duros de los servidores cuando ha concluido la segunda etapa del examen.	
	33	Emite informe de reporte de resultados sobre la aplicación electrónica del ENARE. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
2
11
EFECTUA PRUEBAS
PROCEDE
SÍ
NO
12
EMITE OBSERVACIONES DE LA PROPUESTA
8
13
COORDINA AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACION INSTITUCIONAL PARA LA PUBLICACIÓN WEB
14
RECIBE REGISTRO EN LÍNEA PARA LA SUSTENTACIÓN DEL ENARE
15
PUBLICA EN SERVIDOR DE PRODUCCIÓN
Oficio de respuesta de solicitud atendida.
16
RECIBE DEL DIRECTOR DE ESTOMATOLOGÍA DE LA DGCES SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA ETAPA DE APLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL ENARE
17
AGENDA FECHA DE LA SUSTENTACIÓN DEL ENARE
18
INSTRUYE AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACION INSTITUCIONAL SOBRE EL ACONDICIONAMIENTO LOGICO DE SERVIDOR DE DATOS PARA LA APLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL ENARE
Solicitud de acondicionamiento lógico de servidor
19
RECIBE SOLICITUD DE PUESTA A PUNTO DEL SERVIDOR DE DATOS PARA LA SUSTENTACIÓN DEL ENARE
20
ACONDICIONA EL SERVIDOR DE DATOS CON SISTEMA OPERATIVO, SOFTWARE DE PRUEBA DE APLICACIÓN DEL ENARE, BASES DE DATOS DE PRUEBA DE SUSTENTANTES DEL ENARE
2
3


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
3
21
TURNA AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO PARA SU VALIDACIÓN
22
RECIBE SOLICITUD DE VALIDACIÓN DEL SERVIDOR DE DATOS
23
EFECTÚA PRUEBAS DE CONECTIVIDAD Y RENDIMIENTO A SERVIDOR DE DATOS
SÍ
PROCEDE
NO
24
EMITE OBSERVACIONES DE LA PROPUESTA
19
25
DETERMINA LA CORRECTA CONECTIVIDAD Y RENDIMIENTO DEL SERVIDOR DE DATOS
26
PARTICIPA EN LA PRUEBA PILOTO Y ADVIERTE SOBRE ANOMALÍAS Y DE LOS PUNTOS TÉCNICOSA CUIDAD
27
INSTALA SERVIDOR DE DATOS EN LA SEDE DE APLICACIÓN EN SU PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA QUE CONTIENE LOS REACTIVOS DEL EXAMEN, MISMAS QUE SON PROPORCIONADOS POR LA COMPAÑÍA DE SEGURIDAD
28
APOYA EN EL SOPORTE TÉCNICO CONFORME AL CASO EN REGISTRO DE ASPIRANTES
29
VERIFICA LA CORRECTA EMISIÓN IMPRESA DEL REPORTE ESTADÍSTICO DE RESULTADOS
30
PROPORCIONA APOYO TÉCNICO MENOR QUE COADYUVE LA CORRECTA EJECUCION DEL ENARE
3
4

DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento de Solicitud	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.2 Informe de resultados de cumplimiento de servicios contratados para la ejecución del ENARE	1 año	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Medio óptico: Son dispositivos de almacenamiento más utilizados para el almacenamiento de información multimedia, siendo ampliamente utilizados en el almacenamiento de películas, música, etc. A pesar de eso también son muy utilizados para el almacenamiento de información y programas, siendo especialmente utilizados para la instalación de programas en las computadoras.

8.2 Prueba Piloto: Probar el instrumento y calcular su confiabilidad y valorar la capacidad de procesamiento y de respuesta en condiciones similares del evento.

8.3 Registro en línea: Aplicación Web que publica en la Internet capaz de resguardar la información del registrado para procesos posteriores.

8.4 Respaldo: (Copia de seguridad) Es la copia total o parcial de información importante del disco duro, CDs, bases de datos u otro medio de almacenamiento. Esta copia de respaldo debe ser guardada en algún otro sistema de almacenamiento masivo, como pueden ser discos duros, CDs, DVDs o cintas magnéticas (DDS, Travan, AIT, SLR,DLT y VXA).

8.5 Servidor: Es un ordenador remoto que provee los datos solicitados por parte de los navegadores de otras computadoras. Los Servidores almacenan información en forma de páginas web y a través del protocolo HTTP lo entregan a petición de los clientes (navegadores web) en formato HTML.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Documento de Solicitud de publicación.

10.2 Solicitud de acondicionamiento lógico de servidor

10.1 Documento de Solicitud de publicación.

De: **Joaquin Zarco** joaquin.zarco@salud.gob.mx
Asunto: Fwd: RV: Convocatoria ENARE 2017
Fecha: 28 de abril de 2017, 18:38
Para: Fernando Martínez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx, Isabel Meneses Rodríguez isabel.meneses@salud.gob.mx

Fernando

Puedes atender esta solicitud.

En cuanto este publicada en el sitio del ENARE, avísale a Isabel Meneses y dale la liga para que la coloque como noticia principal en la página WEB de la DGCES.

ATENTAMENTE

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

ING. JOAQUÍN ZARCO RÁBAGO
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO

Homero 213, piso 10, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D. F.
Tels. (55) 2000 3470 / 2000 3400 ext. 53470 joaquin.zarco@salud.gob.mx

--------- Mensaje reenviado ----------
De: **Sebastian García Saiso** <sebastian.garcia@salud.gob.mx>
Fecha: 28 de abril de 2017, 16:15
Asunto: Reenv: RV: Convocatoria ENARE 2017
Para: Joaquin Zarco Rabago <joaquin.zarco@salud.gob.mx>, Ricardo Octavio Morales Carmona <ricardo.moralesc@salud.gob.mx>, "jaramilloignacio@hotmail.com" <jaramilloignacio@hotmail.com>

Para publicación en la página.

Saludos.

SGS.

Enviado desde mi Samsung Mobile de Telcel

-------- Mensaje original --------
De: Enrique Padilla Gutiérrez <enrique.padilla@salud.gob.mx>
Fecha: 25/4/17 1:35 PM (GMT-06:00)
A: Sebastian García Saiso <sebastian.garcia@salud.gob.mx>
Asunto: RV: Convocatoria ENARE 2017

Estimado Dr. Sebastián García Saisó

Le envió la convocatoria para el ENARE, con el fin de que la revise y otorgue su anuencia para publicarla, según lo programado debe de salir publicada a finales de este mes o principios de mayo, cabe señalar que ya la reviso el Mtro. Ricardo Morales y la valido.

Sin más por el momento le envió un cordial saludo.

C.D.E.E.E. ENRIQUE PADILLA GUTIÉRREZ

DIRECTOR DE ESTOMATOLOGÍA

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

10.2 Solicitud de acondicionamiento lógico de servidor

De: **Luis Espinosa** luis.espinosa@salud.gob.mx
Asunto: Talleres de calibración ENARE 2017
Fecha: 21 de abril de 2017, 14:49
Para: joaquin zarco joaquin.zarco@salud.gob.mx, Joaquin Zarco jzarcor@gmail.com
Cc: Juan Fernando Martinez Resendiz fernando.martinez@salud.gob.mx, Dr. Enrique Padilla enrique.padilla@salud.gob.mx, padillaendo@hotmail.com

LE

Buenas tardes!
Por este conducto y por instrucciones del Dr. Enrique Padilla Gutiérrez, Director de Estomatología, solicito a usted sean colocados 10 equipos de cómputo y un servidor en la sala de juntas de la Dirección de Estomatología, piso 13, con el fin de realizar los talleres de calibración de reactivos para el ENARE 2017. Los talleres se llevarán a cabo del día 8 al 19 de mayo del presente año.
Agradezco de antemano su atención y quedo a sus órdenes para cualquier aclaración
Atentamente

C.D. LUIS JAVIER ESPINOSA PINTO
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA D.G.C.E.S.
HOMERO 213, PISO 13, COL. CHAPULTEPEC MORALES
C.P. 11570, MÉXICO, D.F.
01 (55) 52639163 2000 3515

30. PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CONTINGENCIAS QUE INCIDAN EN LA CONTINUIDAD DE LA OPERACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los elementos operativos necesarios en materia de Tecnologías de la Información para contar con mecanismos de control de las contingencias que den continuidad a las operaciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es operado por la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y con la intervención del Departamento de Información Institucional para el control de las contingencias de caso fortuito o fuerza mayor que puedan incidir en la correcta operación de las Tecnologías de la Información de las Direcciones Generales Adjuntas de: la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Enfermería y a la Coordinación Administrativa, todas pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico por conducto de la Subdirección de Sistemas de Información y Soporte Técnico y con la intervención del Departamento de Información Institucional, es responsable de implementar los elementos necesarios para el control de las contingencias de caso fortuito o fuerza mayor que puedan incidir en la correcta operación de las Tecnologías de la Información de la Unidad Administrativa.

3.2 La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para el cumplimiento de los elementos de control de las contingencias de caso fortuito o fuerza mayor que puedan incidir en la correcta operación de las Tecnologías de la Información de la Unidad Administrativa, requiere del apoyo operativo de la Dirección General de Tecnologías de la Información quien a petición de la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico aprobará la transferencia inter áreas de datos e información a sus servidores centrales.

3.3 Las Direcciones Generales Adjuntas de: Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud, así como las Direcciones de Área de: Educación en Salud, Estomatología, Procesos Normativos en Salud, Enfermería, Seguridad del Paciente, Evaluación de la Calidad, Mejora de Procesos y la Coordinación Administrativa a petición y aprobación de la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico son responsables de efectuar el resguardar (backup) de los datos e información preponderante en el servidor de respaldo designado para concentrar la información con lo cual se pueda garantizar la continuidad operativa y administrativa de los programas, proyectos, estrategias a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

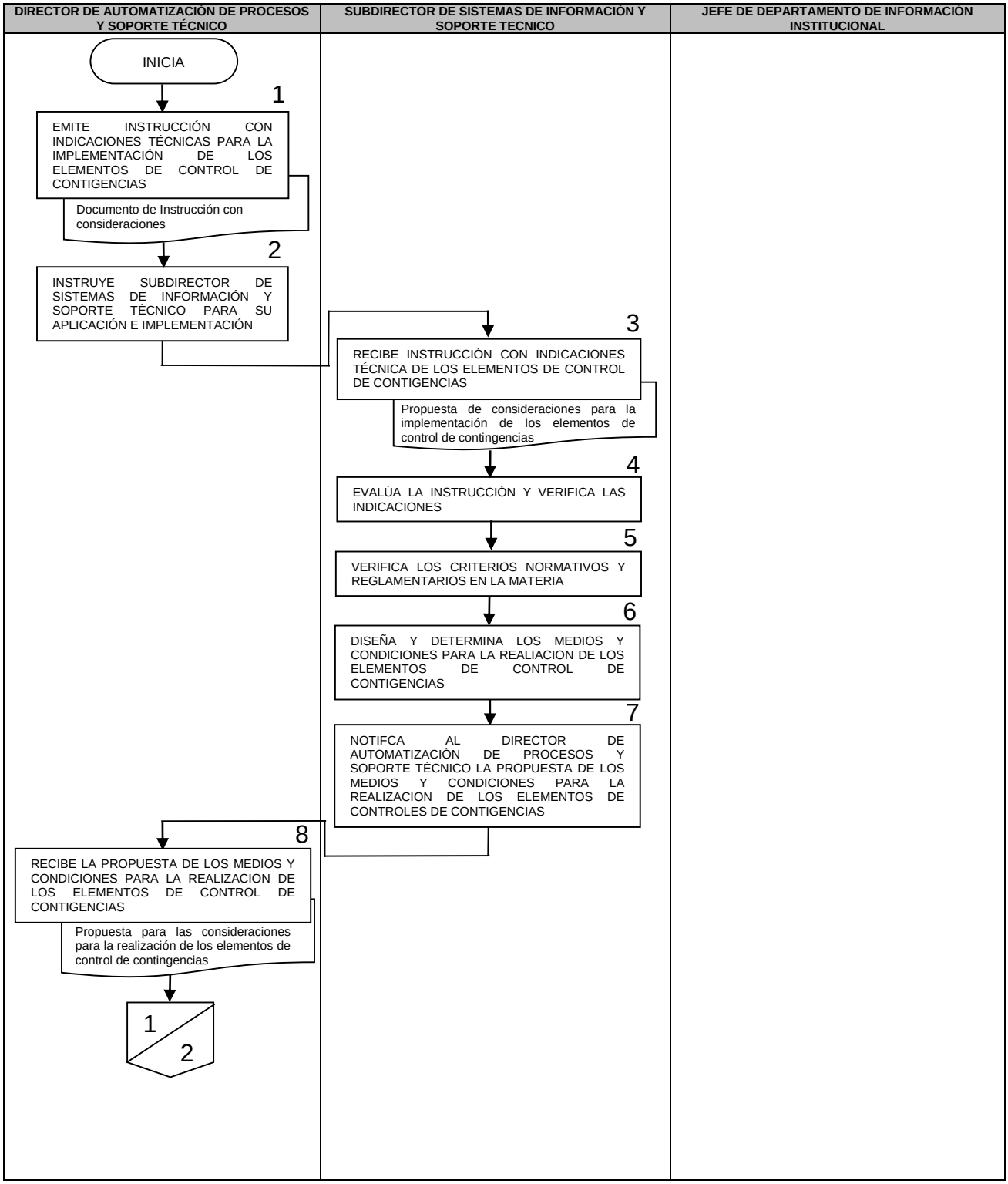
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	1	Emite instrucción con indicaciones técnicas para la implementación de los elementos de control de contingencias	• Documento de instrucción con consideraciones
	2	Instruye al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico para su aplicación e implementación	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	3	Recibe instrucción con indicaciones técnica de los elementos de control de contingencias.	• Propuesta de consideraciones para la implementación de los elementos de control de contingencias
	4	Evalúa la instrucción y verifica las indicaciones.	
	5	Verifica los criterios normativos y reglamentarios en la materia.	
	6	Diseña y determina los medios y condiciones para la realización de los elementos de control de contingencias.	
	7	Notifica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico la propuesta de los medios y condiciones para la realización de los elementos de control de contingencias.	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	8	Recibe la propuesta de los medios y condiciones para la realización de los elementos de control de contingencias. Procede:	• Propuesta de los medios y consideraciones para la realización de los elementos de control de contingencias aprobado
	9	**NO:** Emite consideraciones complementarias para la implementación de los medios y condiciones para la realización de los elementos de control de contingencias, regresa a la actividad 3.	
	10	**SI:** Aprueba propuesta, continúa procedimiento.	
	11	Instruye al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico integre el reporte final de consideraciones complementarias para la implementación de los medios y condiciones para la realización de los elementos de control de contingencias	

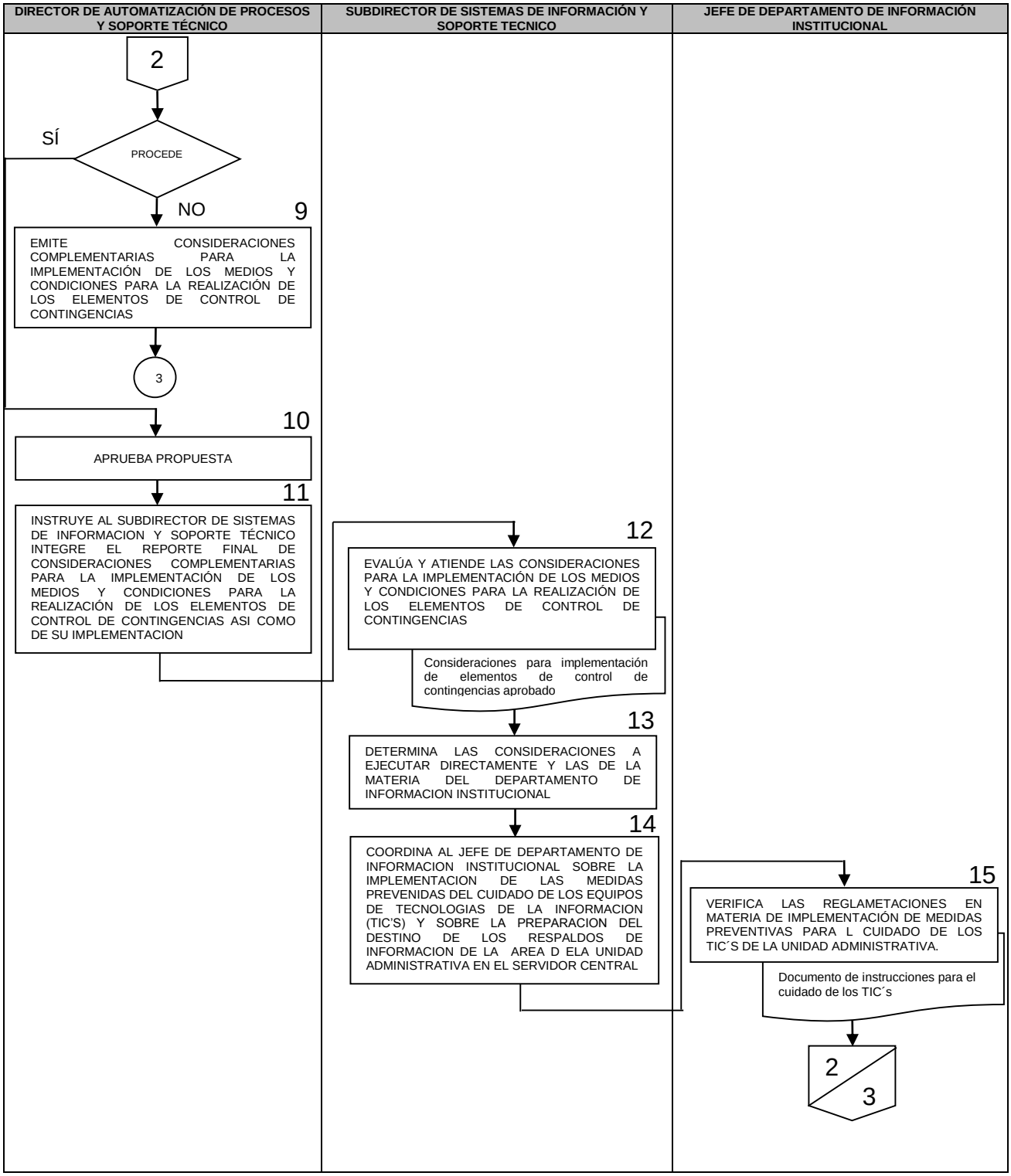
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		así como de su implementación.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	12 13 14	Evalúa y atiende las consideraciones para la implementación de los medios y condiciones para la realización de los elementos de control de contingencias. Determina las consideraciones a ejecutar directamente y las de la materia del Departamento de Información Institucional. Coordina al Jefe de Departamento de Información Institucional sobre la implementación de las medidas preventivas del cuidado de los equipos de Tecnologías de la Información (TIC's) y sobre la preparación del destino de los respaldos de información (backups) de la Áreas de la Unidad Administrativa en el servidor central.	• Consideraciones para la implementación de elementos de control de contingencias aprobado
Jefe de Departamento de Información Institucional	15 16 17	Verifica las reglamentaciones en materia de implementación de medidas preventivas para el cuidado de los TIC's de la Unidad Administrativa. Elabora prontuario conteniendo indicaciones para el cuidado de los TIC's. Presenta al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico prontuario para aprobación.	• Documento de Instrucciones para el cuidado de los TIC's
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	18 19 20	Recibe la propuesta de prontuario conteniendo indicaciones para el cuidado de los TIC's. Procede: **NO:** Emite consideraciones complementarias, regresa a la actividad 16. **SI:** Aprueba propuesta del prontuario con indicaciones para cuidado de los TIC's, continúa procedimiento.	• Comunicado con instrucciones para realizar el respaldo de datos e información.

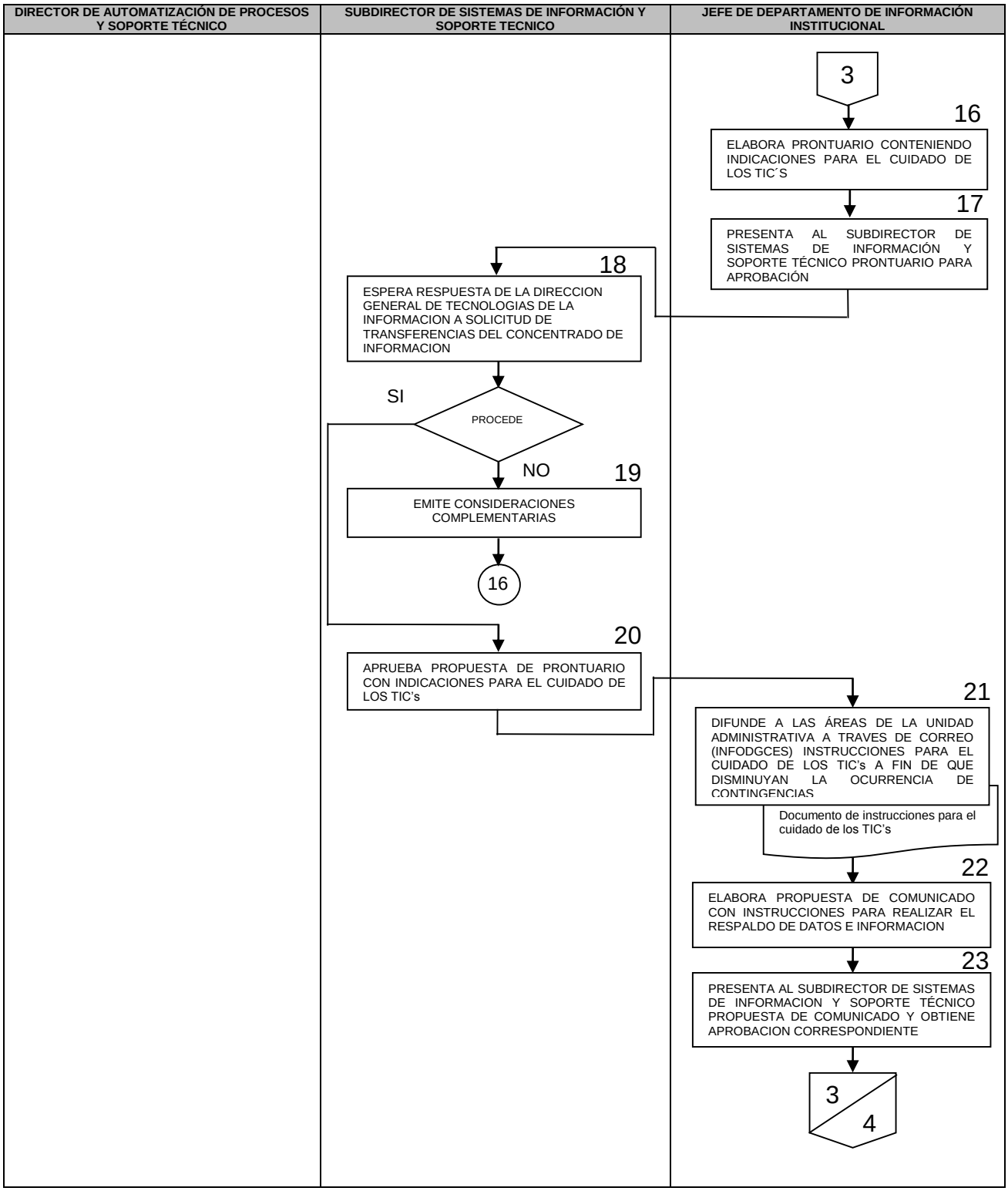
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Información Institucional	21	Difunde a las Áreas de la Unidad Administrativa a través de correo electrónico (Info DGCES) instrucciones para el cuidado de los TIC's a fin de que se disminuyan la ocurrencia de contingencias.	
	22	Elabora propuesta de comunicado con instrucciones para realizar el respaldo de datos e información.	
	23	Presenta al Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico propuesta de comunicado y obtiene aprobación correspondiente.	
	24	Efectúa protocolo en servidor de la Unidad Administrativa en donde se concentrarán los respaldos de información para que las áreas procedan al vaciado de los respaldos.	
Subdirector de Sistemas de Información y Soporte Técnico	25	Notifica a las Áreas de la Unidad Administrativa comunicado con instrucciones para realizar el respaldo de datos e información a concentrar y misma que transferirá al servidor implementado para este fin.	• Oficio con instrucciones para realización de respaldo de información • Concentrado compactado de respaldo de información transferido
	26	Verifica o retroalimenta a las Áreas de la Unidad Administrativa sobre la aplicación de las instrucciones para el respaldo de la información en servidor de la Unidad Administrativa.	
	27	Concentra los respaldos de las Áreas de la Unidad Administrativa y aplica protocolo para compactado de respaldo.	
	28	Ejecuta la transferencia de los respaldos de información a discos duros externos.	
	29	Evalúa la correcta transferencia de Información. Procede:	
	30	**NO:** Elimina respaldo de disco duro externo, regresa a la actividad 25.	

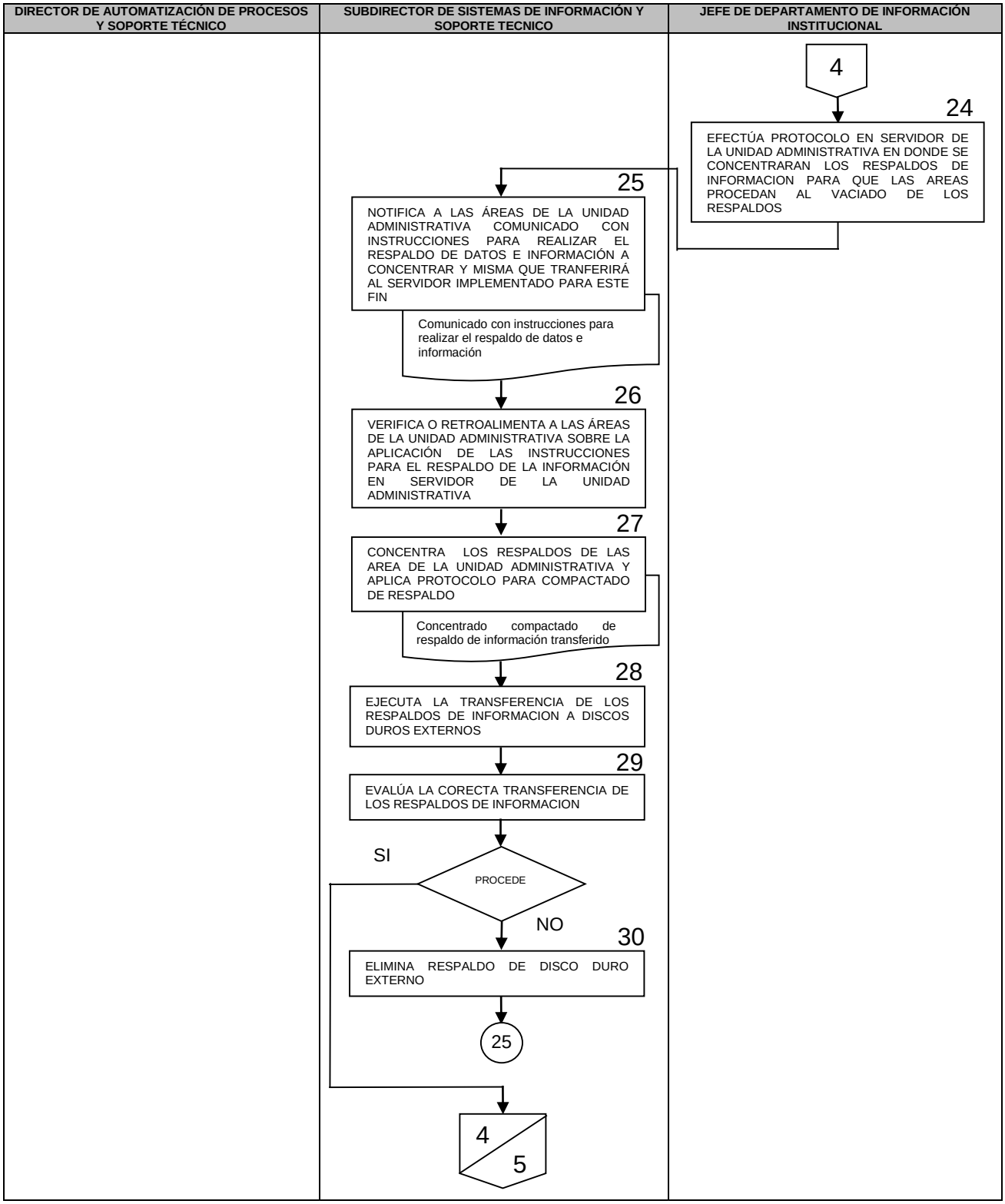
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	31	**SI**: Almacena disco duro externo, continúa procedimiento.	
	32	Sincroniza diariamente la transferencia del concentrado de los respaldos de la Unidad Administrativa.	
	33	Integra informe de resultados de transferencia de concentrado de respaldos de la Unidad Administrativa a disco duro externo.	
	34	Comunica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico informe de resultados para conocimiento.	
	35	Obtiene, conforme al caso o ante la situación de caso fortuito o fuerza mayor, respaldo de información y la restaura en servidor de la Unidad Administrativa para continuar con la operación de las distintas Áreas.	
	36	Comunica al Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico sobre la restauración de los datos e información en servidor de la Unidad Administrativa. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

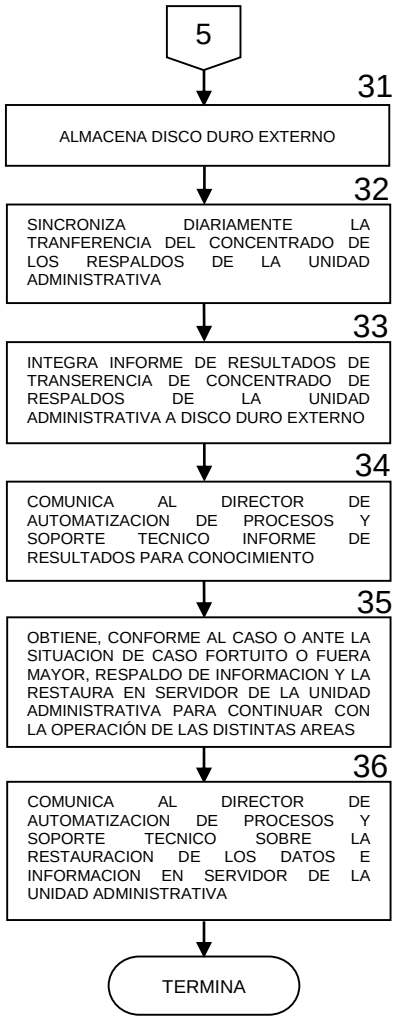



DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
2
SÍ
PROCEDE
NO
9
EMITE CONSIDERACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MEDIOS Y CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE CONTROL DE CONTINGENCIAS
3
10
APRUEBA PROPUESTA
11
INSTRUYE AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION Y SOPORTE TÉCNICO INTEGRE EL REPORTE FINAL DE CONSIDERACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MEDIOS Y CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE CONTROL DE CONTINGENCIAS ASI COMO DE SU IMPLEMENTACION
12
EVALÚA Y ATIENDE LAS CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MEDIOS Y CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE CONTROL DE CONTINGENCIAS
Consideraciones para implementación de elementos de control de contingencias aprobado
13
DETERMINA LAS CONSIDERACIONES A EJECUTAR DIRECTAMENTE Y LAS DE LA MATERIA DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACION INSTITUCIONAL
14
COORDINA AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACION INSTITUCIONAL SOBRE LA IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS PREVENIDAS DEL CUIDADO DE LOS EQUIPOS DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION (TIC'S) Y SOBRE LA PREPARACION DEL DESTINO DE LOS RESPALDOS DE INFORMACION DE LA AREA D ELA UNIDAD ADMINISTRATIVA EN EL SERVIDOR CENTRAL
15
VERIFICA LAS REGLAMETACIONES EN MATERIA DE IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA L CUIDADO DE LOS TIC´S DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.
Documento de instrucciones para el cuidado de los TIC´s
2
3


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
3
16
ELABORA PRONTUARIO CONTENIENDO INDICACIONES PARA EL CUIDADO DE LOS TIC´S
17
PRESENTA AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO PRONTUARIO PARA APROBACIÓN
18
ESPERA RESPUESTA DE LA DIRECCION GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION A SOLICITUD DE TRANSFERENCIAS DEL CONCENTRADO DE INFORMACION
SI
PROCEDE
NO
19
EMITE CONSIDERACIONES COMPLEMENTARIAS
16
20
APRUEBA PROPUESTA DE PRONTUARIO CON INDICACIONES PARA EL CUIDADO DE LOS TIC's
21
DIFUNDE A LAS ÁREAS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA A TRAVES DE CORREO (INFODGCES) INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO DE LOS TIC's A FIN DE QUE DISMINUYAN LA OCURRENCIA DE CONTINGENCIAS
Documento de instrucciones para el cuidado de los TIC's
22
ELABORA PROPUESTA DE COMUNICADO CON INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL RESPALDO DE DATOS E INFORMACION
23
PRESENTA AL SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACION Y SOPORTE TÉCNICO PROPUESTA DE COMUNICADO Y OBTIENE APROBACION CORRESPONDIENTE
3
4


DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO
SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
4
24
EFECTÚA PROTOCOLO EN SERVIDOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA EN DONDE SE CONCENTRARAN LOS RESPALDOS DE INFORMACION PARA QUE LAS AREAS PROCEDAN AL VACIADO DE LOS RESPALDOS
25
NOTIFICA A LAS ÁREAS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA COMUNICADO CON INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL RESPALDO DE DATOS E INFORMACIÓN A CONCENTRAR Y MISMA QUE TRANFERIRÁ AL SERVIDOR IMPLEMENTADO PARA ESTE FIN
Comunicado con instrucciones para realizar el respaldo de datos e información
26
VERIFICA O RETROALIMENTA A LAS ÁREAS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES PARA EL RESPALDO DE LA INFORMACIÓN EN SERVIDOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA
27
CONCENTRA LOS RESPALDOS DE LAS AREA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA Y APLICA PROTOCOLO PARA COMPACTADO DE RESPALDO
Concentrado compactado de respaldo de información transferido
28
EJECUTA LA TRANSFERENCIA DE LOS RESPALDOS DE INFORMACION A DISCOS DUROS EXTERNOS
29
EVALÚA LA CORECTA TRANSFERENCIA DE LOS RESPALDOS DE INFORMACION
SI
PROCEDE
NO
30
ELIMINA RESPALDO DE DISCO DURO EXTERNO
25
4
5

DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SOPORTE TECNICO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la SSA	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	N/A
6.4 Normatividad Técnica en Tecnología de la Información de la Secretaría de Salud, emitida por la Dirección General de Tecnología de la Información	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento Solicitud	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.2 Información a publicar	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.3 Documento de aprobación final	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A
7.4 Expediente documental de solicitudes atendidas	3 años	Departamento de Sistemas de Información	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Backup: (Copia de seguridad) Es la copia total o parcial de información importante del disco duro, CDs, bases de datos u otro medio de almacenamiento. Esta copia de respaldo debe ser guardada en algún otro sistema de almacenamiento masivo, como pueden ser discos duros, CDs, DVDs o cintas magnéticas (DDS, Travan, AIT, SLR,DLT y VXA).

Los backups se utilizan para tener una o más copias de información considerada importante y así poder recuperarla en el caso de pérdida de la copia original.

8.2 Carpeta o directorio electrónico: espacio en el disco duro de una computadora, al cual se le asigna un nombre y sirve para albergar archivos electrónicos de cualquier índole.

8.3 Mecanismo de Control: actúa antes de que la actividad este totalmente concluida. En este caso el control se realiza de modo continuo y no en puntos determinados, de modo que cada elemento de la acción sea el resultado de la rectificación casi instantánea de la acción anterior.

8.4 Servicio FTP: protocolo de comunicación creado para el envío y recepción de archivos electrónicos con alto volumen de información, por sus siglas en inglés File Transfer Protocol.

8.5 Servidor de respaldo: equipo de cómputo con características especiales y superiores a una PC convencional, este equipo tiene conexión a la intranet con la finalidad de que pueda ser visto únicamente por los usuarios internos a la organización con el objetivo de respaldar información de vital importancia para cada una de las diferentes áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

8.6 TIC's: Tecnologías de la información y de comunicaciones, constan de equipos de programas informáticos y medios de comunicación para reunir, almacenar, procesar, transmitir y presentar información en cualquier formato es decir voz, datos y video.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Concentrado compactado de respaldo de información transferido. (disco duro externo)

31. PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR, COORDINAR Y PARTICIPAR EN EVENTOS DE NORMATIVIDAD, MECANISMOS DE CALIDAD Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ESTOMATOLOGÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Representar a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en los distintos seminarios, reuniones, cursos, talleres y demás eventos relativos a la introspección de la normatividad de los mecanismos de calidad en materia de servicios de estomatología y de formación de recursos humanos, para coadyuvar en el cumplimiento de la misión de la unidad administrativa.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Estomatología que establece los lineamientos, a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología que coordina las acciones y al Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología que ejecuta las directrices.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y local, instituciones educativas, personas físicas o morales de los sectores público, privado y educativo, que prestan servicios de atención estomatológica y asistencia social que solicitan la participación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud o de la Dirección de Estomatología en eventos de normatividad, calidad y formación de recursos humanos en estomatología.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del marco jurídico sanitario, calidad y seguridad en la atención estomatológica, en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención estomatológica, asistencia social y la formación de recursos humanos en estomatología.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección de Estomatología, participa en seminarios, reuniones, congresos, talleres o sesiones informativas, a efecto de difundir la información más detallada y completa sobre el marco jurídico vigente, los componentes del proyecto “Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente Estomatológico”, a efecto que los servicios de atención estomatológica que se ofertan y proporcionan a los usuarios del Sistema Nacional de Salud y las instituciones formadoras de recursos humanos en estomatología, cumplan con las características de calidad y seguridad que exige la legislación sanitaria vigente.

3.3 La Dirección de Estomatología es responsable de analizar y determinar la pertinencia de su participación en seminarios, reuniones, congresos, talleres o sesiones informativas de las distintas invitaciones y solicitudes que sean directamente presentadas o indirectamente turnadas e instruidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.4 La Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología, es responsable de dar seguimiento a las solicitudes generadas.

3.5 La Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología, es responsable de atender las solicitudes e instruir al Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología para preparar el material informativo y establecer los criterios para la atención de cada solicitud de acuerdo a la temática requerida.

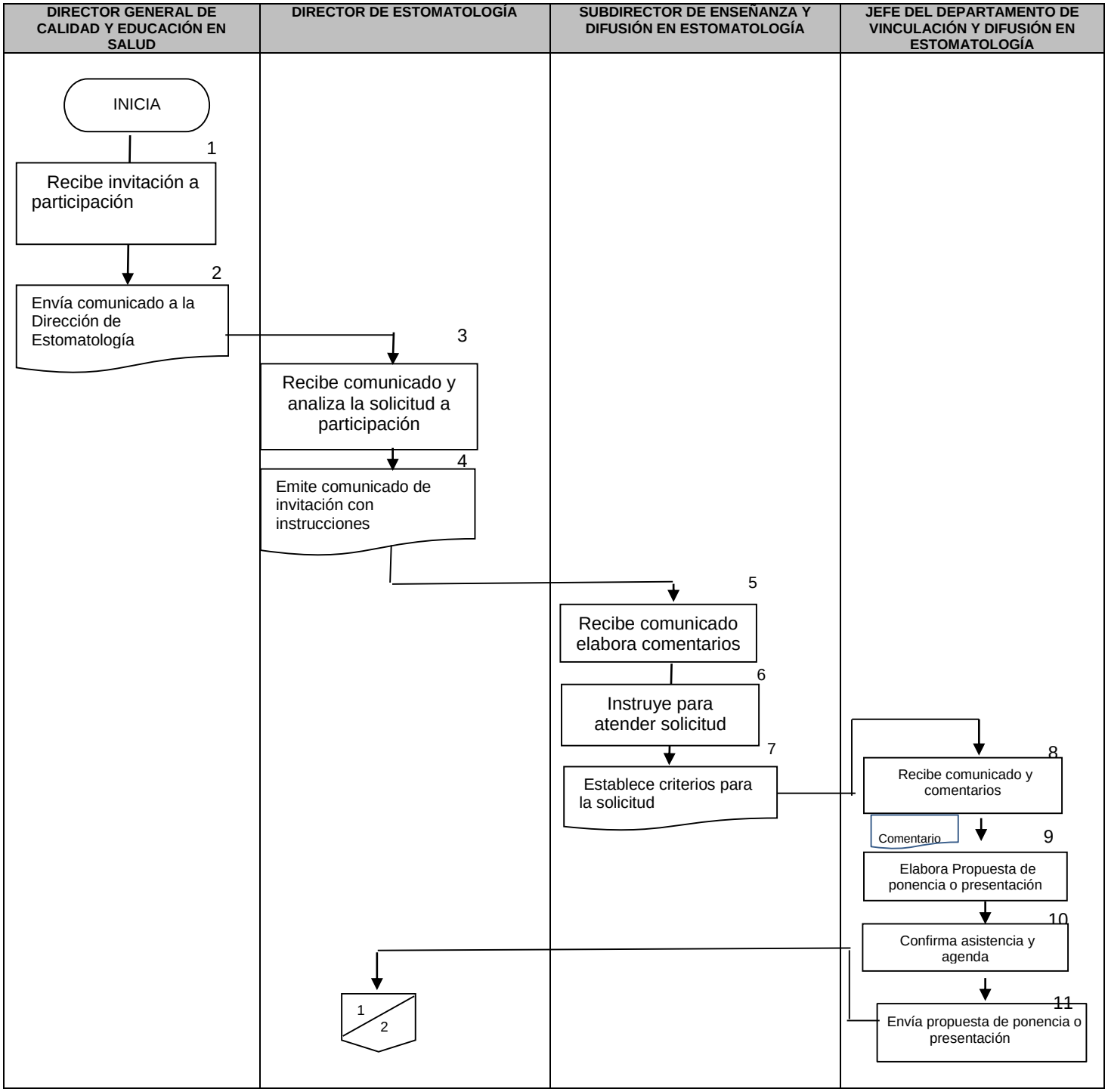
3.6 El Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología, es responsable de asignar personal adecuado para llevar a cabo la revisión del marco referencial de información, el marco jurídico vigente, así mismo prepara y elabora la (s) presentación (es).

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

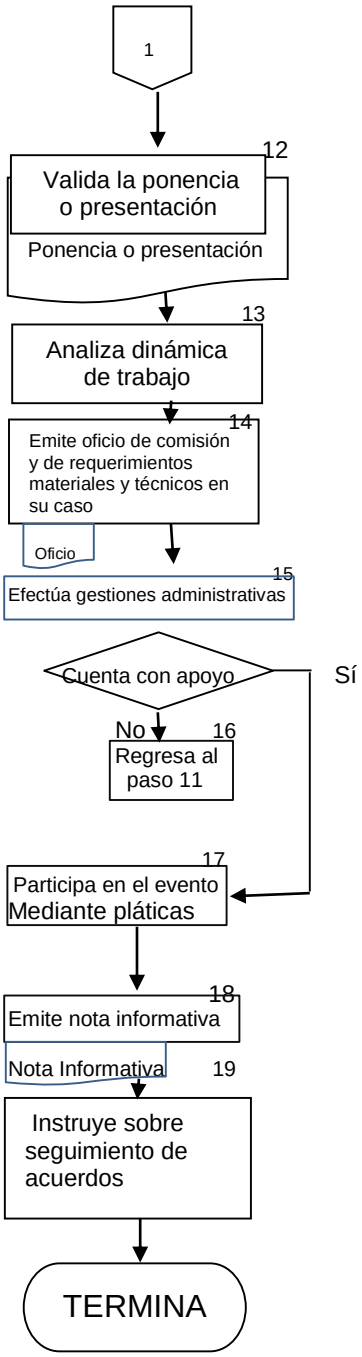
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Participa de la invitación de los sectores: público, privado y educativo, para colaborar en distintos eventos, con la finalidad de proporcionar información más amplia sobre el marco referencial o normativo vigente en materia de servicios estomatológicos de su competencia.	Comunicado de invitación
	2	Envía la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a la Dirección de Estomatología comunicado con consideraciones para su gestión.	
Director de Estomatología	3	Recibe comunicado de invitación con consideraciones y designa folio de control para seguimiento.	Comunicado de invitación con instrucciones
	4	Analiza la solicitud de participación, emite comentarios e instruye a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología su atención respectiva.	
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	5	Recibe comunicado de solicitud y conforme a instrucciones y contenido elabora comentarios para atención.	Comunicado de invitación con comentarios
	6	Propone al Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología, para que asigne personal y prepare material informativo sobre el marco normativo vigente.	
	7	Establece criterios para la atención de la solicitud de acuerdo la temática normativa o referencial requerida.	

Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	8	Recibe comunicado de invitación con comentarios.	Propuesta ponencia o presentación
	9	Elabora propuestas de ponencia o presentación.	
	10	Confirma asistencia y agenda fecha, lugar y hora del evento.	
	11	Envía propuesta de ponencia o presentación a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología para su revisión y validación.	
Director de Estomatología	12	Supervisa la propuesta de ponencia o presentación y conforme al contenido temático referencial o normativo, autoriza ponencia o presentación.	Ponencia o presentación
	13	Analiza la dinámica de trabajo para el desarrollo del evento; conforme al caso aprueba o indica ajustes.	
	14	Emite oficio de comisión y de requerimientos materiales para realización del evento.	Oficio de comisión y de requerimientos materiales y técnicos en su caso
	15	Define las gestiones administrativas para asistencia y contar con los apoyos técnicos y/o materiales. Procede:	
	16	No:(Recibe comunicado de invitación con comentarios, se asigna personal para la revisión del marco referencial, normativo o técnico vigente, elabora propuestas de ponencia o presentación, confirma asistencia y agenda fecha, lugar y hora del evento y envía propuesta de ponencia o presentación a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología para su revisión y validación). Regresa a la actividad 8. Sí: Continúa procedimiento.	
	17	Organiza y participa en el evento mediante pláticas.	
	18	Emite nota informativa o reporte de resultados de participación en el evento, conforme al caso, notifica a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para conocimiento y toma de nota de resultados.	Nota informativa o reporte de resultados
	19	Instruye a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología, de ser necesario, el seguimiento y control de compromisos contraídos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE ESTOMATOLOGÍA	SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.5 Derechos de los médicos y los pacientes	N/A
6.6 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.7 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Ponencia	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	N/A
7.2 Oficio de comisión o de requerimientos de apoyos materiales o técnicos	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	NO. DE OFICIO
7.3 Nota informativa o reporte de resultados de participación a evento	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	NO. DE NOTA INFORMATIVA

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Norma oficial mexicana: instrumento jurídico-sanitario que impone obligaciones a los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores público, social y privado.

8.3 Servicios de asistencia social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.4 Servicios de atención estomatológica: el conjunto de servicios odontológicos que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

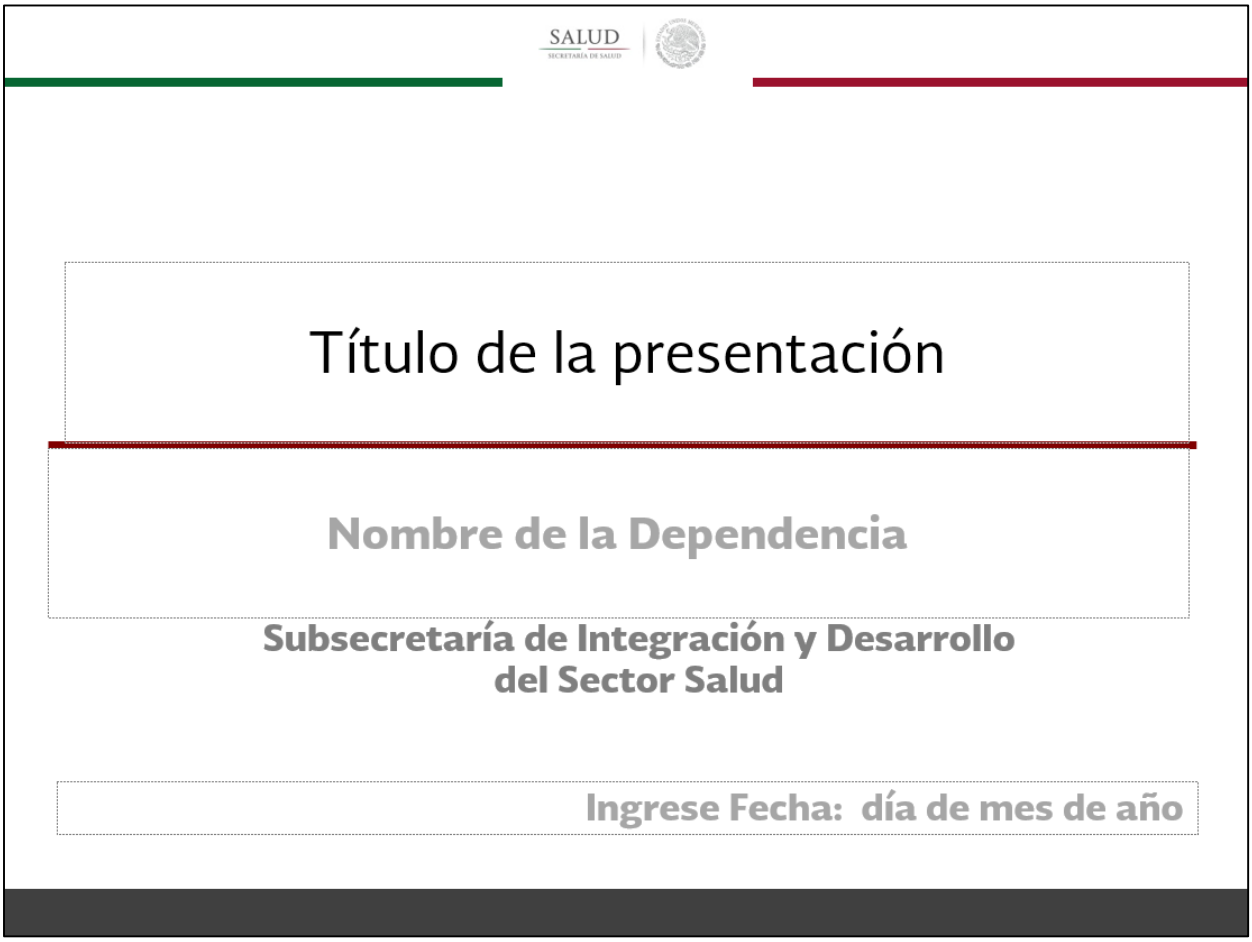
9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Ponencia.
10.2 Oficio de comisión o de requerimientos de apoyos materiales o técnicos.
10.3 Nota informativa o reporte de resultados de participación a evento.

10.1 Ponencia



10.2 Oficio



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG- -2016

México, D.F., a 1° de enero de 2016.

LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA< NEGRITA>
SECRETARIO PARTICULAR DEL
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
P R E S E N T E

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

Con la finalidad de mejorar la calidad en la atención de nuestros usuarios y en virtud de contar con un método <Margen de 2cm, izquierdo, derecho y superior, 2.5cm para margen inferior>

.

Con base en lo anterior, solicito a usted < Soberana Sans 12 puntos> que se adjunta.

Interlineado Sencillo

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

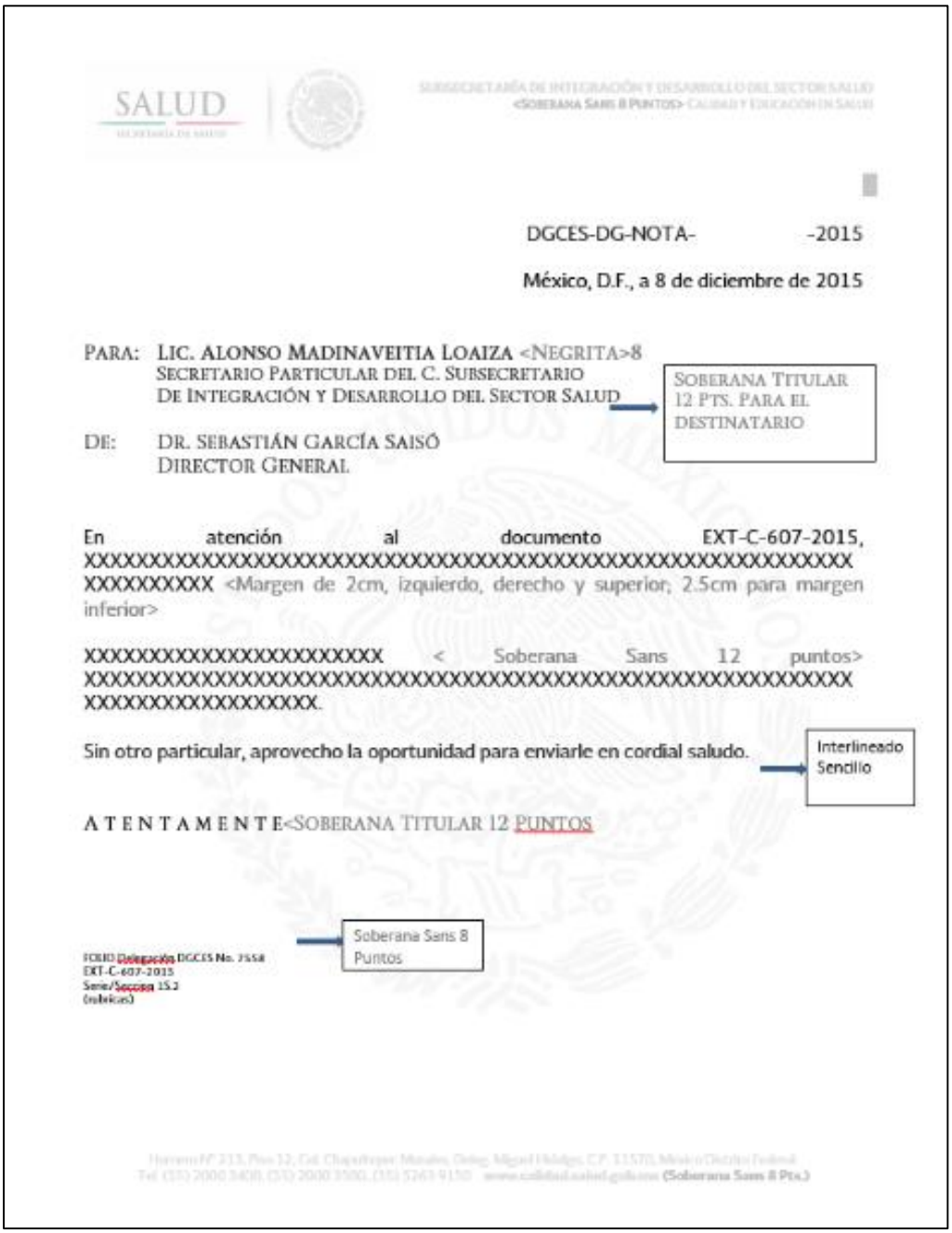
DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ<NEGRITA>

SOBERANA TITULAR 12 PUNTOS PARA EL FIRMANTE

C.c.p.- Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente. <Soberana Sans 9 puntos>
Sección/Serie 15.1
(rúbricas)

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México Distrito Federal
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

10.3 Nota Informativa



SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
<SOBERANA SANS 8 PUNTOS> CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG-NOTA- -2015

México, D.F., a 8 de diciembre de 2015

PARA: LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA <NEGRITA>8
SECRETARIO PARTICULAR DEL C. SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

DE: DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL

En atención al documento EXT-C-607-2015, XXXX

32. PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO, ELABORACIÓN, APLICACIÓN Y DE LA SELECCIÓN DEL EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS ESTOMATOLÓGICAS (ENARE)

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer las formalidades a que se sujeta el diseño, la elaboración y aplicación del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE), a fin de que como resultado de dicho proceso de efectúe la selección de aspirantes a residencias estomatológicas que serán incorporados a las especialidades estomatológicas en las unidades sedes, receptoras de los profesionales en formación del Sistema Nacional de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Estomatología, que coordina el proceso, a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología que se encarga de realizar las estrategias para la elaboración y aplicación del examen y a la Dirección de Educación en Salud, que apoya los mecanismos para el diseño y elaboración del ENARE, a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, que se encarga de la aplicación del ENARE y al Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud que asegura la transparencia del proceso.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a las unidades sedes de residencias en estomatología, donde se realizan las especialidades y la(s) sede(s) donde se aplicará el ENARE. Asimismo, involucra a las jefaturas de enseñanza de las entidades federativas que tengan unidades sede de residencias estomatológicas, donde se lleva a cabo la inscripción de los aspirantes seleccionados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección de Estomatología instruir a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología para que convoque a los grupos de trabajo necesarios para la planeación y desarrollo de los mecanismos de diseño, elaboración y aplicación del ENARE, así como del proceso de selección de aspirantes.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología convocar y coordinar a los grupos de trabajo externos para el desarrollo de los mecanismos de diseño, elaboración y aplicación del ENARE, así como asegurarse de contar con todos los elementos necesarios para la ejecución de dichos procesos y de la selección de aspirantes.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología acordar con los responsables de cada grupo de trabajo las fechas en que se desarrollen las diversas actividades relativas al ENARE.

3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología asegurarse de que los participantes de los grupos de trabajo ejecuten las actividades acordadas.

3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología registrar, analizar y hacer un informe de los avances de las actividades del ENARE, con el objeto de detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte del proceso de diseño, elaboración, aplicación y selección del ENARE.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

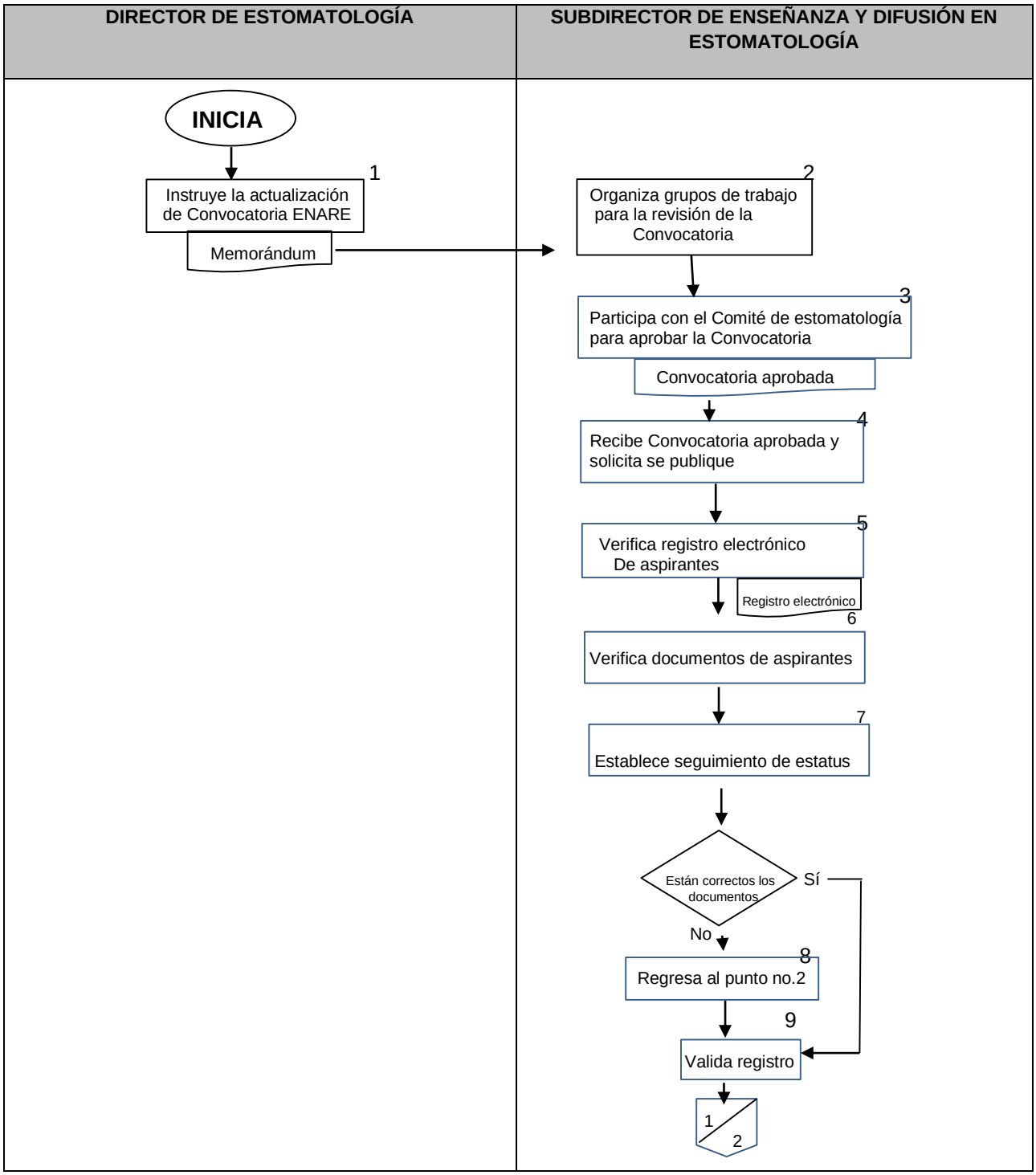
Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o Anexo
Director de Estomatología	1	Instruye a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología para que se actualice la convocatoria del ENARE.	Memorándum
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	2	Organiza reuniones con grupos de trabajo con responsables de las unidades sede de residencias en estomatología para revisión y aprobación de la convocatoria.	Convocatoria aprobada y publicada
	3	Participa con el Comité de Estomatología para aprobación de la convocatoria.	
	4	Recibe del Comité de Estomatología convocatoria aprobada y pide se publique en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, (DGCES), donde se indican los requisitos y fechas para el registro de los aspirantes.	
	5	Verifica el registro por medios electrónicos de los aspirantes para la sustentación del ENARE conforme a las instrucciones publicadas en la convocatoria.	Registro validado y auditoría documental (electrónico)
	6	Verifica los documentos enviados por medios electrónicos durante el registro de aspirantes.	
	7	Establece seguimiento al estatus que guarda el registro.	
	8	Procede NO. Si el aspirante no cumple con los requisitos su registro es anulado y se le indica verificar los requisitos de la convocatoria Regresa al punto 2 (organiza reuniones con grupos de trabajo con responsables de las unidades sede de residencias en estomatología para revisión y aprobación de la convocatoria, convoca al Comité de Estomatología para aprobación de la convocatoria, recibe del Comité de Estomatología convocatoria aprobada y la publica en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en donde se indican los requisitos y fechas para el registro de los aspirantes por internet, verifica el registro por medios electrónicos de los aspirantes para la sustentación del ENARE conforme a las instrucciones publicadas en la convocatoria, revisa los documentos enviados por medios electrónicos durante el registro de aspirantes).	
	9	SÍ. Si el aspirante cumple con los requisitos su registro es validado. Continúa procedimiento.	

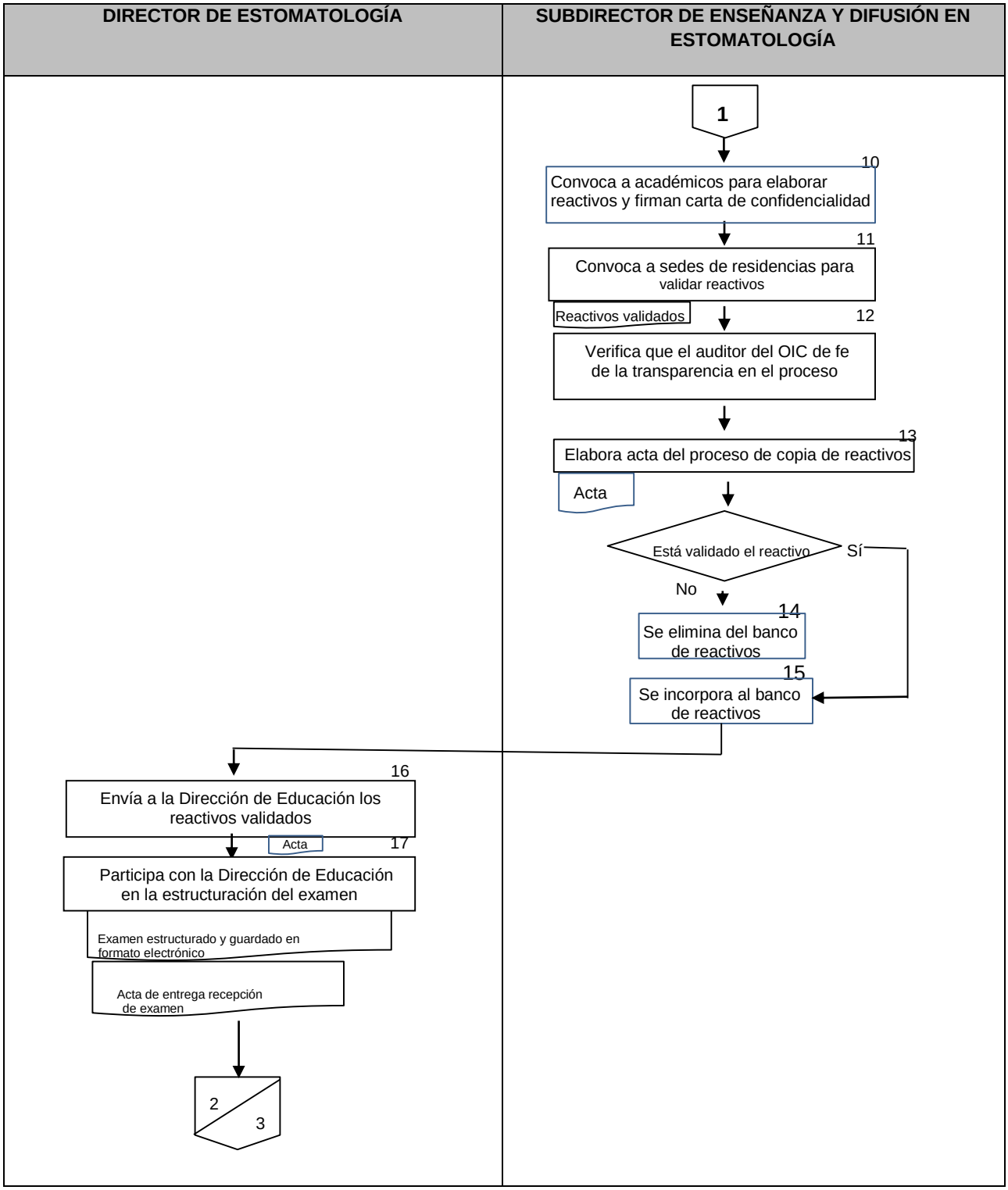
Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o Anexo
	10	Organiza grupos de trabajo de universidades, para participar en los talleres de elaboración de reactivos en la sede designada exclusivamente para ese fin; firman carta de confidencialidad.	Reactivos validados
	11	Organiza grupos de trabajo de unidades sede de residencias estomatológicas para participar en los talleres de validación de reactivos en la sede designada; firman carta de confidencialidad.	Acta de copiado de reactivos
	12	Verifica que un auditor del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud esté presente para validar la transparencia de las diferentes etapas del ENARE.	
	13	Elabora acta del proceso de copia de reactivos.	
	14	¿Está validado el reactivo? NO: se elimina del banco de reactivos	
	15	SÍ: se incorpora al banco de reactivos Procede	
Director de Estomatología	16	Envía a la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) los reactivos validados.	Examen estructurado y guardado en formato electrónico
	17	Participa con la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) en la estructura del examen en sus diferentes versiones.	
	18	Confirma con la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) la realización de pruebas del examen en el área de seguridad asignada para los grupos de trabajo.	Acta de entrega recepción de exámenes
	19	Garantiza que la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) proceda a copiar las versiones del examen en medios electrónicos, en presencia del auditor del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.	
	20	Recibe de la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) las versiones electrónicas del examen para su resguardo y traslado a la sede de aplicación del examen.	
	21	Emite acta sobre el proceso efectuado.	
	22	Carga la versión respectiva del examen en el servidor designado exclusivamente para ese fin en presencia del auditor del Órgano Interno de Control.	
	23	Supervisa la realización por parte de la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) de la prueba de presentación en pantalla del examen cargado en el servidor.	Actas de aplicación del ENARE
	24	Coordina la logística de aplicación en la sede.	
	25	Supervisa la aplicación del examen en sus diferentes versiones y en los horarios determinados de acuerdo a los mecanismos establecidos	

Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o Anexo
	26	Confirma se imprima hoja con resultado y se le haga entrega a cada aspirante.	
	27	Ratifica que la Dirección de Educación en Salud (CIFRHS) realice copia electrónica de los resultados del examen.	
	28	Emite acta sobre el proceso efectuado con la validación al proceso por parte del representante del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.	
	29	Envía a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico los resultados del ENARE para que se publiquen en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Resultados publicados en la página web
	30	Emite acta sobre el proceso efectuado.	Acta de publicación de resultados
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	31	Envía a los responsables de residencias en estomatología en unidades sede de residencias estomatológicas, la relación de aspirantes que pasan a la etapa de selección hospitalaria para que se efectúe la validación	Listado de aspirantes seleccionados a etapa de evaluación hospitalaria
	32	Determina en conjunto con los responsables de residencias en estomatología en unidades sedes de residencias estomatológicas, cuáles aspirantes cumplen los requisitos y son seleccionados para cursar una residencia estomatológica de acuerdo a las bases de la convocatoria en presencia del auditor del Órgano Interno de Control.	Listado de aspirantes seleccionados a cursar residencia estomatológica
	33	Emite acta sobre el proceso efectuado.	
	34	Envía a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico la lista de aspirantes seleccionados a cursar una residencia estomatológica.	Acta de selección de aspirantes
	35	Verifica se publique la lista de aspirantes seleccionados de acuerdo a la especialidad y la sede seleccionada en presencia del auditor del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.	
	36	Elabora acta sobre el proceso efectuado.	

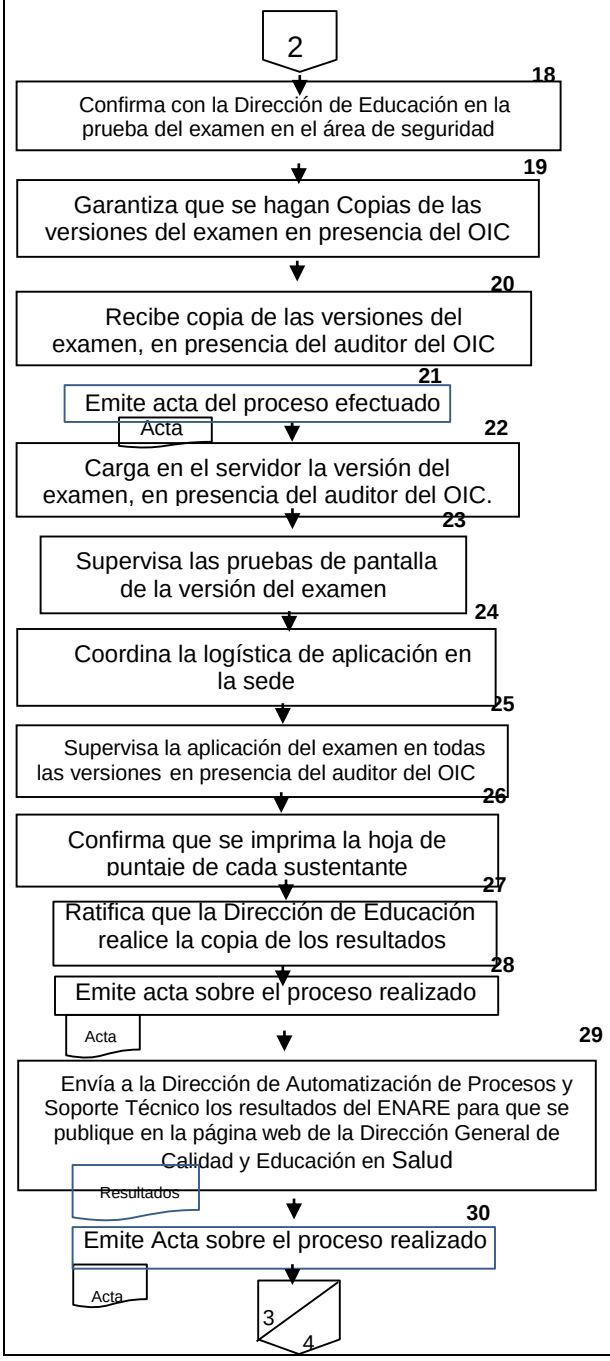
Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o Anexo
Director de Estomatología	37	Envía información de aspirantes seleccionados a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para que se incluyan en el banco de datos de especialidades y puedan ser consultados en las jefaturas de enseñanza estatales y de sedes de residencias estomatológicas para emitir cartas de adscripción de residentes.	Cartas de adscripción
	38	Supervisa que la jefatura de enseñanza de cada sede emite las cartas de adscripción a los residentes seleccionados para que procedan a su inscripción. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

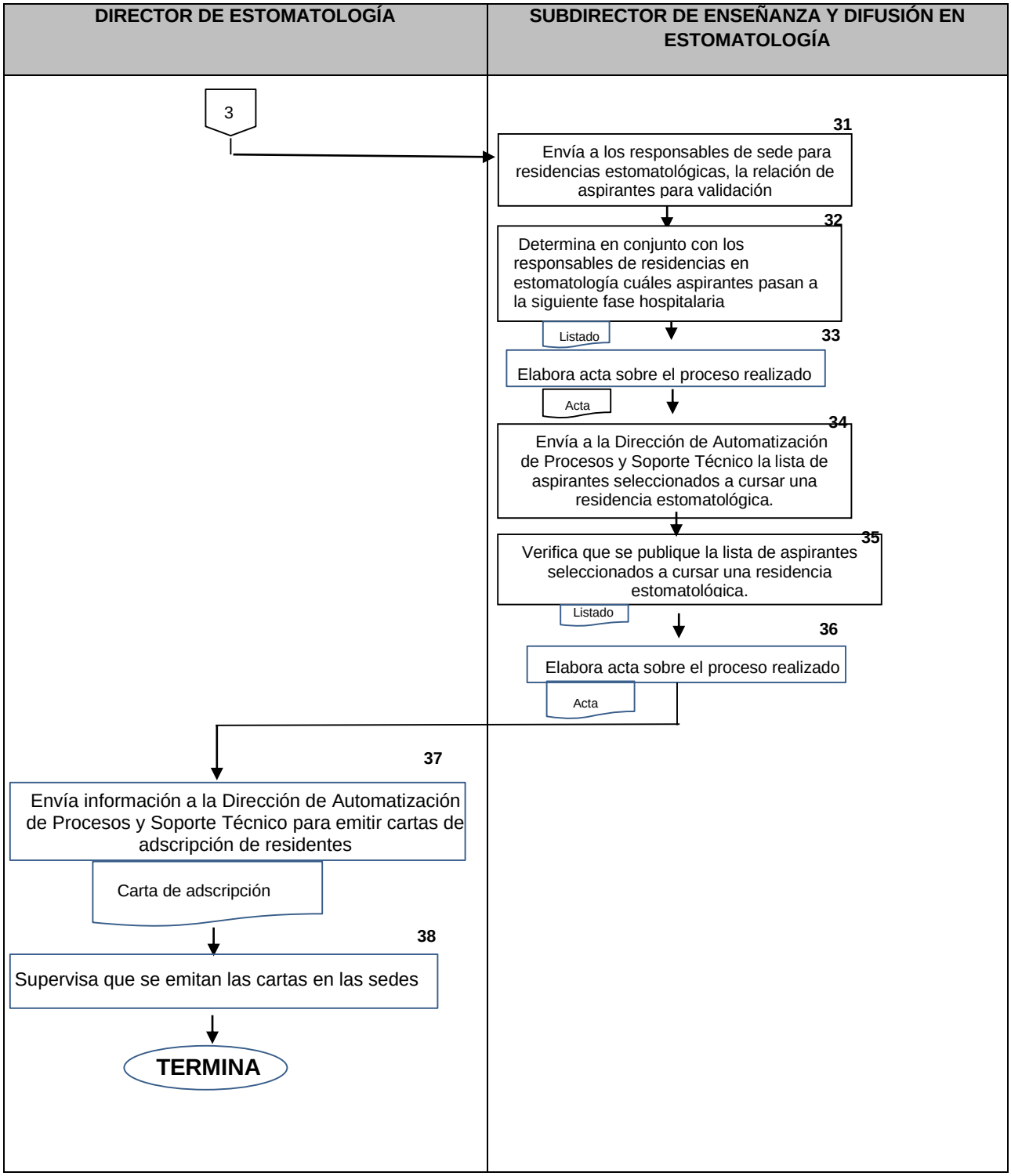
5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE ESTOMATOLOGÍA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA
1
10
Convoca a académicos para elaborar reactivos y firman carta de confidencialidad
11
Convoca a sedes de residencias para validar reactivos
Reactivos validados
12
Verifica que el auditor del OIC de fe de la transparencia en el proceso
13
Elabora acta del proceso de copia de reactivos
Acta
Está validado el reactivo
Sí
No
14
Se elimina del banco de reactivos
15
Se incorpora al banco de reactivos
16
Envía a la Dirección de Educación los reactivos validados
Acta
17
Participa con la Dirección de Educación en la estructuración del examen
Examen estructurado y guardado en formato electrónico
Acta de entrega recepción de examen
2
3

DIRECTOR DE ESTOMATOLOGÍA	SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA




DIRECTOR DE ESTOMATOLOGÍA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN EN ESTOMATOLOGÍA
3
31
Envía a los responsables de sede para residencias estomatológicas, la relación de aspirantes para validación
32
Determina en conjunto con los responsables de residencias en estomatología cuáles aspirantes pasan a la siguiente fase hospitalaria
Listado
33
Elabora acta sobre el proceso realizado
Acta
34
Envía a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico la lista de aspirantes seleccionados a cursar una residencia estomatológica.
35
Verifica que se publique la lista de aspirantes seleccionados a cursar una residencia estomatológica.
Listado
36
Elabora acta sobre el proceso realizado
Acta
37
Envía información a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico para emitir cartas de adscripción de residentes
Carta de adscripción
38
Supervisa que se emitan las cartas en las sedes
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	1C.7
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la CIFRHS	N/A
6.4 Convocatoria para el ENARE	N/A
6.5 Reglamento del ENARE	N/A
6.6 NOM 090 SSA1 1994. Incluye a la Cirugía Maxilofacial, la Estomatología Pediátrica y la Prótesis Maxilofacial	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Base de datos de aspirantes registrados	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	Medio electrónico
7.2 Programa de actividades de elaboración y validación de reactivos	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	No. de oficios
7.3 Banco de reactivos	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	Medio electrónico
7.4 Examen en sus distintas versiones	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	Medio electrónico
7.5 Base de datos de resultados del examen	5 años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	Medio electrónico

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Aspirante a residencias estomatológicas: Es el profesional de la odontología que pretende realizar una residencia estomatológica en las unidades sede.

8.2 Residencia: Conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

8.3 Residencia estomatológica: Es la especialidad de la odontología que se realiza en unidades hospitalarias sede con las características de las residencias médicas, de acuerdo a la NOM 090 SSA1 1994. Incluye a la cirugía maxilofacial, la estomatología pediátrica y la prótesis maxilofacial.

8.4 Responsables de residencias en estomatología en unidades sede: Son los encargados de supervisar y evaluar a los residentes de residencias estomatológicas en las unidades sede. Asimismo, son los responsables ante las autoridades de la Secretaría de Salud y de las universidades que avalan los cursos de especialidad.

8.5 Sede de aplicación del examen: Es el lugar donde se aplicará el ENARE y que cumple los requisitos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales suficientes para cumplir con los requerimientos del mismo.

8.6 Unidades sede de residencias estomatológicas: Unidad médica receptora de residentes en la que el residente puede cursar la totalidad de la especialidad, por contar con la infraestructura y la productividad que propicien su incremento de conocimientos, desarrollo de destrezas y actitudes profesionales propias de la disciplina.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP en octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cuadro de sedes de residencias estomatológicas
10.2 Cédula de evaluación hospitalaria
10.3 Guía de evaluación de la cédula
10.4 Convocatoria para el ENARE
10.5 Instructivo para la aplicación del ENARE
10.6 Reglamento del ENARE
10.7 Actas del ENARE

10.1 Cuadro de Sedes de Residencias Estomatológicas

DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR SEDE

RESIDENCIAS ESTOMATOLÓGICAS

ISSSTE

SEDE	NO. DE PLAZAS ASIGNADAS		ESPECIALIDAD	AVAL UNIVERSITARIO
	NAL	EXT		
HOSPITAL 1° DE OCTUBRE, MEXICO, D. F.	2	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.N.A.M.
HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE", MEXICO, D. F.	2	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.N.A.M.
HOSPITAL " IGNACIO ZARAGOZA" MEXICO, D. F.	2	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.N.A.M.
HOSPITAL " ADOLFO LOPEZ MATEOS" MEXICO, D. F.	2	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.N.A.M.

SSA

SEDE	NO. DE PLAZAS ASIGNADAS		ESPECIALIDAD	AVAL UNIVERSITARIO
	NAL	EXT		
HOSPITAL GENERAL "JUAREZ" MEXICO, D. F.	3	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.N.A.M.
CENTRO MEDICO "ADOLFO LOPEZ MATEOS", TOLUCA, MEX.	3	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.A.E.M.
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO", S. L. P.	2	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.A.S.L.P.
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "DR. JUAN I. MENCHACA", GUADALAJARA, JAL.	3	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.DE G.
CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES "DR. RAFAEL LUCIO", XALAPA, VER.	3	1	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.V.
HOSPITAL METROPOLITANO, MONTERREY, N. L.	1	2	CIRUGIA MAXILO FACIAL	U.A.N.L.

SEDE	NO. DE PLAZAS ASIGNADAS		ESPECIALIDAD	AVAL UNIVERSITARIO
	NAL	EXT		
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA, MEXICO, D.F.	6	1	ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA	U.N.A.M.
HOSPITAL INFANTIL DE TAMAULIPAS, TAMPS.	4	1	ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA	U.N.A.M.
HOSPITAL DEL NIÑO POBLANO, PUEBLA	3	1	ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA	B.U.A.P.

SEDE	NO. DE PLAZAS ASIGNADAS		ESPECIALIDAD	AVAL UNIVERSITARIO
	NAL	EXT		
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, MEXICO, D. F.	3	1	PROTESIS MAXILO FACIAL	U.N.A.M.

http://dgces.salud.gob.mx/enare/web/index.php

10.2 Cédula de Evaluación Hospitalaria

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA
EVALUACIÓN HOSPITALARIA
Unidades Sede de los Cursos de Residencias en Estomatología.

Nombre de la Unidad Hospitalaria:_____ Fecha _____

1. **Entrevista Personal (20 puntos)**
2. **Adaptación al Medio Hospitalario (10 puntos)**
   - Relaciones Humanas
3. **Destrezas inherentes a la especialidad (10 puntos)**
   - Habilidad Manual (7 puntos)
   - Evaluación de Conocimientos de la Especialidad (3 puntos)
4. **Evaluación Actitudinal (20 puntos)**
   - Exposición Temática (10 puntos)
   - Trabajo en Equipo (4 puntos)
   - Traducción y resumen de artículo en inglés (3 puntos)
   - Presentación del caso clínico (3 puntos)

	ENTREVISTA PERSONAL	ADAPTACIÓN AL MEDIO HOSPITALARIO	DESTREZAS INHERENTES A LA ESPECIALIDAD		EVALUACIÓN ACTITUDINAL				CALIFICACIÓN FINAL
NOMBRE DEL ASPIRANTE	ENTREVISTA PERSONAL	RELACIONES HUMANAS	HABILIDAD MANUAL	EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD	EXPOSICIÓN TEMÁTICA	TRABAJO EN EQUIPO	TRAD. Y RESUMEN DE ART. INGLÉS	PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	

Director del Hospital

Jefe de Enseñanza Capacitación e Investigación

Profesor Titular

10.3 Guía de Evaluación de la Cédula

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN HOSPITALARIA

	20	10	5	0
ACTITUD CON SUS COMPAÑEROS	**EXCELENTE**	**DESEABLE**	**CON RESERVAS**	**DEFICIENTE**
Se refiere al comportamiento que mostro ante sus compañeros del grupo	Muy proactivo, confiado y tranquilo; Atento y muy interesado; Siempre de acuerdo y relajado.	Proactivo, confiado y tranquilo. Atento e interesado; Generalmente de acuerdo y relajado.	Poco proactivo, Aislado, desinteresado. Ansioso, inseguro y pasivo.	Nada proactivo, agresivo y retador; resentido y molesto, por regla desaprueba las indicaciones.

	20	10	5	0
TEMPERAMENTO	**EXCELENTE**	**BUENA**	**SUFICIENTE**	**DEFICIENTE**
Tipo de temperamento que mostró el aspirante durante su etapa de estancia hospitalaria	Extrovertido, activo y emprendedor. Muestra interés por destacar y ser líder del grupo. Desinhibido y agradable para la mayoría del grupo y personal del servicio.	Introvertido, tranquilo, de personalidad amable, interesado en despertar afecto y ser aprobado.	Introvertido, inseguro, se mantiene en el grupo pero sin intervenir / Exageradamente extrovertido, protagonista, siempre quiere intervenir sin meditar, causando molestia en el grupo.	Amorfo y apático. Muy introvertido, muy inseguro, siempre elude la compañía. Se mantiene totalmente aislado del grupo.

	20	10	5	0
LIMPIEZA Y ASIDUIDAD	**EXCELENTE**	**BUENA**	**SUFICIENTE**	**DEFICIENTE**
Se refiere al arreglo y limpieza personal, y a la preocupación que muestra el aspirante en estar a tiempo a sus actividades y labores asignadas.	Nunca llegó tarde al lugar y hora que se les citó	Llegó tarde pocas veces y siempre con justificación.	Llegó varias veces tarde en algunas sin justificación	Por lo general siempre llegó tarde y mostró poco interés en ser puntual.

	20	10	5	0
SOCIALIZACIÓN EN GENERAL	**EXCELENTE**	**DESEABLE**	**CON RESERVAS**	**INDESEABLE**
Capacidad del aspirante para integrarse al grupo de compañeros y residentes y al ambiente hospitalario en general.	Se integró fácil y rápidamente sin ningún problema, logrando un grado alto de empatía con todo el grupo de aspirantes y con el personal del servicio.	Se integro lentamente sin ningún problema, logrando un buen grado de empatía con casi todo el grupo de aspirantes y personal del servicio.	Se integro con dificultad y con algunos problemas, logrando un grado aceptable de empatía con parte del grupo de aspirantes y del personal del servicio.	No se logró integrar al grupo, se mantuvo aislado e introvertido, Se vió inmiscuido en problemas personales con el grupo de aspirantes o con personal del servicio.

10.4 Convocatoria para el ENARE

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEP SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
COMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA
EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS ESTOMATOLÓGICAS 2016

I. PRESENTACIÓN

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud y el Comité de Estomatología de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, de conformidad con los artículos 6 fracción VI, 89, 90, 91 y 92 de la Ley General de Salud; artículos PRIMERO, TERCERO fracciones IV, V, IX y XVIII, SEXTO y SÉPTIMO del Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; fracciones I, III y IV del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; así como el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en su artículo 18, fracciones XXI, XXVI, XXVI Bis 1, se convoca a los estomatólogos mexicanos y extranjeros que estén interesados en realizar un curso universitario de especialización estomatológica en el Sistema Nacional de Salud a sustentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas, que se llevará a cabo el día 22 de septiembre de 2016 a través del proceso asentado en el presente documento.

II. COMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA.

El Comité de Estomatología (CE), depende de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) que está integrada por las Secretarías de Salud, de Educación Pública y de Hacienda y Crédito Público, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior , el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica. En el ámbito de la salud bucodental también participan la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Odontología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, el Instituto Politécnico Nacional, la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, el Consejo Nacional de Educación Odontológica, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la Universidad Autónoma del Estado de México, la Universidad Autónoma Metropolitana y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey.
La Secretaría de Salud junto con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud a través del Comité de Estomatología, son corresponsables de vigilar la legalidad, imparcialidad y calidad del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE), por lo que consideran en la emisión de los requisitos, condicionantes, modalidades y criterios de la presente convocatoria lo siguiente:

La planeación racional de la formación de recursos humanos para la atención estomatológica de especialidad, que tras diversos análisis retrospectivos y sus tendencias sobre el resultado de las selecciones pasadas, así como el criterio académico de las instituciones representadas nos motivan a disponer los términos para la inscripción al ENARE.

1

10.5 Instructivo para el ENARE

COMISION INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
COMITE DE ESTOMATOLOGIA
EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS ESTOMATOLOGICAS

INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO, INGRESO Y APLICACION DEL EXAMEN

EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS ESTOMATOLOGICAS 2012

Para la aplicación del Examen, los aspirantes deben cumplir los siguientes lineamientos:

1. FECHAS DE APLICACION

Las únicas fechas de aplicación son el viernes 28, sábado 29 y domingo 30 de septiembre
De no asistir los sustentantes el día y hora asignados, no podrán sustentar el Examen.

2. HORARIOS DE APLICACION

2.1. PARA EL REGISTRO:

Primer Turno: De 7:00 a 8:00 hrs
Segundo Turno: De 14:00 a 15:00 hrs

2.2. PARA EL INGRESO A LA SEDE

Primer Turno: De 7:30 a 8:00 hrs.
Segundo Turno: 14:30 a 15:00 hrs

2.3. PARA LA APLICACION

Primer Turno: De 8:00 a 12:00 hrs
Segundo Turno: De 15:00 a 19:00 hrs

3. INDICACIONES PARA EL INGRESO A LA SEDE DEL EXAMEN

3.1. REGISTRO

3.1.1. Presentación en la Sede

- 3.1.1.1. El sustentante debe de presentarse en tiempo y forma en la Sede
- 3.1.1.2. Únicamente se permite el acceso al sustentante el día y hora que se le asignó
- 3.1.1.3. No se permiten acompañantes dentro de la Sede

3.1.2. Uso del Area de Paquetería para:

- 3.1.2.1. Resguardar objetos voluminosos (maletas, mochilas, etc.)
- 3.1.2.2. En caso de portar dispositivos electrónicos (celulares, calculadoras, ipod, palm, etc) también deberá dejarlos en el Area de Paquetería.

10.6 Reglamento del ENARE

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
COMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA
EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS ESTOMATOLÓGICAS

REGLAMENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN

1. Solo se permitirá el acceso a la sede al estomatólogo sustentante.
2. El sustentante debe presentarse el día del examen con identificación oficial (Credencial del IFE, Pasaporte vigente o Cédula Profesional) 60 minutos antes del inicio del mismo para su registro.
   Registro de Aspirantes: 7:00 hrs. – 8:00 hrs. y 14:00 hrs. – 15:00 hrs.
   Aplicación de examen: 8:00 hrs. – 12:00 hrs. y 15:00 hrs. – 19:00 hrs.
   De acuerdo al horario y fecha que se les haya asignado.
3. La tolerancia máxima para el inicio del examen será de 15 minutos después de la hora indicada para el comienzo, dependiendo del horario asignado.
4. Queda prohibida la introducción de cualquier dispositivo electrónico o de telefonía celular durante la aplicación del examen. La contravención a esta disposición será motivo de cancelación del mismo.
5. No se asumirá ninguna responsabilidad por aquellos dispositivos o teléfonos celulares que deban recogerse al ingreso al examen.
6. Al finalizar el examen se le entregará el puntaje obtenido en el mismo, **QUE NO ES VÁLIDO COMO CONSTANCIA DE SELECCIÓN,** toda vez que el examen representa la primera fase del proceso de selección.

10.7 Actas del ENARE

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEP SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Comité de Estomatología

Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas 2016

ACTA DE HECHOS DE LA RECEPCIÓN DE EXÁMENES CON SUS RESULTADOS EN DISCO COMPACTO, A LA EMPRESA DE TRASLADO DE VALORES

Siendo las __:__ horas del día 26 de septiembre de dos mil dieciséis, se reunieron en el búnker de la Dirección de Estomatología ubicada en la calle de Homero 213, piso 13, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570 de la Ciudad de México, los CC. Luis Javier Espinosa Pinto, Coordinador de Sede; Fernando Francisco Calderón Juárez, Enlace de la DGCES; Enrique Padilla Gutiérrez, Representante del CE; Eduardo Javier Muñoz Pinchetti, Notario Público Número 71 de la Ciudad de México, Con el fin de efectuar la recepción de exámenes en disco compacto, se presentó el C. _____ de la Compañía Transportadora de Valores (SEGURITEC) identificándose con credencial de la empresa de seguridad folio _____, el cual realizó la **ENTREGA** del siguiente:
los discos (original y copia) con la base de datos con los resultados de la aplicación de los exámenes del día 22 de septiembre, con folio y comprobante de servicio_____
.----------

Se comprobó que la entrega se realizó de manera completa, no presentándose incidencia alguna. No habiendo más que agregar se da por terminada la presente acta a las __:__ horas, firmando al calce los que en ella intervinieron

Coordinador de Sede	Representante del C. E.
Luis Javier Espinosa Pinto	Enrique Padilla Gutiérrez
Notario Público no. 71 de la Ciudad de México	Enlace de la DGCES

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEP SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Comité de Estomatología

Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas 2016

ACTA DE HECHOS DE LA ENTREGA DE EXÁMENES A LA EMPRESA DE TRASLADO DE VALORES

Siendo las 11:00 horas del día 21 de septiembre de dos mil dieciséis, se reunieron en Homero 213 piso 13, Col. Chapultepec Morales, de la ciudad de México, D.F., el C. D. Luis Javier Espinosa Pinto, Coordinador de la Sede; el C. Ing. Luis Enrique Reyes Echegaray, Coordinador de Red, C. D. Enrique Padilla Gutiérrez, Director de Estomatología y el Lic. Eduardo Javier Muñoz Pinchetti, Notario Público no. 71 de la Ciudad de México para la elaboración de las versiones del examen que se aplicará el 22 de septiembre.

Se presentó el C. José Antonio Salazar Camacho de la Compañía SEGURITEC, que se identifica con credencial No. De Folio: HELB 0290 el cual realizó hizo la **RECEPCIÓN** de los discos que contienen las 2 versiones del examen (original y respaldo), que están contenidos en 4 bolsas de segurisello con los números: GS 131826, GS 131827, GS 131828 y GS 131829. El respaldo del servidor original y copia se empaquetará en las bolsas segurisello número: GS 131850 y GS 131852, después de realizar el procedimiento de borrado y formateado del mismo.

Se comprobó que la entrega se realizó de manera completa para la aplicación del día 22 de septiembre, los exámenes se trasladarán a la sede de acuerdo a bitácora.

Terminado el procedimiento se eliminó la información en el servidor del bunker de la Dirección de Estomatología.

Coordinador de Sede

C. D. Luis Javier Espinosa Pinto

Notario Público no. 71 de la Ciudad de México

Lic. Eduardo Javier Muñoz Pinchetti

Coordinador de Red

Representante del Comité de Estomatología

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEP SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Comité de Estomatología

Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas 2016

ACTA DE ENTREGA DEL EXAMEN APLICADO CON SUS RESULTADOS

Siendo las 12:00 horas del día 3 de octubre de dos mil dieciseis, se reunieron en Homero 231, piso 13, Col. Chapultepec Morales, C. P. 11570, los CC. Luis Javier Espinosa Pinto, Coordinador de Sede; Enrique Padilla Gutiérrez, Representante del CE ; el Lic. Eduardo Javier Muñoz Pinchetti, Notario Público no. 71 de la Ciudad de México.----------

Con el fin de efectuar la entrega de los resultados y los exámenes aplicados en formato electrónico. Se presentó el C. Juan Gerardo Rodríguez Villagrán de la Compañía transportadora de valores (SEGURITEC) identificándose con credencial del I. F. E no. 1963011303118, el cual realizó la **RECEPCIÓN** por parte de la empresa de traslados, de los discos que contienen las bases de datos con las aplicaciones del día 22 de septiembre, así como los resultados de los mismos en original y respaldo, contenidas en 1 bolsas con folio PF007620133, con comprobante de servicio 166263750----------

Se comprobó que la recepción se realizó de manera completa y no se presentó incidencia .No habiendo más que agregar se da por terminada la presente acta a las 12:30 horas, firmando al calce los que en ella intervinieron.----------

Coordinador de Sede

Luis Javier Espinosa Pinto

Notario No. 71 de la Ciudad de México

Eduardo Javier Muñoz Pinchetti

Representante del CE

33. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS Y VIGILAR LA APLICACIÓN DE LA REGULACIÓN EN EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL EN ESTOMATOLOGÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Aplicar un sistema de asesoría de los programas y actividades de enseñanza en salud del servicio social a nivel nacional, así como contar con catálogos de campos clínicos de unidades receptoras de servicio social, actualizados y aprobados para la distribución de estudiantes y poder obtener la información actualizada, veraz y oportuna del área de servicio social a nivel nacional.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento involucra a la Dirección de Estomatología, al ser la instancia que dicta los lineamientos para el otorgamiento de plazas de servicio social de estomatología y el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología que se encarga de asignar los campos clínicos de servicio social.

2.2 A nivel externo IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, SEMAR, PEMEX, SEP, PGR, Secretarías de Salud de las Entidades Federativas que otorgan los campos clínicos; así como UNAM, IPN, UAM, Universidades Autónomas de las Entidades Federativas, Instituciones Educativas del Sector Privado que solicitan Campos Clínicos para la prestación del mandato constitucional de Servicio Social en Estomatología, así como la Dirección General de Recursos Humanos, que emite los pagos por la prestación del servicio social.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La propuesta de políticas, instrumentos normativos, criterios y metodologías de enseñanza del servicio social a nivel nacional, son elaboradas y presentadas a las unidades responsables por medio de la Dirección de Estomatología.

3.2 El análisis, programación, operación, asesorías y orientación para el correcto desarrollo de los programas de enseñanza del servicio social a nivel nacional, es responsabilidad de la Dirección de Estomatología y la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología.

3.3 Las mejoras y homogenización de los programas y proyectos de enseñanza de servicio social a nivel nacional, son realizados por la Dirección de Estomatología y la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología.

3.4 La revisión y aplicación de los instrumentos normativos existentes sobre actividades de servicio social, su aplicación operativa, la emisión, envío y seguimiento de observaciones y comentarios son responsabilidad de la Dirección de Estomatología, la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología y el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología.

3.5 La revisión y actualización semestral del catálogo de campos clínicos de servicio social, es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología y el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología.

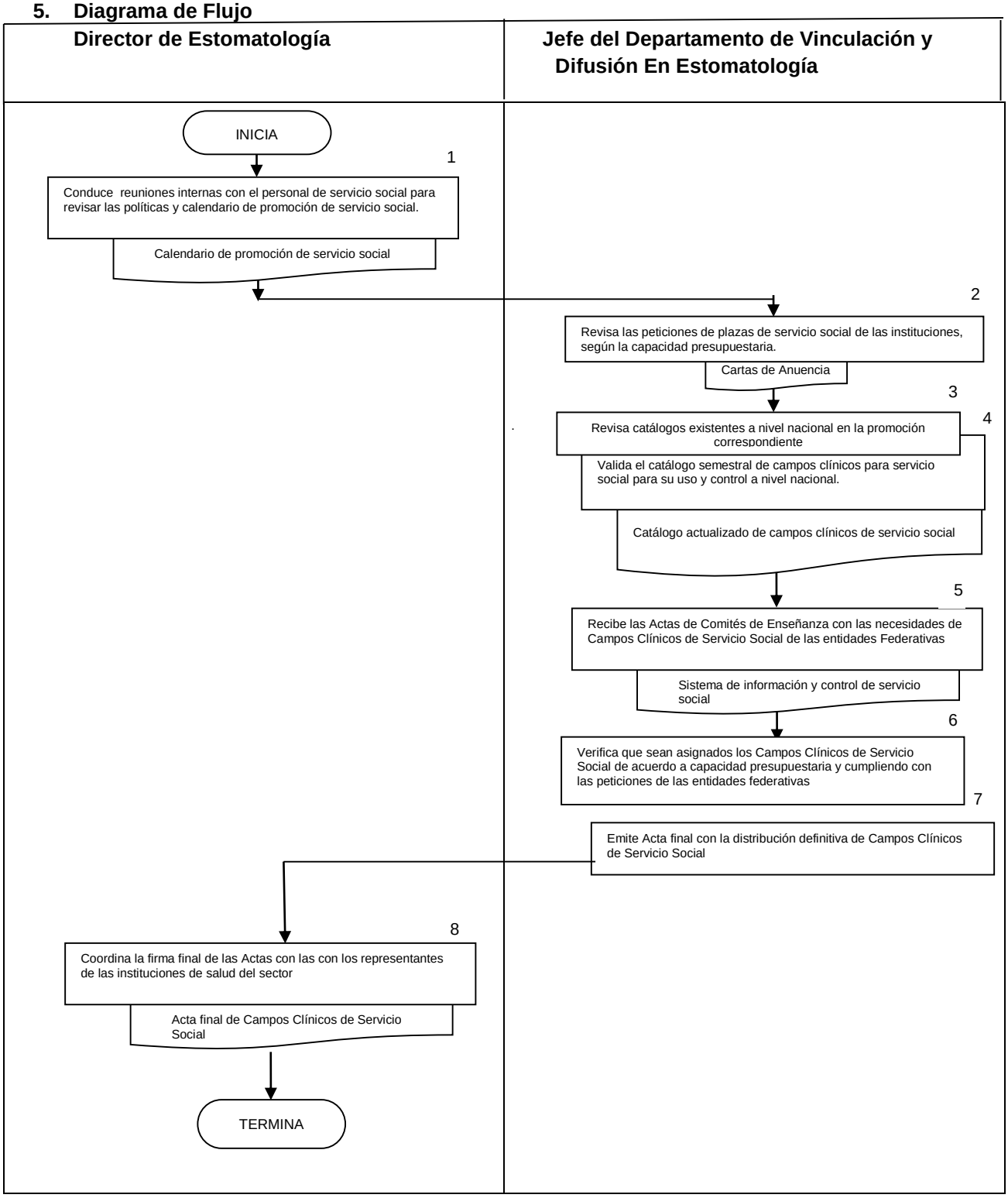
3.6 La recepción, análisis, actualización y en su caso respuesta de la información sobre aspectos de enseñanza de servicio social, es responsabilidad de la Dirección de Estomatología, la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología y el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología.

3.7 El formar parte, asistir, elaborar programas, documentos y su seguimiento dentro de los comités de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, relacionado con la enseñanza de servicio social, es responsabilidad tanto de la Dirección de Estomatología, la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología y el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Estomatología	1	Conduce reuniones internas con el personal de servicio social para revisar las políticas y calendario de promoción de servicio social.	Definición de política y calendario de promoción de servicio social.
Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	2	Revisa las peticiones de plazas de servicio social de las instituciones, según la capacidad presupuestaria.	
	3	Revisa Catálogos existentes a nivel nacional en la promoción correspondiente	Cartas de Anuencia
	4	Valida el catálogo semestral de campos clínicos para servicio social para su uso y control a nivel nacional.	Catálogo actualizado de campos clínicos de servicio social
	5	Recibe las Actas de Comités de Enseñanza con las necesidades de Campos Clínicos de Servicio Social de las entidades Federativas	
	6	Verifica que sean asignados los Campos Clínicos de Servicio Social de acuerdo a capacidad presupuestaria y cumpliendo con las peticiones de las entidades federativas	
	7	Emite Acta final con la distribución definitiva de Campos Clínicos de Servicio Social	
Director de Estomatología	8	Coordina la firma final de las Actas con las con los representantes de las instituciones de salud del sector **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Acta final de Campos Clínicos de Servicio Social en la promoción correspondiente

5. Diagrama de Flujo



6.-DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional	N/A
6.3 Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional	N/A
6.4 Instrumentos normativos existentes (NOM 009 SSA3 2014)	N/A
6.5 Ley General de Salud	N/A
6.6 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.7 Ley General de Educación	N/A
6.8 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional	N/A
6.9 Catálogo de campos clínicos de servicio social	N/A
6.10 Bases para la instrumentación del servicio social de las profesiones de la salud	N/A
6.11 Compilación de documentos técnico normativos para el desarrollo académico y operativo del servicio social	N/A

7.- REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Calendario de promoción de servicio social	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	N/A
7.2 Catálogo de campos clínicos de servicio social	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	Catálogo
7.3 Sistema de información y control de servicio social	5 años	Administrador de SIASS	Medio Electrónico
7.4 Acta final de Campos Clínicos de Servicio Social en la promoción correspondiente	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	Acta

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actualización: Proceso permanente que se desarrolla para mantener vigentes conocimientos e información de un individuo o documento**.**

8.2 Análisis: Método que consiste en separar las diversas partes integrantes de un todo, con el fin de estudiar en forma independiente cada una de ellas, así como las diversas relaciones que existen entre las mismas.

8.3 Asesoría: Suministro de información técnica o conocimientos especializados en calidad de proposiciones y recomendaciones, a efecto de facilitar la toma de decisiones y corregir desviaciones.

8.4 Campo clínico: Establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios técnicos y profesionales

8.5. **Catálogo**: Establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios técnicos y profesionales

8.6 Comisiones/comités: Cuerpos colegiados creados con el propósito de formalizar las interrelaciones entre las distintas unidades, entre las distintas instituciones y entre dependencias e instituciones que las integran, para el desahogo de temas de carácter permanente y común entre ellas y para la adecuada toma de decisiones en la materia de su competencia.

8.7 Control: Proceso cuyo objetivo es la detección de logros y desviaciones para evaluar la ejecución de programas y acciones y aplicar las medidas correctivas necesarias.

8.8 Formación: Acciones sistematizadas que se sustentan en elementos específicos de una disciplina, que tiene por objeto que las personas se preparen para ejercer funciones de mayor complejidad y responsabilidad.

8.9 Información: Hechos o ideas adquiridos por un individuo o grupo de individuos de cualquier modo como la observación, la experimentación, la lectura, la instrucción y que consta de una cantidad determinada de datos, noticias, documentos y hechos científicos de cuyo análisis y comprensión se forma un criterio a seguir.

8.10 Instrumento normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.11 Norma oficial mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluyen.

8.12 Política: Criterio general de pensamiento que orienta la acción en este caso sobre programas de enseñanza en salud.

8.13 Programa: Unidad financiera y administrativa en la que se agrupan diversas actividades con un cierto grado de homogeneidad respecto del producto o resultado final, a la cual se le asignan recursos humanos, materiales y financieros con el fin de que produzca bienes o servicios destinados a la satisfacción total o parcial de los objetivos señalados a una función, dentro del marco de la planeación.

8.14 Proyecto: Conjunto de acciones destinadas a conseguir una o varias metas de un programa o actividad definida relacionada con la enseñanza en salud.

8.15 Servicio social: Conjunto de actividades teórico-prácticas con carácter temporal y obligatorio que realizan los estudiantes de una carrera profesional o técnica, consistente en la prestación de servicios que redunde en beneficio de la sociedad, como parte de su formación y como una etapa previa a la obtención del título profesional o documento técnico.

8.16 SIASS: Sistema Informático de Administración de Servicio Social

8.17 Unidad operativa: Establecimiento de salud que cuenta con autorización para efectuar actividades de enseñanza en salud para la formación de recursos humanos en salud y que elabora su programa correspondiente para cubrir dicha actividad.

8.18 Validación: Demostración experimental de que la versión final de un documento o programa, logra sus objetivos.

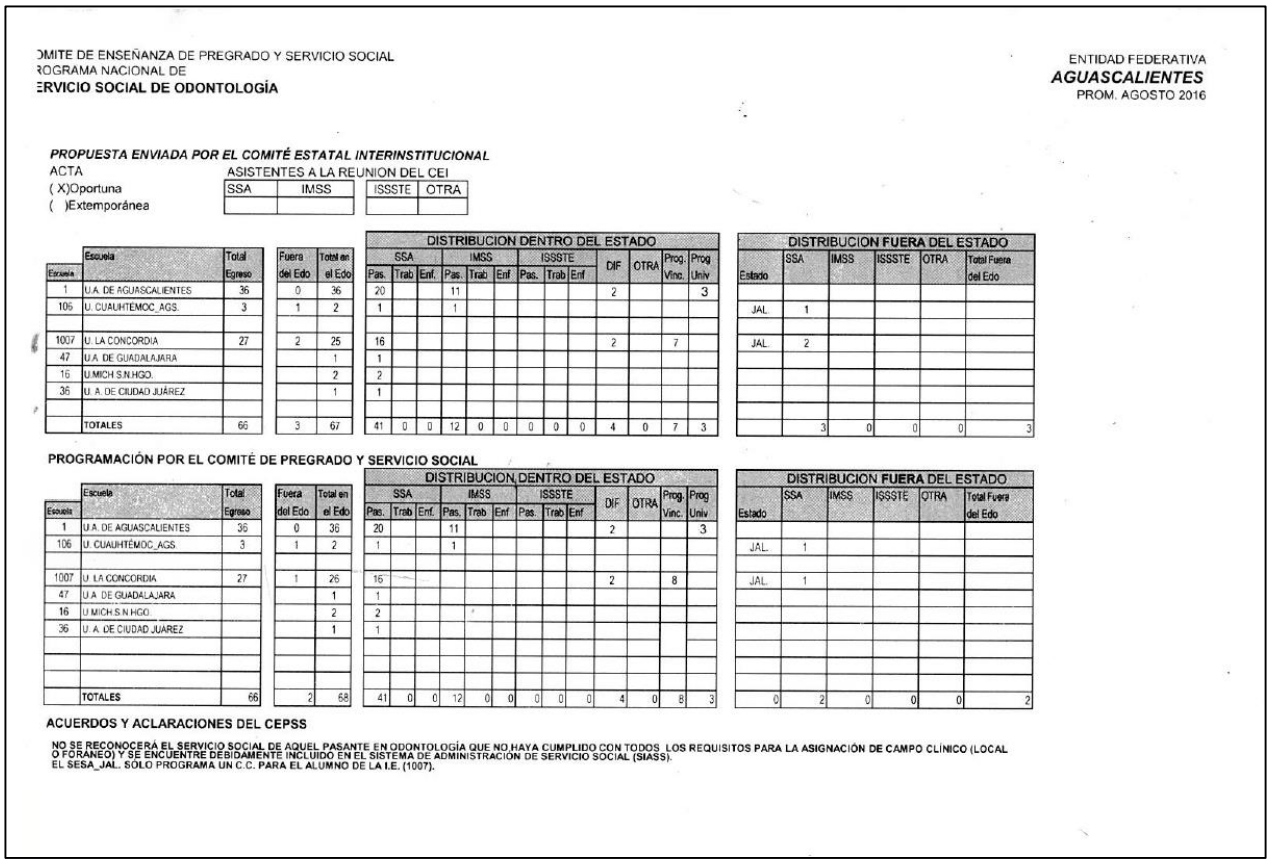
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Acta de Programación de Servicio Social.

10.1 Acta de Programación de Servicio Social



OMITE DE ENSEÑANZA DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL
ROGRAMA NACIONAL DE
ERVICIO SOCIAL DE ODONTOLOGÍA

ENTIDAD FEDERATIVA
AGUASCALIENTES
PROM. AGOSTO 2016

PROPUESTA ENVIADA POR EL COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL

ACTA
(X)Oportuna
( )Extemporánea

ASISTENTES A LA REUNION DEL CEI

SSA	IMSS	ISSSTE	OTRA

Escuela	Escuela	Total Egreso	Fuera del Edo	Total en el Edo	DISTRIBUCION DENTRO DEL ESTADO												DISTRIBUCION FUERA DEL ESTADO					
					SSA			IMSS			ISSSTE			DIF	OTRA	Prog. Vinc.	Prog Univ	Estado	SSA	IMSS	ISSSTE	OTRA	Total Fuera del Edo
					Pas.	Trab	Enf.	Pas.	Trab	Enf	Pas.	Trab	Enf										
1	U.A. DE AGUASCALIENTES	36	0	36	20			11						2			3						
106	U. CUAUHTEMOC_AGS.	3	1	2	1			1										JAL	1				
1007	U. LA CONCORDIA	27	2	25	16									2		7		JAL	2				
47	U.A. DE GUADALAJARA			1	1																		
16	U.MICH.S.N.HGO.			2	2																		
36	U. A. DE CIUDAD JUÁREZ			1	1																		
	TOTALES	66	3	67	41	0	0	12	0	0	0	0	0	4	0	7	3		3	0	0	0	3

PROGRAMACIÓN POR EL COMITÉ DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL

Escuela	Escuela	Total Egreso	Fuera del Edo	Total en el Edo	DISTRIBUCION DENTRO DEL ESTADO												DISTRIBUCION FUERA DEL ESTADO					
					SSA			IMSS			ISSSTE			DIF	OTRA	Prog. Vinc.	Prog Univ	Estado	SSA	IMSS	ISSSTE	OTRA	Total Fuera del Edo
					Pas.	Trab	Enf.	Pas.	Trab	Enf	Pas.	Trab	Enf										
1	U.A. DE AGUASCALIENTES	36	0	36	20			11						2			3						
106	U. CUAUHTÉMOC_AGS.	3	1	2	1			1										JAL	1				
																		JAL	1				
1007	U. LA CONCORDIA	27	1	26	16									2		8							
47	U.A. DE GUADALAJARA			1	1																		
16	U.MICH.S.N.HGO.			2	2																		
36	U. A. DE CIUDAD JUAREZ			1	1																		
	TOTALES	66	2	68	41	0	0	12	0	0	0	0	0	4	0	8	3		0	2	0	0	0	2

ACUERDOS Y ACLARACIONES DEL CEPSS

NO SE RECONOCERÁ EL SERVICIO SOCIAL DE AQUEL PASANTE EN ODONTOLOGÍA QUE NO HAYA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPO CLÍNICO (LOCAL O FORANEO) Y SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE INCLUIDO EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIO SOCIAL (SIASS).
EL SESA_JAL. SÓLO PROGRAMA UN C.C. PARA EL ALUMNO DE LA I.E. (1007).

34. PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN SOBRE LA OPERATIVIDAD DEL MODELO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

1. PROPÓSITO

1.1 Aplicar y transmitir los mecanismos de capacitación en materia de prestación de servicios de salud bucodental al paciente estomatológico, trato digno y medición del modelo de mejora continua en la prestación de servicios odontológicos en las entidades federativas para contribuir a la cultura de calidad en las unidades de salud del país.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Estomatología, que coordina las acciones para la capacitación, a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología que da las instrucciones para que el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología desarrolle los instrumentos normativos para brindar capacitación para contribuir a la cultura de calidad en las entidades federativas con el fin de estandarizar y dar calidad en la atención a la salud bucodental.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a las unidades de salud de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y otras dependencias que cuenten con servicio estomatológico de primer y segundo nivel de atención, así como de las entidades federativas responsables de los procesos de calidad de servicios de atención odontológica que solicitan capacitación para adquirir cultura de calidad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para la recepción de solicitudes de eventos de capacitación y de modelos de calidad de los servicios de atención bucodental es responsabilidad de la Dirección de Estomatología recibir y turnar dichas solicitudes a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología con la participación del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología para la planeación y desarrollo de los contenidos y mecanismos de capacitación.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología y del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología pactar la ejecución de la capacitación con los líderes operativos de calidad, así como asegurarse de contar con todos los elementos necesarios para la ejecución de la capacitación.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología con la participación del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología negociar con los enlaces pertinentes las fechas en que programarán la capacitación en las entidades federativas.

3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología con la participación del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología asegurarse de que los instructores ejecuten la capacitación acordada.

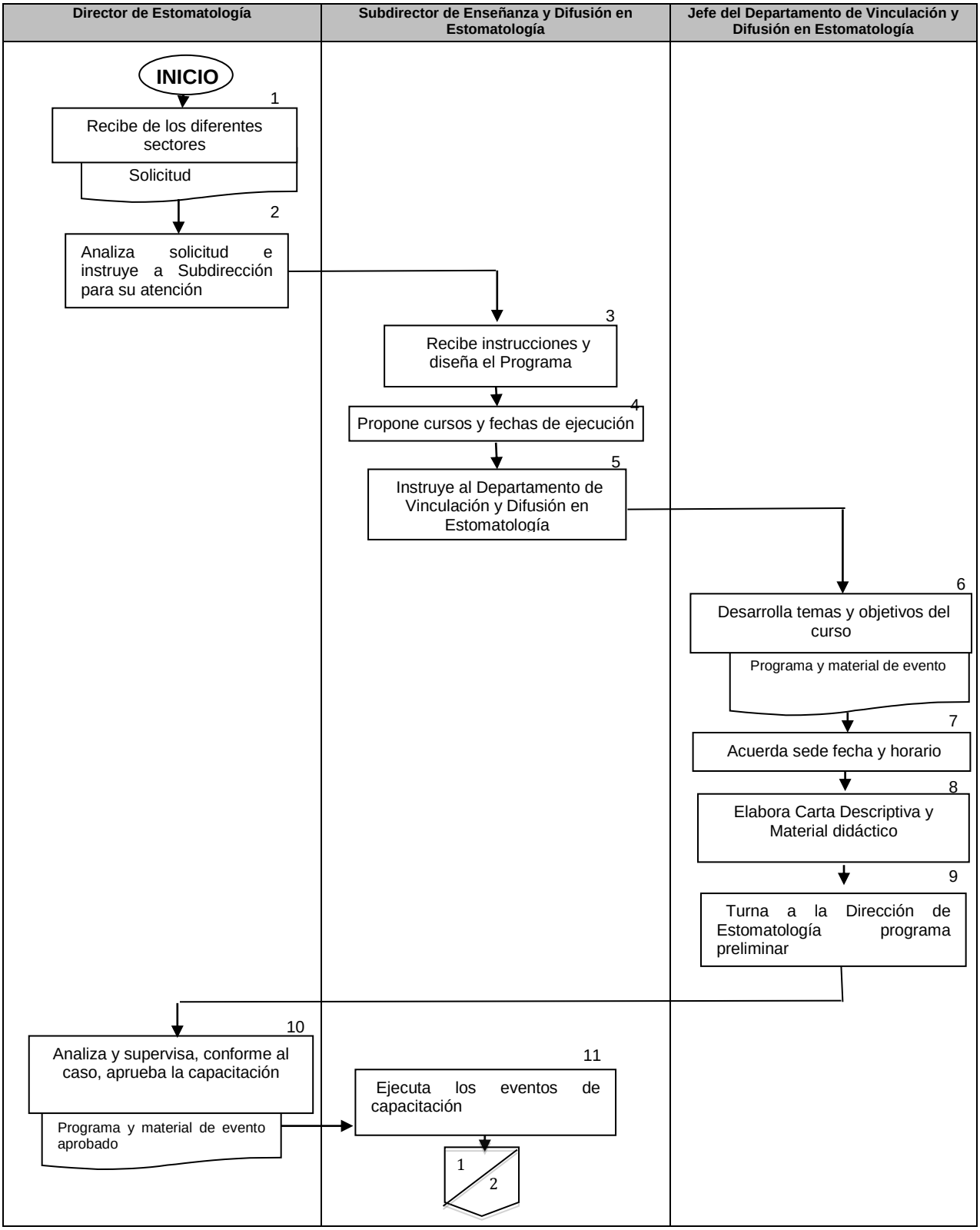
3.5 La Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología es responsable de registrar, analizar y hacer un informe ejecutivo de los avances de capacitación, con el objeto de detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte del proceso de la capacitación

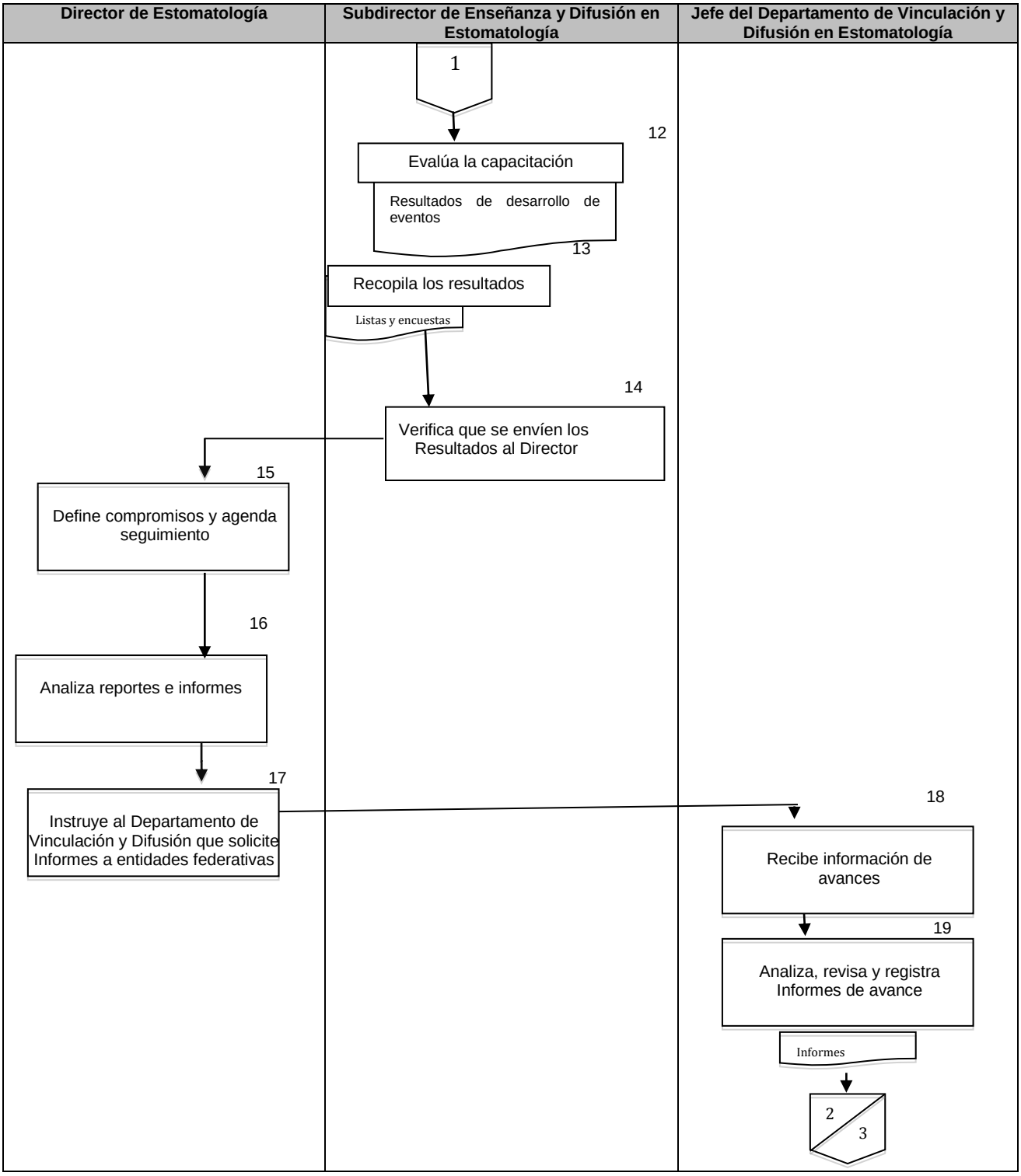
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

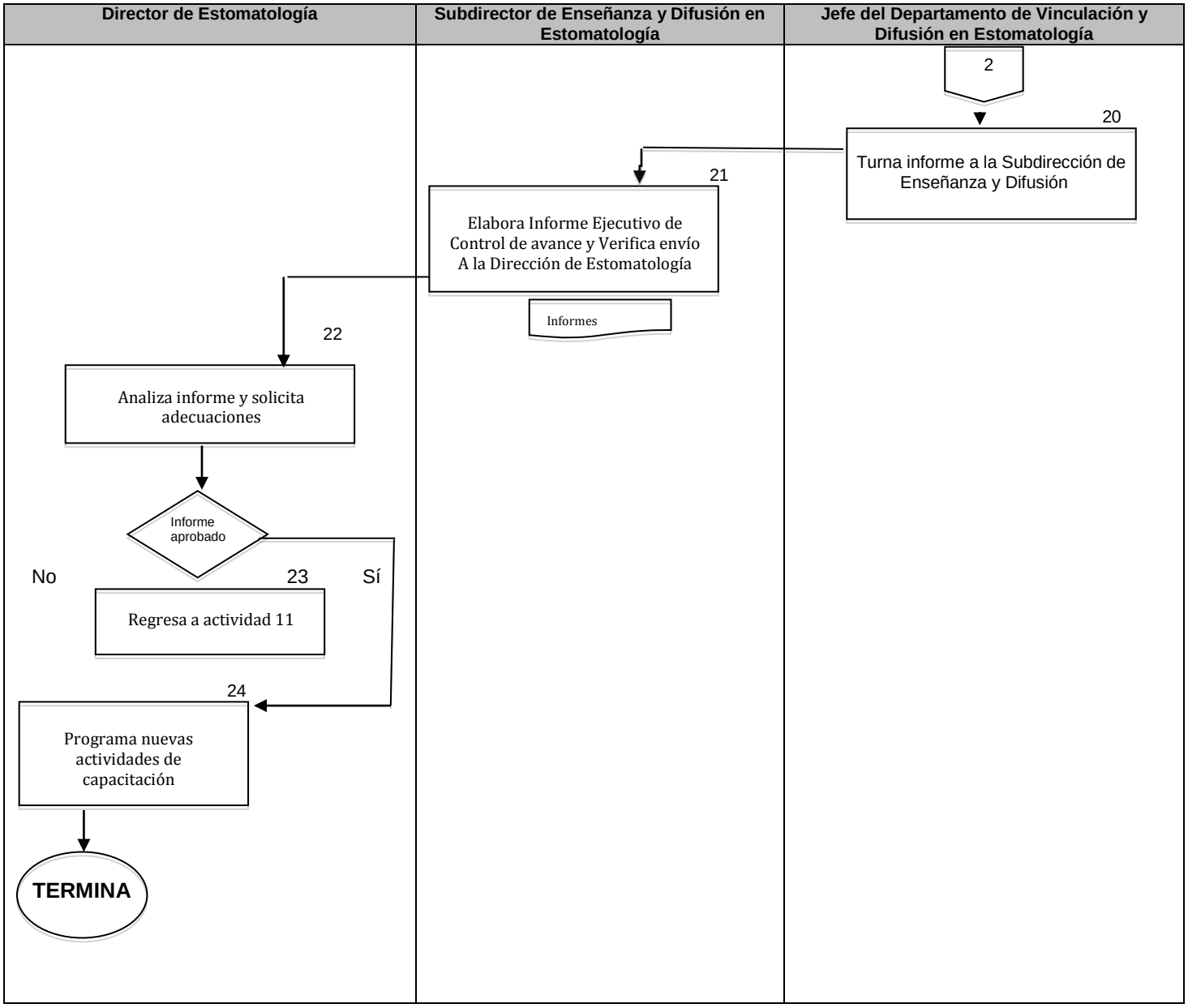
Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o anexo
Director de Estomatología	1	Recibe de los sectores público, privado y educativo solicitudes de eventos de capacitación.	Solicitud con instrucciones
	2	Analiza temática de la solicitud, incorpora consideraciones e instruye a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología con la participación del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología para su atención.	
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	3	Recibe instrucciones para atención de la solicitud de capacitación.	Propuesta de evento de capacitación
	4	Propone cursos y/o temas por impartir y pacta con las personas responsables y con la Dirección de Estomatología las fechas probables para la realización de la capacitación.	
	5	Vigila que el Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología prepare logística del evento y, conforme al caso, elabore material didáctico de apoyo.	
Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	6	Desarrolla conforme a la propuesta del evento de capacitación, los temas y objetivos del curso.	Programa y material de evento
	7	Acuerda con los responsables la sede, fecha y horario.	
	8	Elabora la carta descriptiva y, en su caso material didáctico para evento.	
	9	Turna a la Dirección de Estomatología programa preliminar de curso y material didáctico de apoyo para aprobación.	
Director de Estomatología	10	Analiza y supervisa, conforme al caso, aprueba o instruye a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología, incorpore sugerencias o realice modificaciones y ejecute la capacitación.	Programa y material de evento aprobado
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	11	Efectúa los eventos de capacitación conforme al programa.	Listas de asistencia
	12	Evalúa la capacitación a través del formato de evaluación del curso.	Encuestas
	13	Recopila los resultados de la capacitación (no. de asistentes, encuestas de satisfacción)	
	14	Verifica que se envíen a la Dirección de Estomatología los resultados de los eventos de capacitación, para su análisis.	

Responsable	No. Act	Actividad	Documento o anexo
Director de Estomatología	15	Define los principales compromisos y agenda seguimiento de los mismos.	Informes de resultados
	16	Analiza los reportes e informes de avance o de cumplimiento de compromisos de trabajo y su incidencia en el cumplimiento de metas.	
	17	Instruye al Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología solicite a las entidades federativas proporcionen informes de resultados y de cumplimiento de los compromisos de capacitación	
Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	18	Recibe información de avances de capacitación a través del formato de seguimiento de la capacitación.	Informe concentrado de resultado de cumplimiento de los compromisos de capacitación
	19	Analiza, revisa, registra y concentra los resultados de la capacitación.	
	20	Turna a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología informe concentrado de resultado de cumplimiento de los compromisos de capacitación.	
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	21	Elabora el informe ejecutivo de control de avance de compromisos de capacitación y verifica el envío a la Dirección de Estomatología para autorización respectiva.	Informe de control de avance de compromisos de capacitación
Director de Estomatología	22	Analiza el informe y, conforme al caso, solicita adecuaciones o modificaciones. Procede:	Informe ejecutivo de control de avance de compromisos de capacitación
	23	NO: Regresa a la actividad 11 (Recibe de la Dirección de Estomatología la indicación de elaboración del control de avance de los compromisos que derivaron de la capacitación)	
	24	SÍ: Concluye actividad de capacitación. Programa nuevas actividades de capacitación **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director de Estomatología
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología
Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología
1
12
Evalúa la capacitación
Resultados de desarrollo de eventos
13
Recopila los resultados
Listas y encuestas
14
Verifica que se envíen los Resultados al Director
15
Define compromisos y agenda seguimiento
16
Analiza reportes e informes
17
Instruye al Departamento de Vinculación y Difusión que solicite Informes a entidades federativas
18
Recibe información de avances
19
Analiza, revisa y registra Informes de avance
Informes
2
3


Director de Estomatología
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología
Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología
2
20
Turna informe a la Subdirección de Enseñanza y Difusión
21
Elabora Informe Ejecutivo de Control de avance y Verifica envío A la Dirección de Estomatología
Informes
22
Analiza informe y solicita adecuaciones
Informe aprobado
No
23
Sí
Regresa a actividad 11
24
Programa nuevas actividades de capacitación
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Plan Nacional de Capacitación en Calidad	N/A
6.4 Solicitudes de capacitación de la entidades federativas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Listas de asistencia	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	Lista
7.2 Programa de Actividades de Capacitación	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	Programa
7.3 Formatos de evaluación de eventos	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	No. de Formato
7.4 Formato de recepción de información de cumplimiento de compromisos de capacitación	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	No. de Formato
7.5 Informe de control de avance de compromisos de capacitación	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	No. de Formato
7.6 Informes bimestrales de capacitación	5 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	No. de Formato

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carta descriptiva: Formato que sirve para que el responsable pueda monitorear al instructor en relación a tiempos de ejecución y a los temas que se van abordar, éstas incluyen el objetivo general del curso, objetivos específicos por cada uno de los temas, actividades, tiempos (de teoría y práctica), apoyos didácticos y evaluación.

8.2. Evento: Actividad vinculada con el propósito de generar un producto o servicio. Es la serie de acciones interrelacionadas para convertir insumos en resultados. Los procesos involucran personas, máquinas, herramientas, técnicas y material en una serie sistemática de pasos o acciones (conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes “input” en elementos salientes “output”).

8.3. Formadores: Grupo de profesionales encargados de capacitar y coordinar equipos de proyectos para la mejora de la calidad.

8.4. Paquete didáctico: Material que se proporciona a los participantes para el desarrollo de sus actividades durante y después al curso de capacitación.

8.5. Plan Nacional de Capacitación en Calidad: Estrategia para apoyar las líneas de acción de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud, para impulsar el cambio hacia la cultura de calidad y proporcionar aprendizaje respaldo, así como la sustentación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Ficha Técnica

10.2 Listas de asistencia

10.3 Nota Informativa de evaluación de eventos.

10.4 Nota Informativa de Informe de control de avance de compromisos de capacitación

10.1 Ficha técnica

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA
FICHA TÉCNICA DESCRIPTIVA

SALUD SECRETARÍA DE SALUD — DGCES DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO: CICLO DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN ESTOMATOLÓGICA, SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS.				**DIRIGIDO A: RESPONSABLE ESTATAL DE CALIDAD, RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL, RESPONSABLE JURISDICCIONAL, GESTORES DE CALIDAD, ODONTÓLOGOS OPERATIVOS DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, ADEMÁS PERSONAL INVOLUCRADO CON EL PROYECTO CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA.**			
TIPO DE CURSO O EVENTO: CICLO DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS A CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ESTOMATOLÓGICO.				**DURACIÓN: 7 HORAS**			
RESPONSABLE DE LA PLANEACIÓN: DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA:DR. ENRIQUE PADILLA GUTIÉRREZ, DR. FERNANDO CALDERÓN JUÁREZ . S.S. TAMAULIPAS: DR. ALAN CASTRO GARZA, DR. VICTOR VELARDE HUERTA. DR. ENRIQUE HERRERA				**CIUDAD O MUNICIPIO : CIUDAD VICTORIA**		**ENTIDAD FEDERATIVA: TAMAULIPAS**	
OBJETIVO GENERAL DEL CURSO: PLANTEAR LA PERSPECTIVA SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD [SICALIDAD], REORIENTANDO LOS ESFUERZOS HACIA UN SISTEMA DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA CENTRADO EN EL PACIENTE Y ENFOCADO A LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.				**SEDE: CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA CALLE LOMAS DE CALAMACO ESQ. CON LOMA AGRESTE S/N. FRACC. LOMAS DE CALAMACO, C.P. 87018 CD. VICTORIA, TAM.**			
OBJETIVO ESPECÍFICO: CAPACITAR A PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS [ÁREAS DE CALIDAD, PROGRAMA DE SALUD BUCAL Y OTROS] EN TEMAS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ESTOMATOLÓGICO, EN EL MARCO DE LA LÍNEA DE ACCIÓN CALIDAD DE LAS FRANQUICIAS DE CAPACITACIÓN DE EGRESADOS				**CAPACIDAD INSTALADA : 100 PERSONAS**			
				FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DEL EVENTO: 23 DE OCTUBRE DEL 2014			
FECHA Y HORARIO	**MÓDULO**	**CONTENIDO TEMÁTICO**		**TÉCNICA DIDÁCTICA**	**AUXILIARES DIDÁCTICOS**	**PONENTE**	**INTERACCIÓN CON EL PÚBLICO ASISTENTE**
REGISTRO DE ASISTENTES 8:00 - 9:00							
23 de octubre 2014. 9:00 - 10:45	CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE ESTOMATOLÓGICO	**Calidad en la Atención del Paciente Estomatológico**	Difundir las Líneas estratégicas de la Dirección de Estomatología	Audiovisual	Cañón y equipo de cómputo	Dr. Enrique Padilla Gutiérrez	Sesión de Retroalimentación con el grupo de Trabajo. Sesión de preguntar y responder.
RECESO 10:45 - 11:00							
23 de octubre 2014 11:00 - 12:15	CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE ESTOMATOLÓGICO	**Seguridad del Paciente Estomatológico**	Seguridad en la Atención del Paciente Estomatológico, Gestión de riesgos, Evento Adverso, Falla, Cuasifalla, Evento Centinela,	Audiovisual	Cañón y equipo de cómputo	Dr. Fernando Fco. Calderón Juárez	Sesión de Retroalimentación con el grupo de Trabajo. Sesión de preguntar y responder.
RECESO 12:15 - 12:30							
23 de octubre 2014 12:30 - 13:30	CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE ESTOMATOLÓGICO	**Expediente Clínico**	Expediente Clínico Estomatológico, Modelo de Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Normatividad Relacionada.	Audiovisual	Cañón y equipo de cómputo	Dr. Fernando Fco. Calderón Juárez	Sesión de Retroalimentación con el grupo de Trabajo. Sesión de preguntar y responder.
COMIDA 13:30 - 15:00							
23 de octubre 2014 15:00 - 17:00	CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE ESTOMATOLÓGICO	**Seguridad del Paciente**	Manejo del Dolor e Infección de origen Pulpar y Periapical	Audiovisual	Cañón y equipo de cómputo	Dr. Enrique Padilla Gutiérrez	Sesión de Retroalimentación con el grupo de Trabajo. Sesión de preguntar y responder.
23 de octubre 2014 17:00 - 18:00	INDICADORES DE CALIDAD	**Caminando a la Excelencia**	Difundir la evaluación de los indicadores de calidad operativos: "Caminando a la Excelencia"	Audiovisual	Cañón y equipo de cómputo	Dr. Pedro Nabor a Ortiz González	Sesión de Retroalimentación con el grupo de Trabajo. Sesión de preguntar y responder.

10.2 Lista de asistencia



COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL
PARA LA FORMACIÓN
DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
COMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA
LISTA DE ASISTENCIA
REUNIÓN No. 22
27 DE NOVIEMBRE 2015

SALUD
SEP

LISTA DE ASISTENCIA

Evento: Comité de Estomatología Fecha: 27 DE NOVIEMBRE 2015

No.	Nombre	Cargo	Entidad	Correo Electrónico

Hoja 1 de 2

10.3 Nota Informativa de evaluación de evento

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
<SOBERANA SANS 8 PUNTOS> CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG-NOTA- -2015

México, D.F., a 8 de diciembre de 2015

PARA: LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA <NEGRITA>8
SECRETARIO PARTICULAR DEL C. SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

DE: DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL

En atención al documento EXT-C-607-2015,
XXXX

10.4 Nota Informativa de Informe de control de avance de compromisos de capacitación



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
<SOBERANA SANS 8 PUNTOS> CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG-NOTA- -2015

México, D.F., a 8 de diciembre de 2015

PARA: LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA <NEGRITA>8
SECRETARIO PARTICULAR DEL C. SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

DE: DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL

En atención al documento EXT-C-607-2015,
XXXX

35. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR Y GENERAR UNA CULTURA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

1. PROPÓSITO

1.1 Aplicar los mecanismos necesarios y establecer lineamientos encaminados a fomentar una cultura de calidad y seguridad de los pacientes odontológicos entre los profesionales de la salud estomatológica, a través de los componentes del "Proyecto Calidad en la Atención Odontológica".

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que establece el programa de acción específico, Dirección de Estomatología, que desarrolla los mecanismos para generar una Cultura de Calidad y Seguridad en los centros de atención buco dental en las entidades federativas con el fin de estandarizar y dar calidad en la atención a la salud bucodental.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a las unidades de salud de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado así como Instituciones Educativas Públicas y Privadas que cuenten con servicio estomatológico de primer y segundo nivel de atención, así como de las entidades federativas responsables de los procesos de calidad de servicios de atención odontológica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La generación de la cultura de calidad y seguridad del paciente estomatológico, debe alinearse al Programa Nacional de Salud, al Programa de Acción Específico del Sistema Integral de Calidad en Salud vigente, reglas de operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud vigente y programas prioritarios en salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establecerá la política nacional en materia de calidad, así como las normas, lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para la generación de la cultura de calidad en los servicios de atención médica integral.

3.3 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Estomatología será la encargada de establecer el flujo de comunicación entre los sectores público, privado y educativo para la generación de la cultura de calidad.

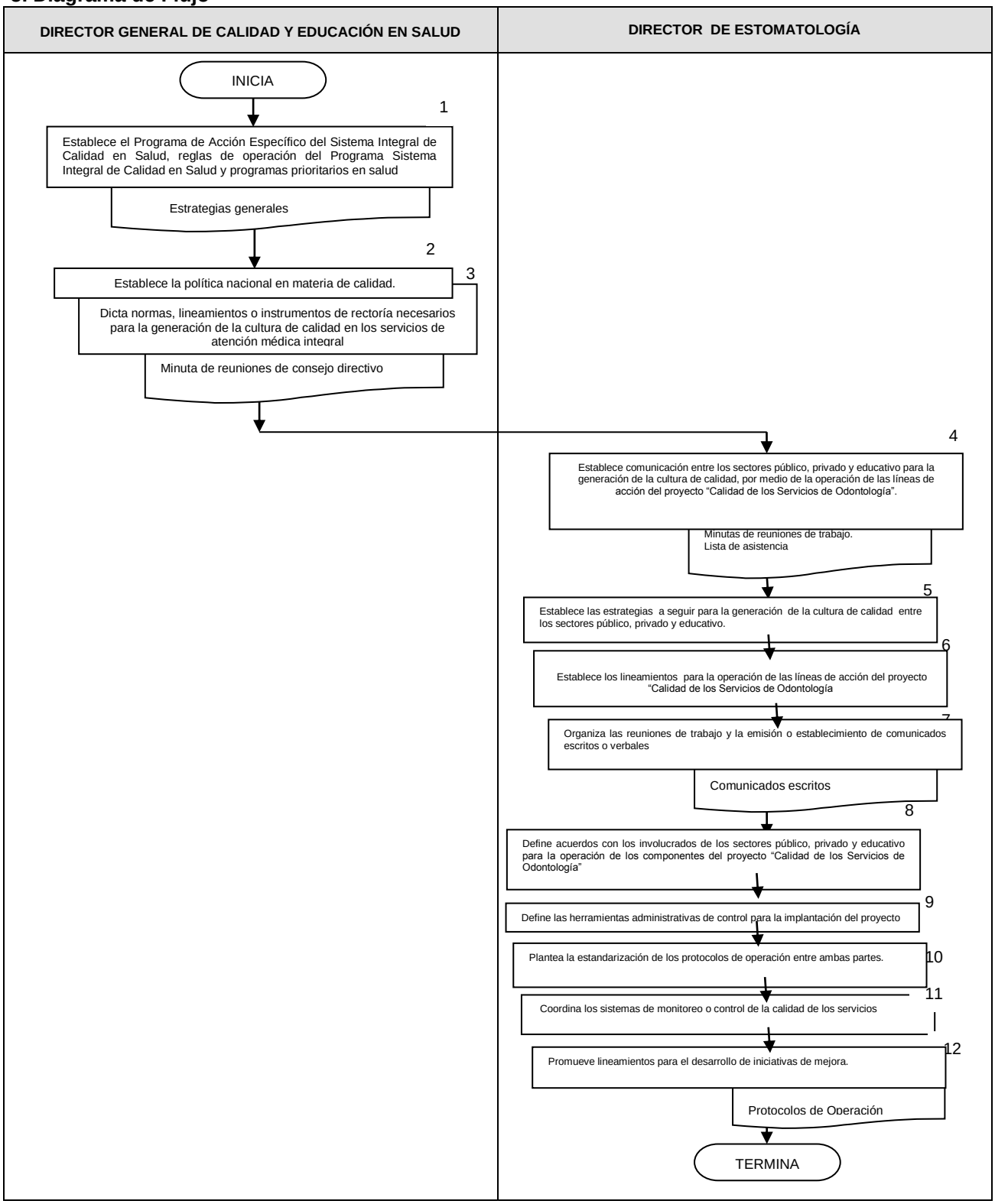
3.4 La Dirección de Estomatología será la encargada de difundir la cultura de calidad a través de las líneas de acción del proyecto "Calidad en la Atención Odontológica" (CAO), así como la difusión, asociación, capacitación, y evaluación, para garantizar su cumplimiento.

3.5 La Dirección de Estomatología en acuerdo con los involucrados de los sectores público, privado y educativo establecerán las herramientas administrativas de control, protocolos y guías de operación para el monitoreo de la calidad de los servicios. Asimismo, establecerán los lineamientos para el desarrollo de iniciativas de mejora en los servicios de atención estomatología.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act	Actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Establece el Programa de Acción Específico del Sistema Integral de Calidad en Salud, reglas de operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud y programas prioritarios en salud	Definición de estrategias generales
	2	Establece la política nacional en materia de calidad.	Minuta de reuniones de consejo directivo
	3	Dicta normas, lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para la generación de la cultura de calidad en los servicios de atención médica integral	
Director de Estomatología	4	Establece comunicación entre los sectores público, privado y educativo para la generación de la cultura de calidad, por medio de la operación de las líneas de acción del proyecto “Calidad de los Servicios de Odontología”.	Minutas de reuniones de trabajo.
	5	Establece las estrategias a seguir para la generación de la cultura de calidad entre los sectores público, privado y educativo.	
	6	Establece los lineamientos para la operación de las líneas de acción del proyecto “Calidad de los Servicios de Odontología”	Lista de asistencia
	7	Organiza las reuniones de trabajo y la emisión o establecimiento de comunicados escritos o verbales	
	8	Define acuerdos con los involucrados de los sectores público, privado y educativo para la operación de los componentes del proyecto “Calidad de los Servicios de Odontología”	Comunicados escritos
	9	Define las herramientas administrativas de control para la implantación del proyecto	
	10	Plantea la estandarización de los protocolos de operación entre ambas partes.	Protocolos de operación
	11	Coordina de los sistemas de monitoreo o control de la calidad de los servicios	
	12	Promueve lineamientos para el desarrollo de iniciativas de mejora.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. Diagrama de Flujo



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Nacional de Salud	N/P
6.2 Programa de Acción Específico del Sistema Integral de Calidad en Salud	N/P
6.3 Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud	N/P
6.4 Programas prioritarios en salud	N/P
6.5 Manual de Organización de la DGCES	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa de Actividades de Capacitación	3 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	Programa
7.2 Formatos de evaluación de eventos	3 años	Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología	Formato

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Centros de atención bucodental**: Lugar donde se brindan servicios odontológicos, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

8.2. Iniciativas de mejora: Pasos definidos de un proyecto o del punto de partida de alguna acción, cualidad personal que tiende a generar proyectos o propuestas

8.3. Política nacional: Trabajo establecido con base a un análisis realizado por las instituciones de orden federal, estatal o municipal en función de generar bienestar para la población.

8.4. **Protocolo**: Guía flexible que intenta describir de la manera más adecuada el proceso de investigación que se tiene pensado ejecutar.

8.5. Sector privado: Segmento económico de producción de bienes o servicios que no es de propiedad pública o estatal, sino que pertenece a particulares.

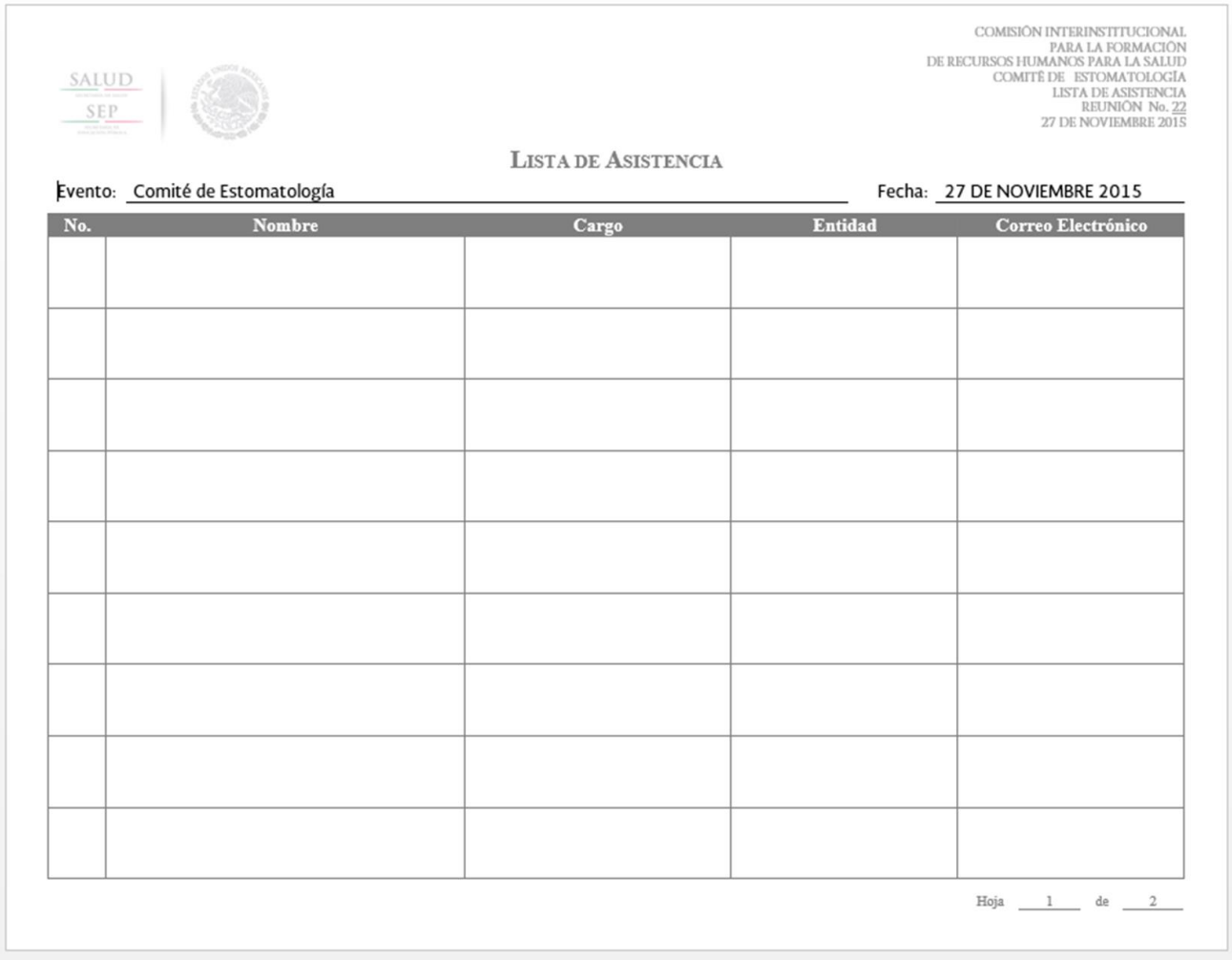
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Listas de asistencia
10.2 Notas Informativas

10.1 Lista de asistencia



SALUD SEP

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL
PARA LA FORMACIÓN
DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
COMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA
LISTA DE ASISTENCIA
REUNIÓN No. 22
27 DE NOVIEMBRE 2015

LISTA DE ASISTENCIA

Evento: Comité de Estomatología Fecha: 27 DE NOVIEMBRE 2015

No.	Nombre	Cargo	Entidad	Correo Electrónico

Hoja 1 de 2

10.2 Nota Informativa



SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
<SOBERANA SANS 8 PUNTOS> CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG-NOTA- -2015

México, D.F., a 8 de diciembre de 2015

PARA: LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA <NEGRITA>8
SECRETARIO PARTICULAR DEL C. SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

DE: DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL

En atención al documento EXT-C-607-2015, XXXX

36. PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA DEL MODELO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN BUCODENTAL Y DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

1. PROPÓSITO

1.1 Aplicar los mecanismos necesarios para asesorar a los organismos gubernamentales y no gubernamentales, respecto del modelo de calidad para los servicios de atención bucodental y de la formación de recursos humanos en estomatología.

2. ALCANCE

2.1 Internamente el procedimiento aplica a la Dirección de Estomatología, que coordina las actividades, a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología, que desarrolla los mecanismos para la asesoría del modelo de calidad de los servicios de atención bucodental y de la formación de recursos humanos para generar una Cultura de Calidad y Seguridad en los centros de atención buco dental en las entidades federativas con el fin de estandarizar y dar calidad en la atención a la salud bucodental.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a las unidades de salud de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, instituciones privadas de servicios de atención estomatológica, así como Instituciones Educativas Públicas y Privadas que cuenten con servicio estomatológico de primer y segundo nivel de atención, así como de las entidades federativas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para la asesoría de organismos gubernamentales y no gubernamentales en el modelo de calidad y la formación de recursos humanos, es responsabilidad de la Dirección de Estomatología instruir a la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología para que desarrolle las estrategias necesarias.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología convocar y coordinar a los grupos de trabajo para el desarrollo de los mecanismos de asesoría, así como asegurarse de contar con todos los elementos necesarios para la ejecución de dichos procesos.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología negociar con los responsables de cada grupo de trabajo, las fechas en que se desarrollarán las diversas actividades relativas a la asesoría.

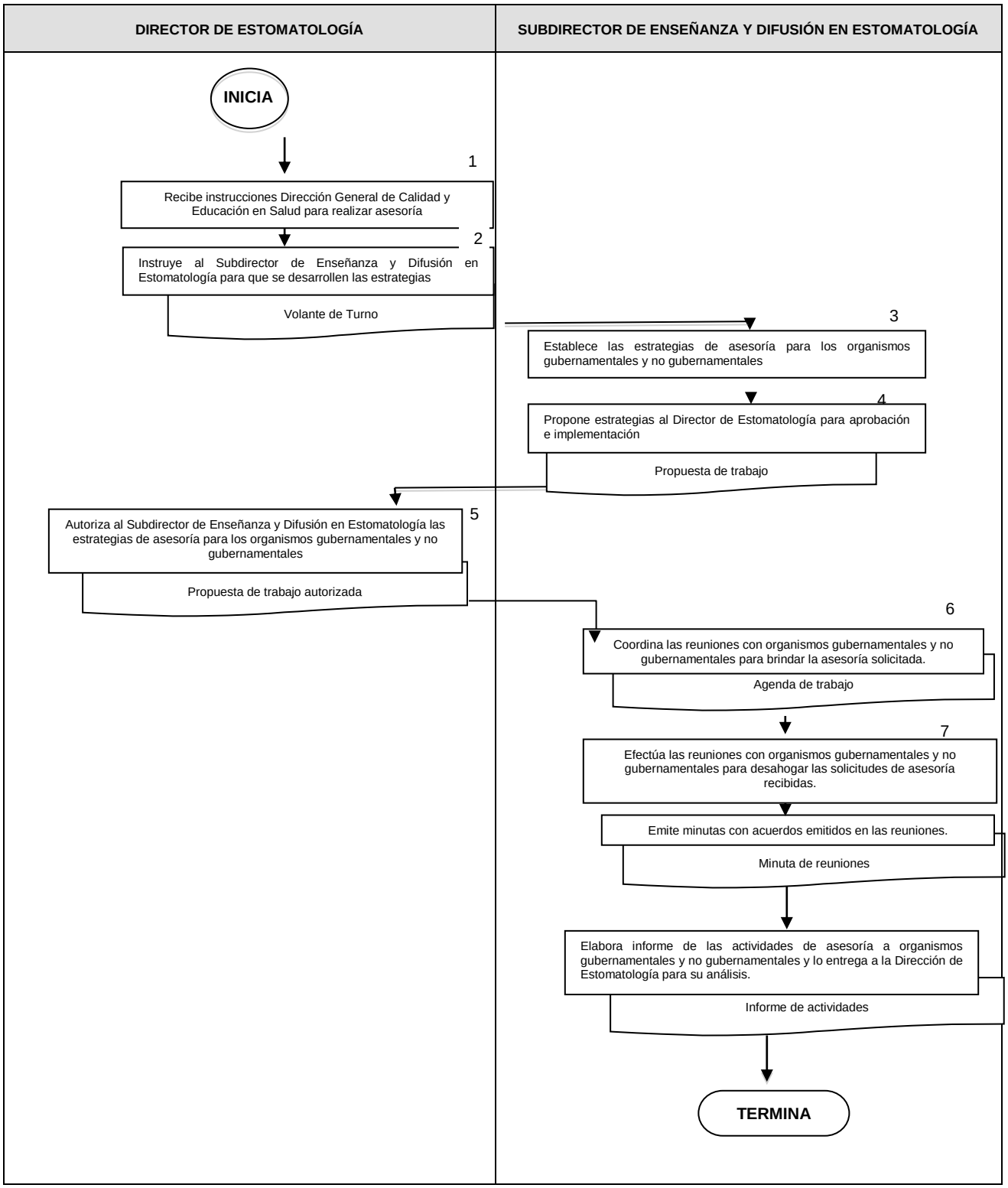
3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología asegurarse de que los participantes de los grupos de trabajo ejecuten las actividades acordadas.

3.5 La Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología es responsable de registrar, analizar y hacer un informe ejecutivo de los avances de las actividades de asesoría con el objeto de detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte del proceso.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director de Estomatología	1	Recibe instrucciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para realizar asesoría a los organismos gubernamentales y no gubernamentales en el modelo de calidad de los servicios de atención bucodental y la formación de recursos humanos.	Volante de turno
	2	Instruye al Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología para que se desarrollen las estrategias de asesoría.	
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	3	Establece las estrategias de asesoría para los organismos gubernamentales y no gubernamentales	Propuesta de trabajo
	4	Propone estrategias al Director de Estomatología para aprobación e implementación	
Director de Estomatología	5	Autoriza al Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología las estrategias de asesoría para los organismos gubernamentales y no gubernamentales	Propuesta de trabajo autorizada
Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	6	Coordina reuniones con grupos de trabajo de las unidades de servicio de atención bucodental públicos y privados para efectuar asesoría acuerdo a las propuestas autorizadas.	Agenda de reuniones para asesoría
	7	Establece las reuniones con organismos gubernamentales y no gubernamentales para brindar la asesoría solicitada.	
	8	Efectúa las reuniones con organismos gubernamentales y no gubernamentales para desahogar las solicitudes de asesoría recibidas.	Minutas de reuniones de asesoría
	9	Emite minutas con acuerdos emitidos en las reuniones.	
	10	Elabora informe de las actividades de asesoría a organismos gubernamentales y no gubernamentales y lo entrega a la Dirección de Estomatología para su análisis.	Informe de actividades de asesoría
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No. de oficio o minuta

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Minutas de reunión de asesoría	3 Años	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría: Suministro de información técnica o conocimientos especializados en calidad de proposiciones y recomendaciones, a efecto de facilitar la toma de decisiones y corregir desviaciones.

8.2 Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

8.3 Grupos de trabajo: conjunto de personas con experiencia y preparación alineada para la revisión y análisis de la propuesta de labores.

8.4 Procedimiento: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

8.5 Sector privado: Segmento económico de producción de bienes o servicios que no es de propiedad pública o estatal, sino que pertenece a particulares.

8.6 Sedes de Formación de Recursos Humanos en Estomatología:

- Perteneciente o relativo a la educación.
- Instituciones formadoras de recursos humanos en estomatología incluyendo áreas afines, sean de nivel técnico, pregrado y/o posgrado.

8.7 Servicios de atención bucodental: el conjunto de servicios odontológicos que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud

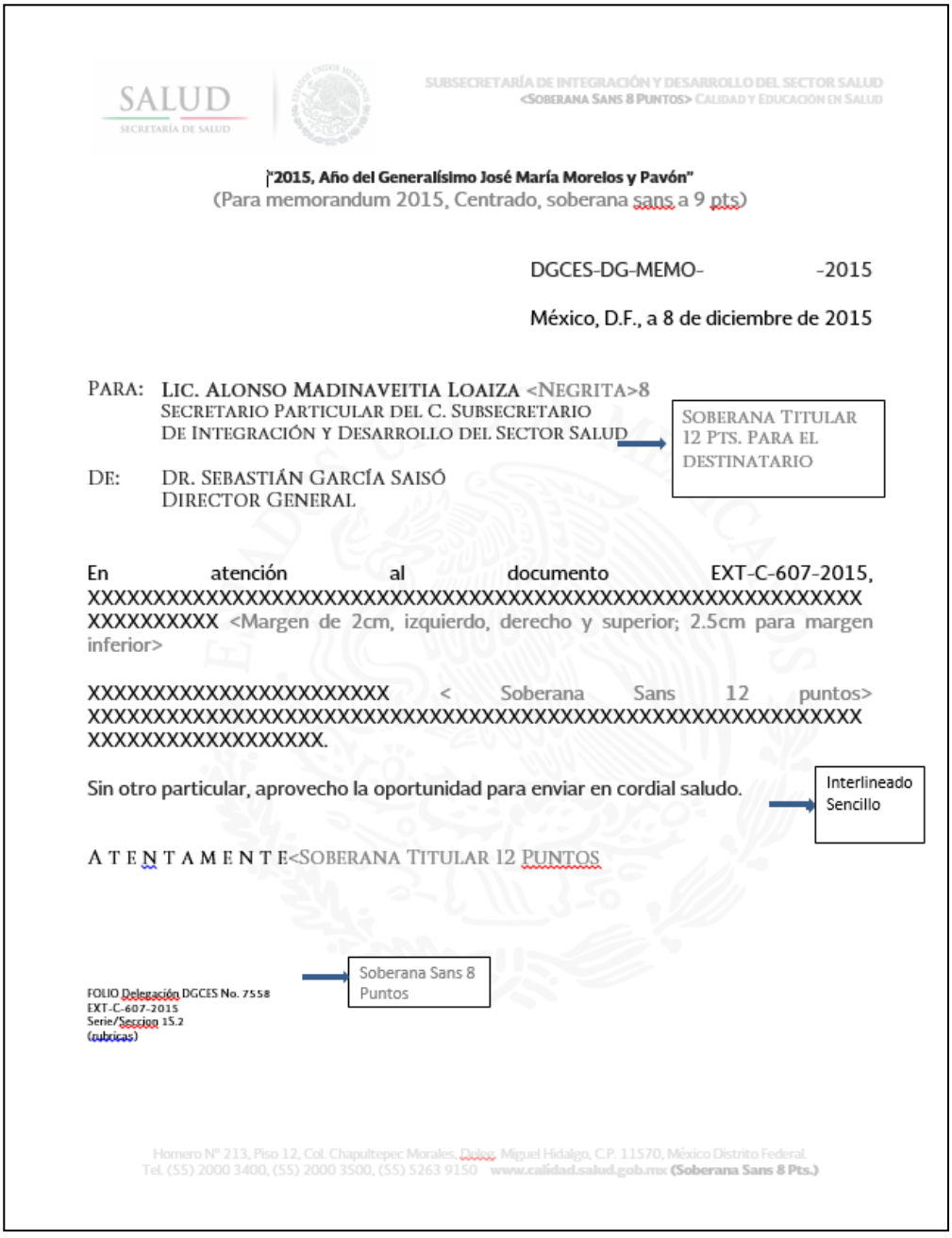
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Memorándum
10.2 Nota informativa de reunión de asesoría

10.1 Memorándum



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
<SOBERANA SANS 8 PUNTOS> CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"
(Para memorandum 2015, Centrado, soberana sans a 9 pts)

DGCES-DG-MEMO- -2015

México, D.F., a 8 de diciembre de 2015

PARA: LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA <NEGRITA>8
SECRETARIO PARTICULAR DEL C. SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

DE: DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL

En atención al documento EXT-C-607-2015, XXXX

10.2 Nota informativa de Reunión de Asesoría



SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
<SOBERANA SANS 8 PUNTOS> CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG-NOTA- -2015

México, D.F., a 8 de diciembre de 2015

PARA: LIC. ALONSO MADINAVEITIA LOAIZA <NEGRITA>8
SECRETARIO PARTICULAR DEL C. SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

SOBERANA TITULAR 12 PTS. PARA EL DESTINATARIO

DE: DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL

En atención al documento EXT-C-607-2015,
XXXX

37. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN DE NORMAS OFICIALES MEXICANAS Y OTROS DOCUMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y ASISTENCIA SOCIAL

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios; relacionados con la prestación de la atención médica y asistencia social, para su emisión, y así asegurar la normalización en la prestación de servicios de salud conforme a las estrategias del Sistema Nacional de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora y propone Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social en salud; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud analiza las solicitudes enviadas por las Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado; la Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable de clasificar y emitir opinión; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, realiza el análisis y dictamina su procedencia; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación: dicta opinión técnica.

2.2 A nivel externo:

Es aplicable a las instancias facultadas para la autorización de los proyectos de Norma Oficial Mexicana y la Manifestación de Impacto Regulatorio; las unidades administrativas y órganos desconcentrados u organismos descentralizados de la Secretaría de Salud, envían sus manuales de procedimientos conforme a la normatividad aplicable, la Subsecretaría de Administración y Finanzas los dictamina, la Secretaría de Salud los autoriza y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto opina sobre los de las entidades agrupadas administrativamente al sector, cuando éstas se lo soliciten.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de elaborar y proponer Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social en salud, en términos de las disposiciones aplicables a que deberán sujetarse los establecimientos que prestan dichos servicios y el personal profesional, técnico y auxiliar del área de la salud, a efecto de que desarrollen sus actividades, conforme lo determine la normatividad que emita la Secretaría de Salud.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud es responsable de analizar las solicitudes enviadas por las Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable de clasificar y emite opinión para la atención de la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.

3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de realizar el análisis de las solicitudes recibidas, dictaminar su procedencia

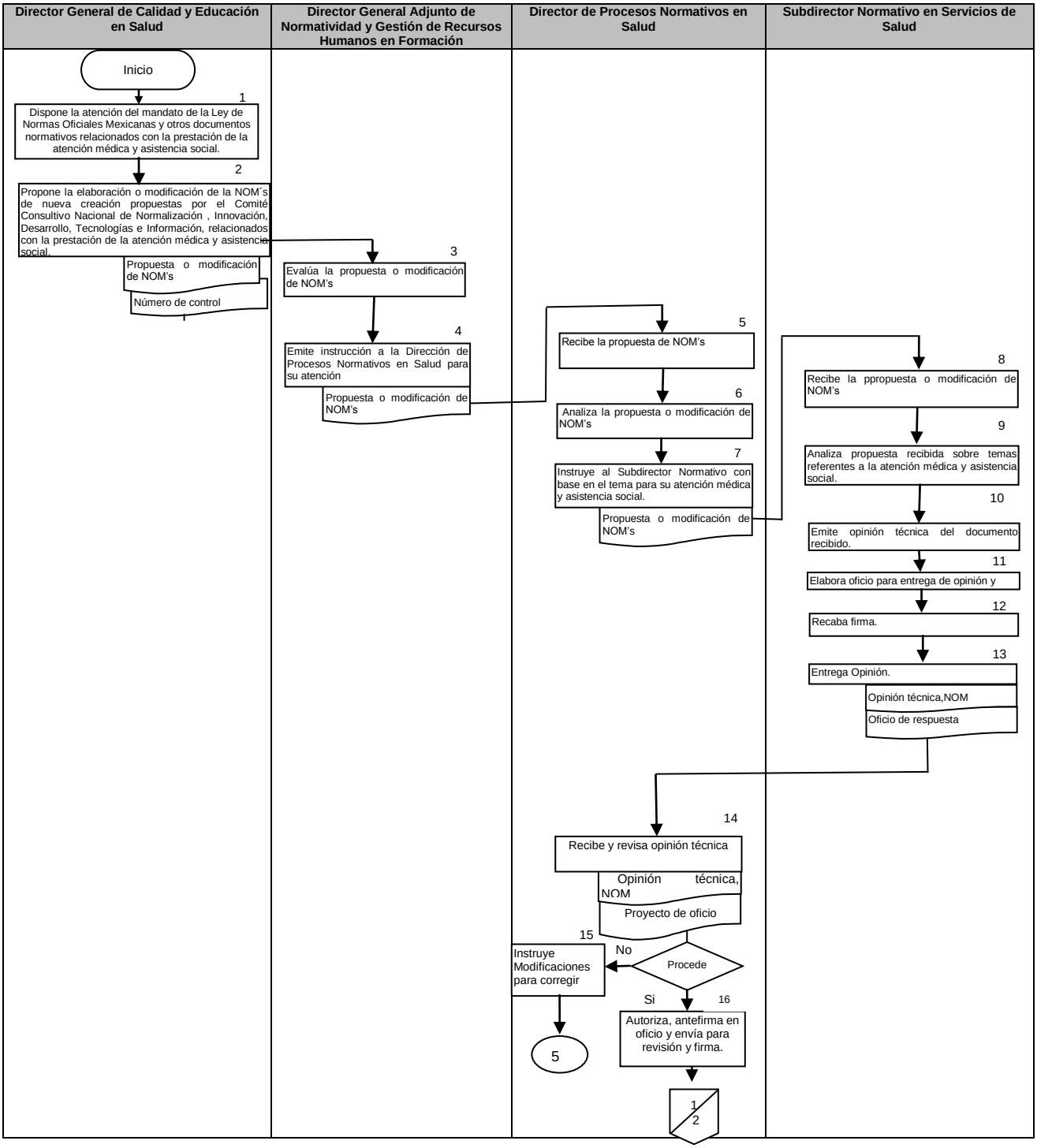
3.6 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación: Recibe y revisa opinión técnica. No: Instruye modificaciones para corregir, regresa actividad 6. Si: Envía a firma en oficio a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para firma.

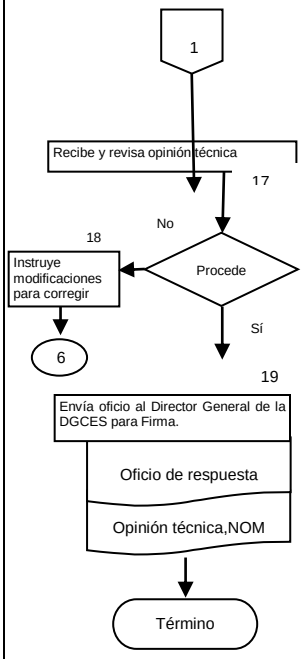
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Dispone la atención del mandato de la Ley de Normas Oficiales Mexicanas y otros documentos normativos relacionados con la prestación de la atención médica y asistencia social.	
	2	Propone la elaboración o modificación de la NOM´s de nueva creación propuestas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización , Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información, relacionados con la prestación de la atención médica y asistencia social.	Propuesta de NOM's con Número de control
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	3	Evalúa la propuesta o modificación de NOM's elaboración de NOM's	
	4	Emite instrucción a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	Propuesta o modificación de NOM's
Director de Procesos Normativos en Salud	5	Recibe la propuesta de NOM's	
	6	Analiza la propuesta	
	7	Instruye al Subdirector Normativo con base en el tema para su atención médica y asistencia social. Procede	Propuesta o modificación de NOM's
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	8	Recibe la propuesta o modificación de NOM's	Opinión técnica, NOM
	9	Analiza propuesta recibida sobre temas referentes a la atención médica y asistencia social.	Oficio de respuesta
	10	Emite opinión técnica del documento recibido.	
	11	Elabora oficio para entrega de opinión.	
	12	Recaba firma.	
	13	Entrega opinión técnica a través de oficio.	

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	14	Recibe y revisa opinión técnica	Proyecto de oficio de respuesta Opinión técnica, NOM
	15	No: Instruye modificaciones para corregir, regresa actividad 5.	
	16	Si: Autoriza , antefirma en oficio y envía para revisión y firma	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	17	Recibe y revisa opinión técnica Procede	Opinión técnica, NOM
	18	No: Instruye modificaciones para corregir, regresa actividad 6.	
	19	Sí: Envía a firma el oficio a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para firma. **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	Oficio de respuesta

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios de Solicitud	2 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2 Oficio con Respuesta	2 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Servicios de Asistencia Social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Propuesta de NOM’s con Número de control

10.2 NOM

10.2 Oficio de respuesta.

10.1.Propuesta de NOM´s

SECRETARÍA DE SALUD

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD

PRESIDENTE:	DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER
DIRECCIÓN:	LIEJA No. 07, 1er PISO, COL. JUÁREZ C.P. 06600, MEXICO, D.F.
TELÉFONOS:	55 53 69 20 y 55 53 69 30
FAX:	52 66 17 26
C. ELECTRÓNICO:	eduardo.gonzalezp@salud.gob.mx

II. Normas vigentes a ser modificadas

A. Temas nuevos

1. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2014, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.

   Objetivo: Reducir los riesgos potenciales derivados del uso de la radiación ionizante, durante la práctica de esta terapia.

   Justificación: Actualizar criterios para asegurar que la práctica de la radioterapia se lleve a cabo con calidad y seguridad para los pacientes y proteger al personal ocupacionalmente expuesto, al público y medio ambiente, de los posibles riesgos derivados del uso de la radiación ionizante.

   Fundamento legal: Artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracción XI, 38 fracción II, 40 fracción III y XI, 41, 43, 47 fracciones I y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 45, 124, 125, 126 y 127 de la Ley General de Salud; 28 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1°, 4°, 5°, 7°, 8°, 9° y 10, fracciones I y IV, 21, 29, 139, 140 fracción II, inciso d), 141, 173 fracción IV, 175, 177, 178, 209, 212, 213, 214 y 215 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2 apartado A fracción I, 8 fracción V y 9 fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

   Fecha estimada de inicio y terminación: Agosto a diciembre de 2014.

EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD.

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

Firma en ausencia del Titular de la Unidad Administrativa con fundamento en el artículo 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el Director de Mejora de Procesos, Mtro. Israel Zamora Martínez

10.2 NOM

DOF: 15/10/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

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

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología yNormalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de octubre de 2010, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías eInformación en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 4 de diciembre del 2010, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Modificación de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO

PREFACIO

En la elaboración de esta norma participaron:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Dirección General de Planeación y Desarrollo

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Nacional de Rehabilitación

10.3 Oficio de Respuesta



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2014, Año de Octavio Paz"

Oficio No. DGCES/ 01385 /2014

México, D.F., a 27 JUN 2014

MTRO. ALBERTO ULISES ESTEBAN MARINA
DIRECTOR GENERAL DE NORMAS Y
SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN
NACIONAL DE NORMALIZACIÓN
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
P R E S E N T E

Asunto: Se remite ficha técnica de modificación de la NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia, para su inscripción en el Suplemento del PNN 2014.

Con fundamento en los artículos 58 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8 fracción III y 15 fracción I de las Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), en mi carácter de Secretario Técnico del mismo, adjunto al presente remito a usted en tiempo y forma, impresión en papel oficial con firma autógrafa y medio magnético, la ficha técnica de modificación de la NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2014, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.

Lo anterior, con la atenta solicitud de que pueda ser inscrita en el Suplemento del Programa Nacional de Normalización 2014.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO
TÉCNICO DEL CCNNIDTIS

SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
30 JUN 2014
RECIBIDO
HORA 13:50

SE
DIRECCIÓN GENERAL DE NORMAS
30 JUN 2014
OFICIALÍA DE PARTES
RECIBIDO
1 ed anexo

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
Firma en ausencia del Titular de la Unidad Administrativa de ... fundamento en el artículo 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el Director de Mejora de Procesos, Mtro. Israel Zenteno Martínez.

Anexos.- Ficha Técnica impresa en papel oficial con firma autógrafa y medio magnético.

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.

EMC/ASM
Sección/Serie: 1S.1

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

20-06-14
Marina

38. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN DE NORMAS OFICIALES MEXICANAS Y OTROS DOCUMENTOS NORMATIVOS EN MATERIA DE FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios; relacionados con la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, para su emisión, y así asegurar la normalización en la prestación de servicios de salud conforme a las estrategias del Sistema Nacional de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, por ser el área responsable de los procesos normativos en la materia, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos.

2.2. A nivel externo este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica, asistencia social y educación en salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de elaborar y proponer Normas Oficiales Mexicanas en materia de educación en salud en términos de las disposiciones aplicables.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud es responsable de analizar las solicitudes enviadas por las Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable de clasificar y emite opinión para la atención de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.

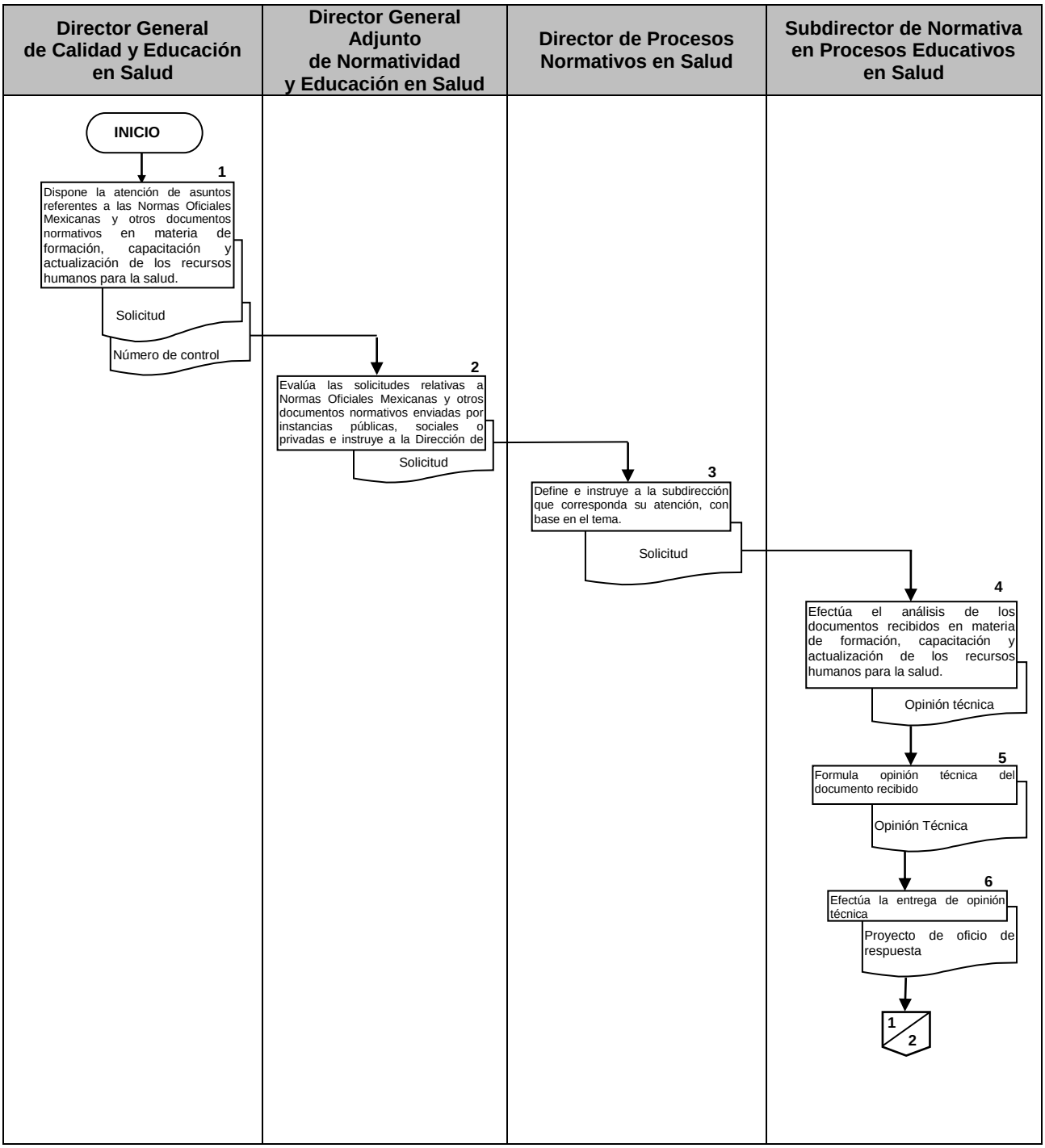
3.5 Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de realizar el análisis de las solicitudes recibidas, dictaminar su procedencia.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

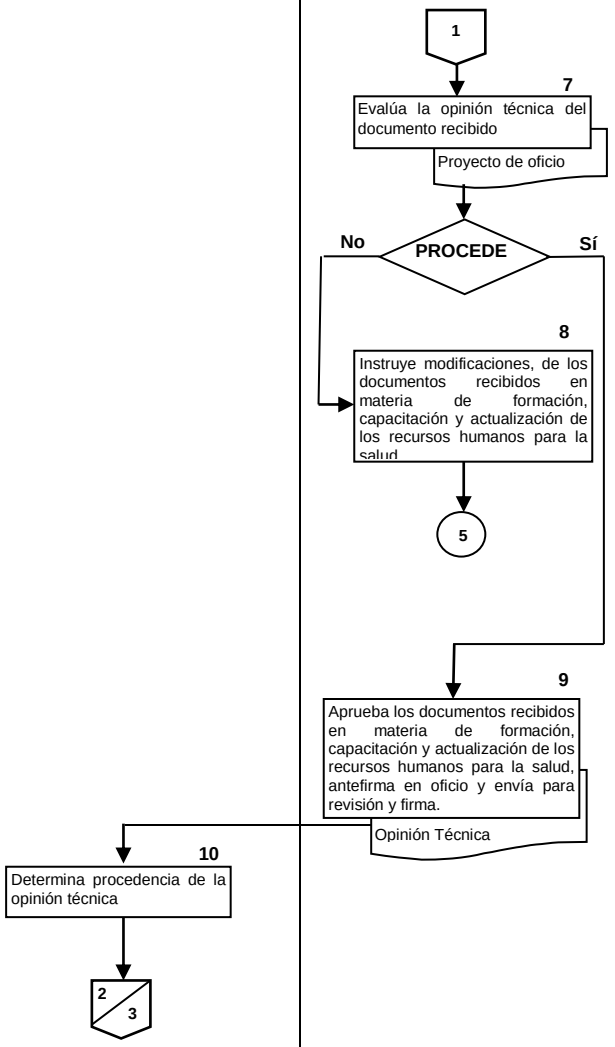
Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Dispone la atención de asuntos referentes a las Normas Oficiales Mexicanas y otros documentos normativos en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.	Solicitud Número de control
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	2	Evalúa las solicitudes relativas a Normas Oficiales Mexicanas y otros documentos normativos enviadas por instancias públicas, sociales o privadas e instruye a la Dirección de Procesos Normativos en Salud su atención.	Solicitud
Director de Procesos Normativos en Salud	3	Define e instruye a la Subdirección que corresponda su atención, con base en el tema.	Solicitud
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4 5 6	Efectúa el análisis de los documentos recibidos en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud. Formula la opinión técnica sobre el documento recibido. Efectúa la entrega de opinión técnica	Opinión técnica Opinión técnica Proyecto de oficio de respuesta
Director de Procesos Normativos en Salud	7 8 9	Evalúa la opinión técnica Procede. No: Instruye modificaciones, de los documentos recibidos en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud. Regresa actividad 5. Sí: Aprueba los documentos recibidos en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, antefirma en oficio y envía para revisión y firma.	 Proyecto de oficio Opinión técnica

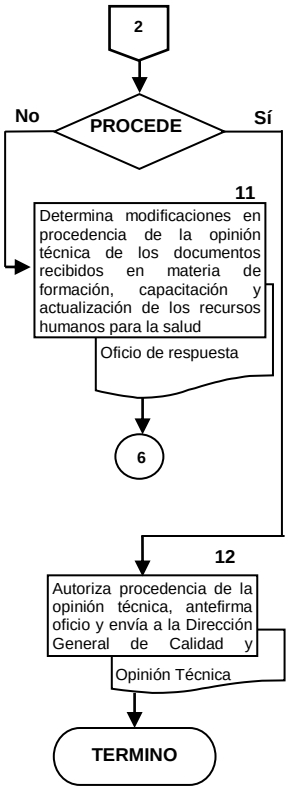
Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	10	Determina procedencia de la opinión técnica Procede	
	11	No: Determina modificaciones en procedencia de la opinión técnica de los documentos recibidos en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud,. Regresa actividad 6	Oficio de respuesta
	12	Si: Autoriza procedencia de la opinión técnica, antefirma oficio y envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para firma. **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	Opinión técnica

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud



Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2	Ley General de Salud	N/A
6.3	Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4	Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5	Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6	Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7	Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9	Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10	Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11	Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

7.1 Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.2 Oficios de Solicitud	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	1C.14
7.3 Oficio con Respuesta	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	1C.14

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Educación en Salud: Acciones de formación de personal para la salud.

8.2 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.3 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

39. PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL PROGRAMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AUTORIZADAS A OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD Y EL SISTEMA DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS Y RECLAMOS

1. PROPÓSITO

Coordinar el programa de inspección, vigilancia, supervisión y seguimiento del funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en cumplimiento de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y realizar el sistema de análisis de las quejas y reclamaciones que los usuarios realizan a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud para prevenir su ocurrencia y dar la atención que ameritan.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y a la Subdirección de Control de Operación.

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas contempla e instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verificará, controlará y evaluará la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Circular Única de Seguros y Fianzas, establece los criterios técnico, médico y administrativo por medio de los cuales la Secretaría de Salud, con apego a esta disposición realiza la emisión de los dictámenes: provisionales, definitivos y anuales.

3.3. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual contempla e instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifique, controle y evalúe la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.4. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la identificación y previsión de quejas y reclamos por parte de los usuarios de los seguros en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

3.5. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, son las responsables de revisar e identificar las quejas y reclamaciones que los usuarios de los seguros que emiten en contra

de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, con el propósito de evitarlas al conocer su origen.

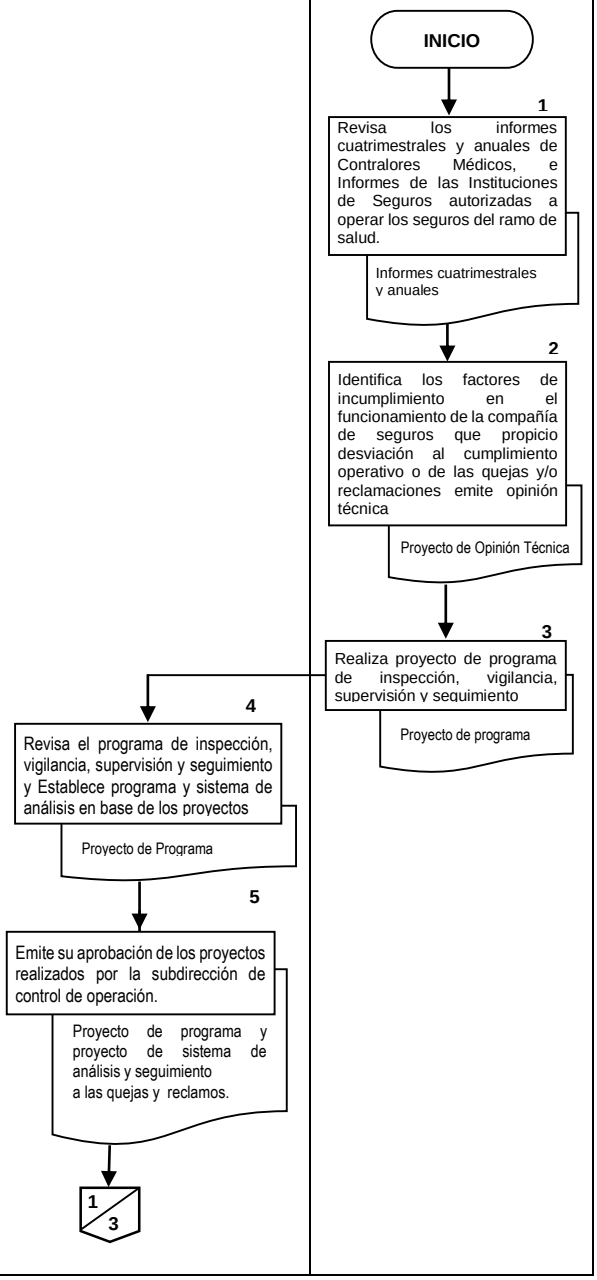
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

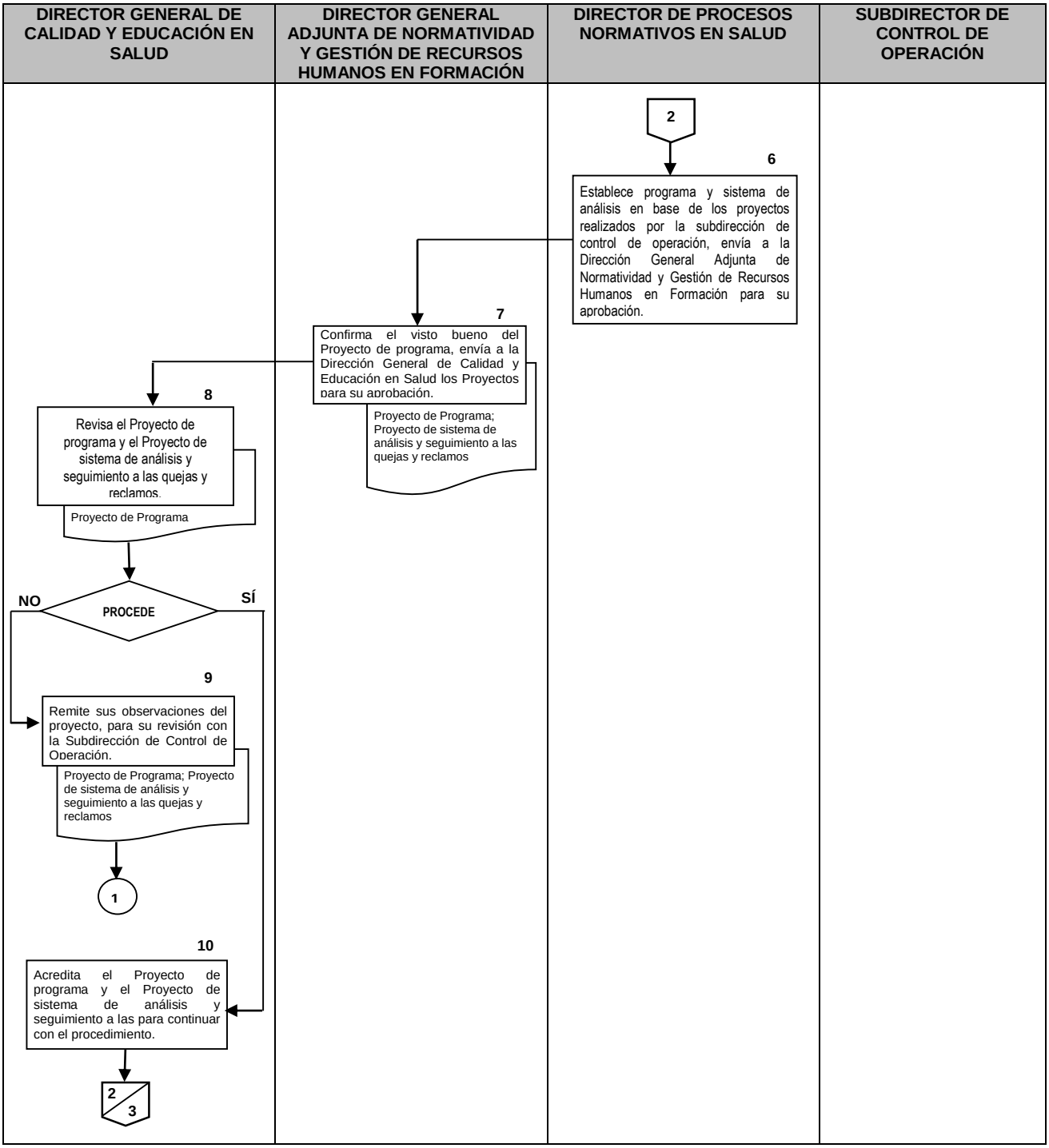
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Control de Operación	1	Revisa los informes cuatrimestrales y anuales de Contralores Médicos e Informes de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.	Informes cuatrimestrales y anuales
	2	Identifica los factores de incumplimiento en el funcionamiento de la compañía de seguros que propicio desviación al cumplimiento operativo o de las quejas y/o reclamaciones emite opinión técnica.	Proyecto de Opinión técnica
	3	Realiza proyecto de programa de inspección, vigilancia, supervisión y seguimiento del funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.	Proyecto de programa
Dirección de Procesos Normativos en Salud	4	Revisa el programa de inspección, vigilancia, supervisión y seguimiento del funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud y el proyecto de Opinión Técnica.	Proyecto de programa
	5	Emite su aprobación de los proyectos realizados por la subdirección de control de operación.	Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos.
	6	Establece programa y sistema de análisis en base de los proyectos realizados por la subdirección de control de operación, envía a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su aprobación.	

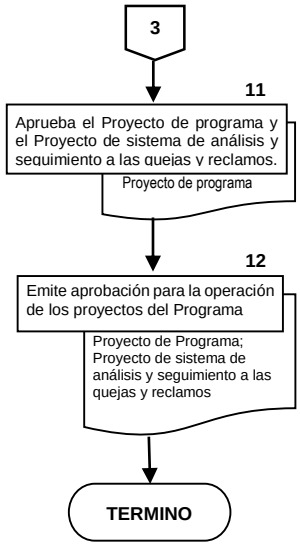
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	7	Confirma el visto bueno del Proyecto de programa, envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud los Proyectos para su aprobación.	Proyecto de programa Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos.
Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	8	Revisa el Proyecto de programa y el Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos. Procede:	Proyecto de programa
	9	NO: Remite sus observaciones del proyecto, para su revisión con la Subdirección de Control de Operación. Regresa a la actividad 1.	Proyecto de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos
	10	SI: Acredita el Proyecto de programa y el Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las para continuar con el procedimiento.	
	11	Aprueba el Proyecto de programa y el Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos.	Proyecto de Programa
	12	Emite aprobación para la operación de los proyectos del Programa **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Proyecto de Programa; Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos

5. DIAGRAMA DE FLUJO

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
2
6
Establece programa y sistema de análisis en base de los proyectos realizados por la subdirección de control de operación, envía a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su aprobación.
7
Confirma el visto bueno del Proyecto de programa, envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud los Proyectos para su aprobación.
Proyecto de Programa; Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos
8
Revisa el Proyecto de programa y el Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos.
Proyecto de Programa
NO
PROCEDE
SÍ
9
Remite sus observaciones del proyecto, para su revisión con la Subdirección de Control de Operación.
Proyecto de Programa; Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las quejas y reclamos
1
10
Acredita el Proyecto de programa y el Proyecto de sistema de análisis y seguimiento a las para continuar con el procedimiento.
2
3

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5 Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7 Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.10 Reglas para la Operación del Ramo de Salud	N/A
6.11 Reglas de Operación del Ramo de Salud para el funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informes cuatrimestrales de Contralores Médicos e informes Anuales	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Oficio de respuesta de las quejas y reclamaciones de los usuarios	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.3 Carpeta de documentos de las quejas y reclamaciones	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.4 Reglas de Operación del Ramo de Salud para el funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.5 Informe de quejas y reclamaciones	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Queja: Manifestación oral y escrita de los usuarios de los servicios sobre inconformidades del proceso de atención médica que podría generar una complicación en el estado de salud de los usuarios o administrativa.

8.2 Sistemas de quejas: Procedimientos que se llevan a cabo para identificar, registrar, tipificar y resolver las quejas de servicios de salud que se dan en contra de una Institución de Servicios de Salud, con el propósito de presentarlas a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para evitar las demandas médicas que generen el cierre de una Institución de Seguros autorizada para operar los seguros del ramo de salud.

8.3 Usuario de los servicios de salud: Personas aseguradas en las Instituciones de Seguros autorizadas para operar los seguros del ramo de salud, que hacer uso de los servicios médicos que les proporcionan personal o Instituciones que tienen contrato con las aseguradoras.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada marzo 2015

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

40. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Proponer ante la instancia inmediata superior la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud, para su integración al Programa Nacional de Normalización e Integrar las propuestas de instrumentos normativos en educación en salud para la elaboración del anteproyecto correspondiente.

2. ALCANCE

A nivel interno la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es el área responsable de que propuestas de instrumentos normativos en educación en salud se integrarán en el Programa Nacional de Normalización, la Dirección de Procesos Normativos en Salud, define las propuestas viables para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud, la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud recibe, la propuestas e integra los instrumentos normativos y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso.

2.2. A nivel externo este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de determinar que propuestas de instrumentos normativos en educación en salud se integrarán en el Programa Nacional de Normalización.

3.2 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de definir las propuestas viables para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud.

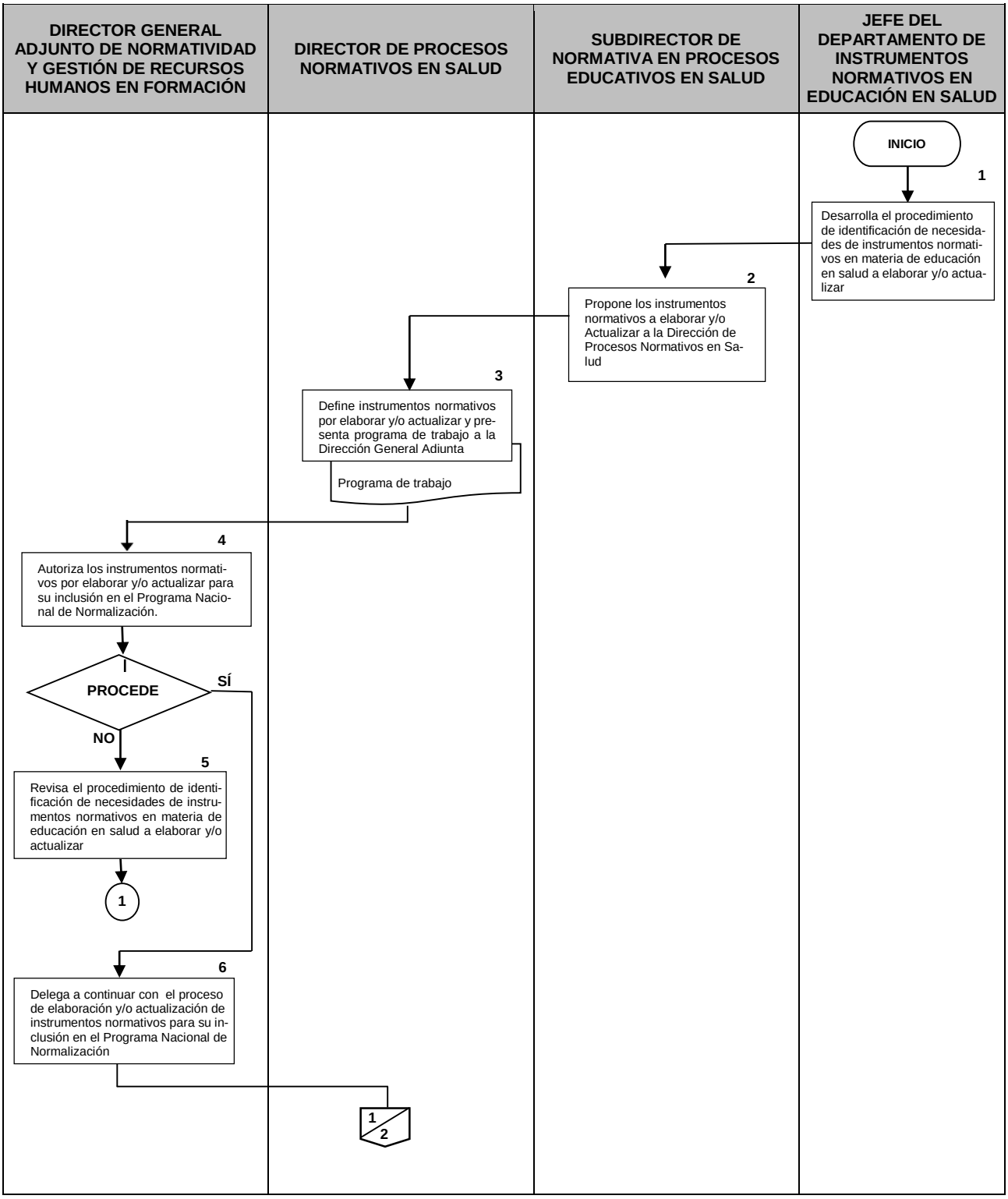
3.3 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de recibir las propuestas de elaboración y/o actualización de los instrumentos normativos en educación en salud y enviar a la Dirección de Procesos Normativos en Salud.

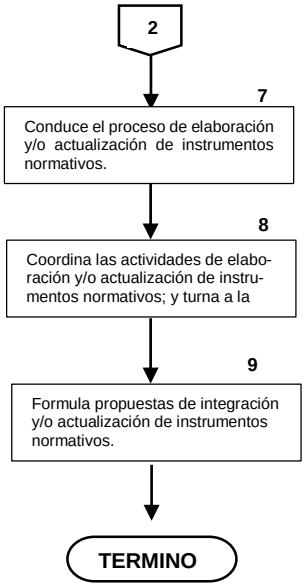
3.4 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud con base en la revisión de la normatividad y de la problemática en materia de educación en salud, es responsable de identificar qué instrumentos normativos en educación en salud propone elaborar y/o actualizar.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	1	Desarrolla el procedimiento de identificación de necesidades de instrumentos normativos en materia de educación en salud a elaborar y/o actualizar	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Propone los instrumentos normativos a elaborar y/o actualizar a la Dirección de Procesos Normativos en Salud	
Director de Procesos Normativos en Salud	3	Define los instrumentos normativos a elaborar y/o actualizar y presenta programa de trabajo a la Dirección General Adjunta	Programa de Trabajo 2017
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	4 5 6	Autoriza los instrumentos normativos por elaborar y/o actualizar para su inclusión en el Programa Nacional de Normalización. Procede No, revisa el procedimiento de identificación de necesidades de instrumentos normativos en materia de educación en salud a elaborar y/o actualizar Sí, delega a continuar con el proceso de elaboración y/o actualización de instrumentos normativos para su inclusión en el Programa Nacional de Normalización .	
Director de Procesos Normativos en Salud	7	Conduce el proceso de elaboración y/o actualización de instrumentos normativos.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	8	Coordina las actividades de elaboración y/o actualización de instrumentos normativos; y turna a la instancia inmediata inferior.	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	9	Formula propuestas de integración y/o actualización de instrumentos normativos. Termina el Procedimiento.	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE NORMATIVA EN PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Normalización	N/A
6.2 Normas Oficiales Mexicanas en Educación en Salud SSA	N/A
6.3 Propuestas y Peticiones de Instituciones	N/A
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Nacional de Normalización	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas en Educación en Salud, de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Normas

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Educación en Salud: Acciones de formación de personal para la salud.

8.2 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.3 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

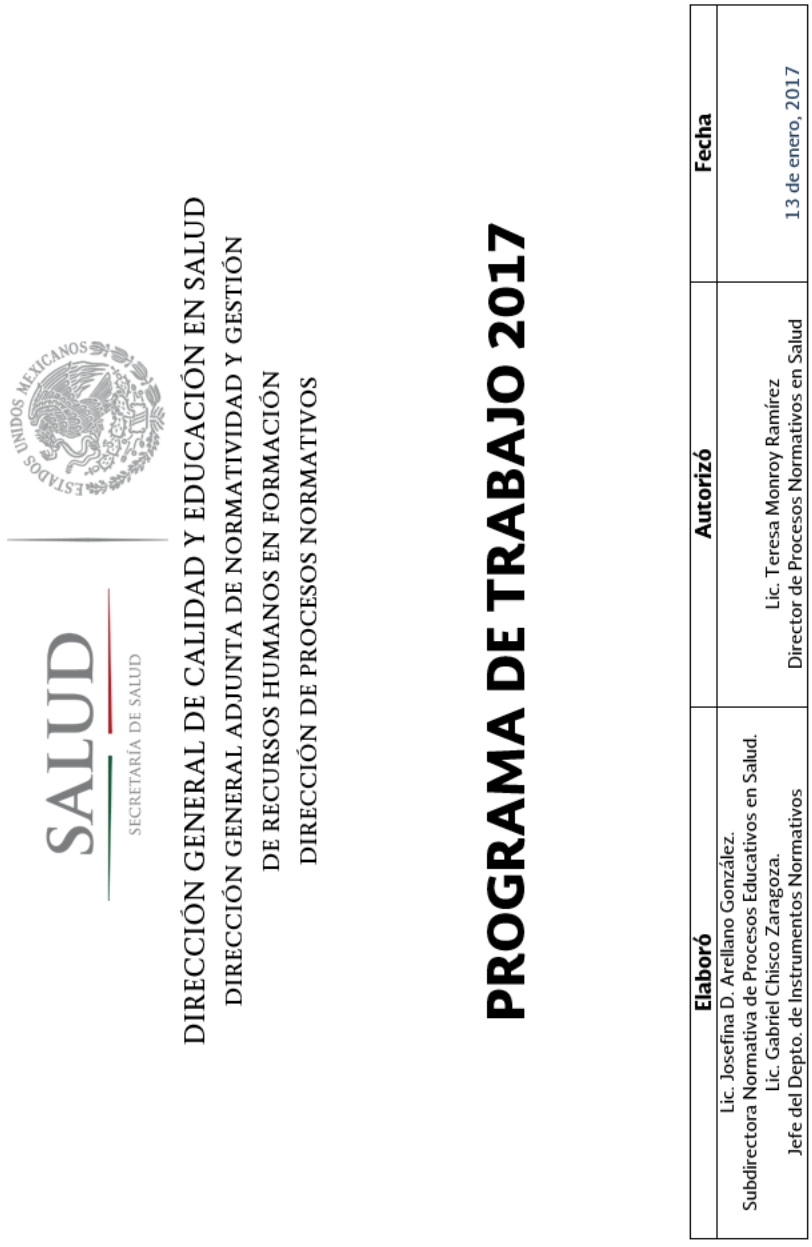
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programa de Trabajo 2017

10.1 Programa de Trabajo 2017



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN
DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS

PROGRAMA DE TRABAJO 2017

Elaboró	Autorizó	Fecha
Lic. Josefina D. Arellano González. Subdirectora Normativa de Procesos Educativos en Salud. Lic. Gabriel Chisco Zaragoza. Jefe del Depto. de Instrumentos Normativos	Lic. Teresa Monroy Ramírez Director de Procesos Normativos en Salud	13 de enero, 2017

Normatividad en materia de Educación en Salud

La Subdirección de Normativa de Procesos Educativos en Salud es el área responsable de coordinar la integración, elaboración, difusión, implementación y supervisión de los instrumentos normativos relacionados con los procesos de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos en salud, para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y el sector educativo en la materia.

Cuenta en su estructura con el Departamento de Instrumentos Normativos de Educación en Salud, para el desarrollo de los documentos que conformen el marco legal de los procesos de formación, capacitación y actualización de recursos humanos en salud.

Dada la convergencia de dos aspectos fundamentales en el desarrollo del país, como lo son la educación y la salud, y las características particulares de los procesos formativos del personal de las disciplinas que lo integran, que incluyen la participación activa de los recursos humanos en formación en las unidades de atención médica en distintas etapas de formación, es indispensable contar con la regulación que permita al mismo tiempo, mejorar la calidad de los procesos formativos con la asesoría permanente del personal institucional y garantizar la seguridad de los pacientes de las unidades en que desarrollan esos ciclos.

Con ello se fortalece el sistema público de salud al contar con personal en formación que coadyuve en el otorgamiento de una atención de segura y de calidad, al tiempo que se apoya a las instancias educativas en la formación de personal de salud responsable, comprometido y solidario con la población.

El concordancia con las funciones y atribuciones de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, para el año 2016, se tienen consideradas las siguientes actividades con el que se busca dar una respuesta más eficiente y acertada a los requerimientos normativos en materia de Educación en Salud en el Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

GENERAL

- Establecer el marco normativo que regule la formación de recursos humanos para la salud, para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud en la materia.

ESPECÍFICOS

- Elaborar y/o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud, requeridos por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Coordinar la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño para el Personal de Salud.
- Impulsar las estrategias del Programa Hospital Seguro ante Desastres en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

METAS E INDICADORES

Meta	Indicador de Resultados
Coordinar la publicación de un Proyecto de NOM a consulta púbica (Nom 038)	1 Proy NOM
Coordinar la integración de un Proyecto de NOM para la obtención de la opinión jurídica y aprobación del CCNNIDTIS, para la publicación como Proyecto de NOM (Nom 001)	1 Proy NOM
Coordinar la elaboración de la manifestación de impacto regulatorio y el proceso de gestión y trámites para la obtención de la opinión jurídica y aprobación del CCNNIDTIS, para la publicación de la respuesta a comentarios y NOM definitiva. (NOM-033, NOM-038)	2 NOM
Actualizar y difundir la normativa para la operación de Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	Bases, Convocatoria y Reglamento.
Atender inconformidad del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	100% de lo solicitado

Meta	Indicador de Resultados
Llevar a cabo el seguimiento a la atención de las observaciones derivadas de las visitas de evaluación del Programa Hospital Seguro ante Desastres	100% de las unidades evaluadas
Impulsar la integración de los comités hospitalarios de emergencias y la elaboración de planes hospitalarios de respuesta ante desastres	50% de las unidades
Coordinar la realización de cursos para la elaboración del Plan Hospitalario de Respuesta ante Desastres y para la atención de emergencias químicas	100% de lo programado
Apoyar la gestión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la participación y representación intra y extra institucionales.	100% de lo solicitado.
Representar a la Dirección General en eventos, comisiones y grupos de trabajo que se requieran en el ámbito de sus atribuciones	100% de lo solicitado.

ORGANIZACIÓN

La Subdirección Normativa de Procesos Educativos en Salud cuenta en su estructura orgánica con la Jefatura de Departamento de Instrumentos Normativos de Educación en Salud.

Se cuenta también con dos coordinaciones dependientes en forma directa de la Subdirección, una para el Programa Hospital Seguro ante Desastres y otra para el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

ACTIVIDADES

a. Elaboración de instrumentos normativos.

Objetivo. Elaborar y/o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud, que den respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud en la materia.

Actividades.

- Con base en la Identificación de las necesidades específicas, definir el tipo de instrumento requerido.

- Investigación documental para sustentar su elaboración y contenido.
- Integración del documento, cumpliendo con las etapas que correspondan.
- Realización de los trámites requeridos para su aprobación jurídica, acorde con el instrumento elaborado.

Reuniones de Trabajo. 10
Total de Asistentes 200
Participantes Representantes de Instituciones de Salud y Educativas, titulares estatales de educación en salud, personal de la DGCES
Personal de Apoyo Adscrito a la Subdirección Normativa de Procesos Educativos en Salud

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Integración de grupos técnicos para la elaboración de los instrumentos en las etapas señaladas en la normativa	Prog												
	Real												
Realización de reuniones de trabajo de los grupos técnicos hasta finalizar cada etapa de los instrumentos.	Prog												
	Real												
Tramite de los instrumentos ante las instancias correspondientes hasta su publicación oficial	Prog												
	Real												

b. Integración de material de consulta y difusión normativa en la página WEB de la DGCES.

Objetivo. Difusión permanente y actualizada de la normativa en materia de educación en salud.

Actividades.

- Seguimiento a la integración de la parte de normatividad en la página de la DGCES
- Integración de los documentos normativos vigentes como folletos electrónicos.
- Incorporación de los documentos normativos a la página web.
- Actualización permanente de la información integrada en la página.

Esta actividad se realiza en coordinación con la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.

c. Asesoría, capacitación y difusión.

Objetivo. Favorecer la instrumentación de los documentos normativos, mediante el conocimiento de la misma, otorgando asesoría permanente para su cumplimento, efectuando actividades de capacitación y difusión de la normativa en materia de educación en salud dirigido a los responsables de ello.

Actividades.

- Selección del instrumento normativo a difundir o sobre el que realizará la capacitación.
- Seleccionar el universo al que se dirigen las actividades a realizar.
- Elaborar el material requerido para cada caso.
- Integrar el programa de actividades y desarrollarlo.
- Evaluar la actividad realizada.

41. PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer estrategias de difusión de la normatividad en educación en salud, para su aplicación y cumplimiento.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2. A nivel externo este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de indicar se proceda a la difusión de la normatividad en educación en salud.

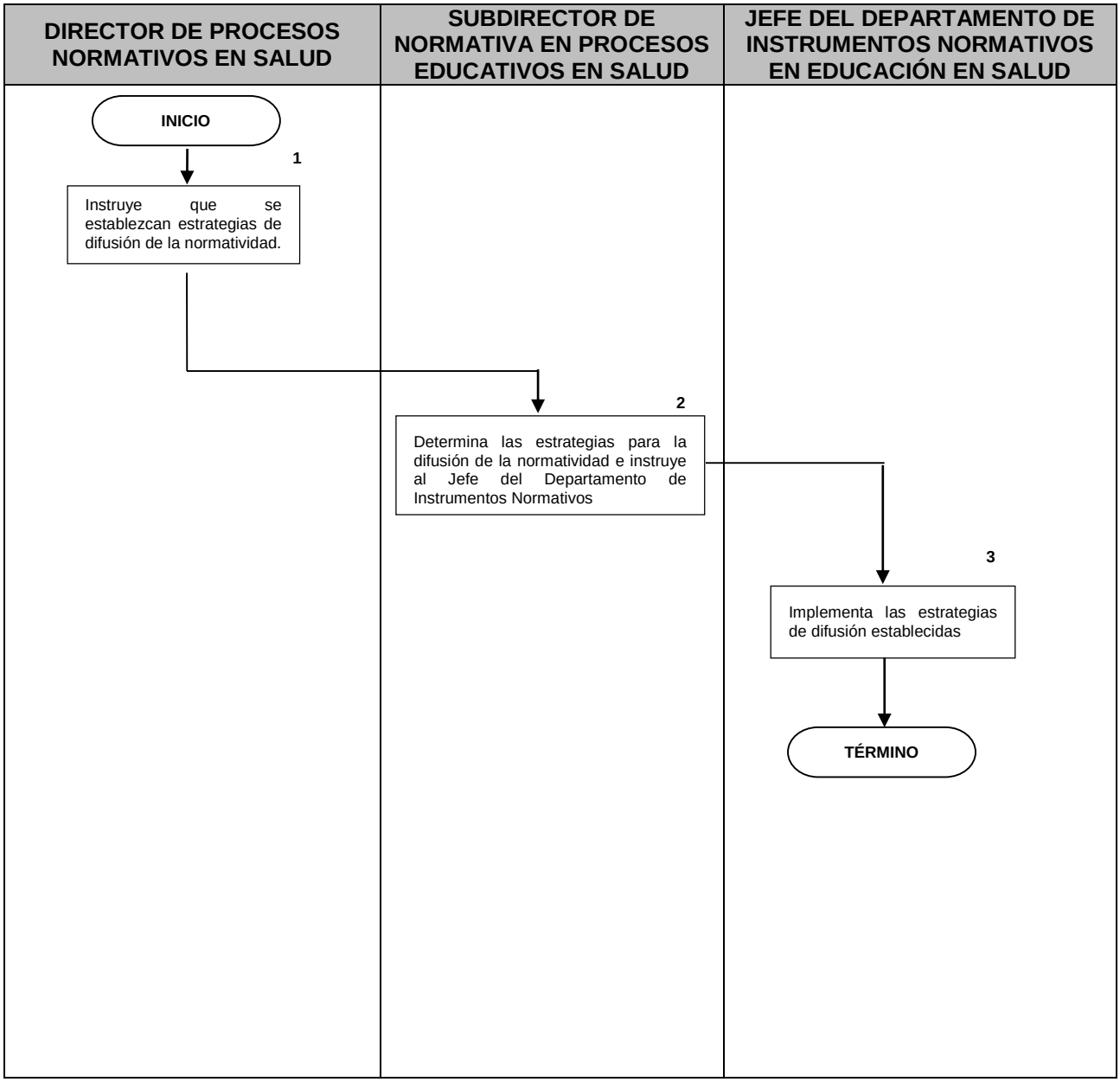
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de definir las estrategias de difusión de la normatividad en educación en salud.

3.3 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, es responsable de coordinar las acciones para el desarrollo de estrategias de difusión de la normatividad en educación en salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud para realizar difusión de la normatividad.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Determina las estrategias para la difusión de la normatividad e instruye al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Implementa las estrategias de difusión establecidas. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Normalización	N/A
6.2 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.3 Propuestas y Peticiones de Instituciones	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Normas

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actualización de instrumento normativo: Modificación de un documento jurídico normativo existente.

8.2 Elaboración de instrumento normativo: Desarrollo integral de un documento jurídico normativo.

8.3 Grupo Interno de Trabajo: Personal del departamento de instrumentos normativos seleccionados.

8.4 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.5 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

42. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar con las instituciones de salud y educativas la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud para regular la Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno la Dirección de Procesos Normativos en Salud, coordina los procesos con las instituciones de salud y educativas en la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud, la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud es responsable del análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud es el área técnica del proceso

2.2 A nivel externo es aplicable a instituciones educativas y de salud en el proceso de elaboración y autorización de instrumentos normativos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud indica coordinación.

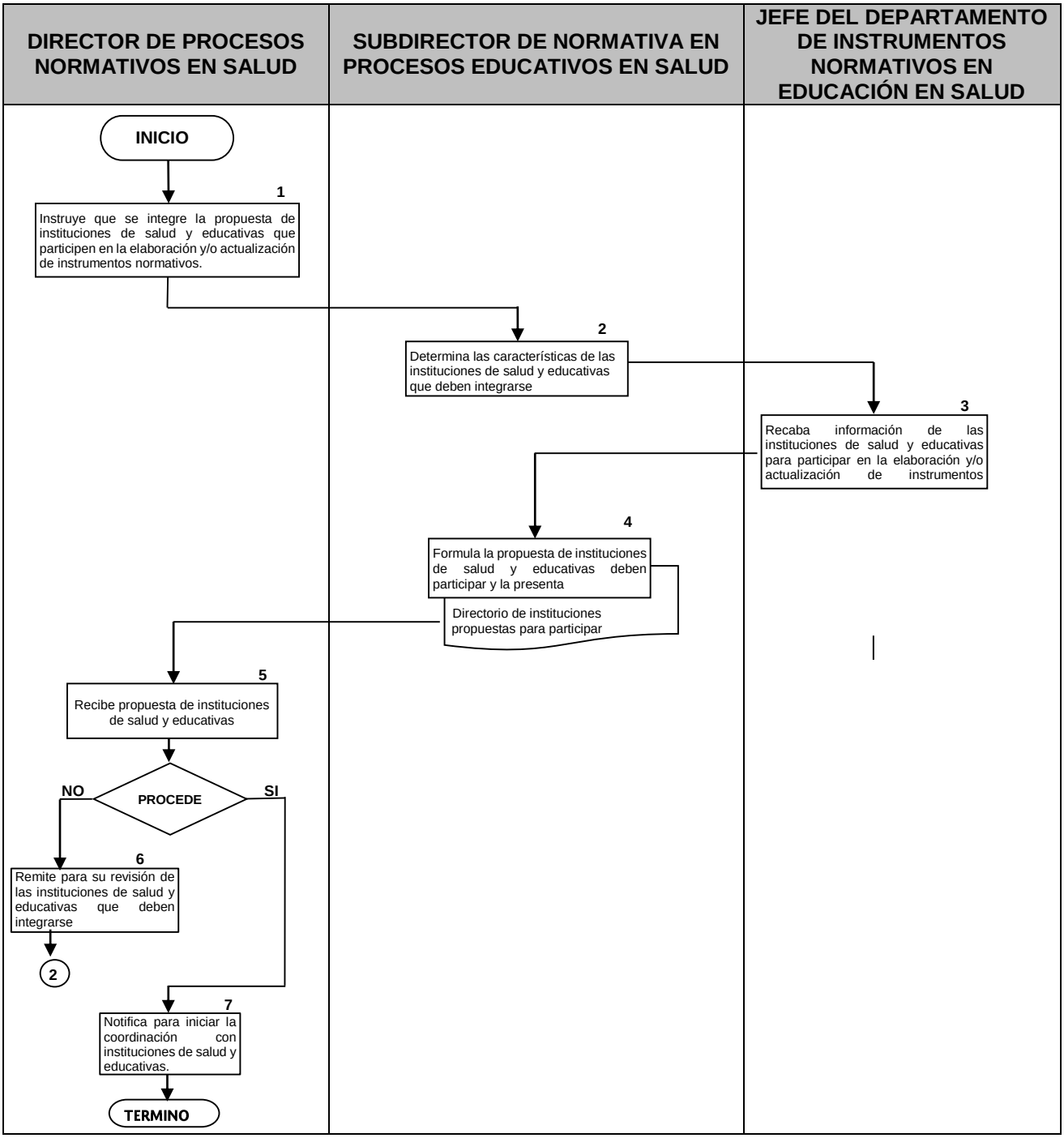
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de definir los lineamientos para la coordinación con las instituciones de salud y educativas en la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos en educación en salud.

3.3 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, es responsable de la coordinación con las instituciones de salud y educativas, de acuerdo con los lineamientos definidos por la Subdirección.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye que se integre la propuesta de instituciones de salud y educativas que participen en la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Determina las características de las instituciones de salud y educativas que deben integrarse y da indicaciones para su identificación.	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Recaba información de las instituciones de salud y educativas para participar en la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos y entrega	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4	Formula la propuesta de instituciones de salud y educativas que deben participar y la presenta	Directorio de Instituciones convocadas para integración de Norma Oficial Mexicana
Director de Procesos Normativos en Salud	5 6 7	Recibe la propuesta de instituciones de salud y educativas que deben participar Procede: No: Remite para su revisión de las instituciones de salud y educativas que deben integrarse. Regresa a la actividad 2 Sí: Notifica para iniciar la coordinación con instituciones de salud y educativas. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Normalización	N/A
6.2 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.3 Propuestas y Peticiones de Instituciones	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Institución:** Establecimiento de salud o educativa, social o privada relacionada con los instrumentos normativos en educación a elaborar.

8.2 **Instrumento Normativo:** Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.3 **Norma Oficial Mexicana:** Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Directorio de Instituciones convocadas para integración de Norma Oficial Mexicana

10.1 Directorio de Instituciones convocadas para integración de Norma Oficial Mexicana

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Consejo de Salubridad General	Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Secretario del Consejo de Salubridad General	Lieja No. 7, piso 2, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México	50-62-16-00 cisco: 55612 50-62-16-48	jesus.ancer@csg.gob.mx
Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez	Director General de la Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	Guadalajara No. 46, piso 7, Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, Ciudad de México	50-62-16-00 cisco: 55041 50-62-16-11 5062 1700	fernando.gutierrez@salud.gob.mx
Academia Mexicana de Cirugía, A.C., AMC	Dr. Jesús Tapia Jurado	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.	Avenida Cuauhtémoc No. 330, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad de Congreso, bloque B, piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México	57-61-25-81	acameci@amc.org.mx
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.,	Dr. Armando Mansilla Olivares	Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.		55-19-847-32 55-19-86-79	presidente@anmm.org.mx
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos	Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Periférico Sur No. 4118, piso 1, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México,	54-81-11-78 cisco: 51017 54-81-11-78	g.ruizpalacios@salud.gob.mx
	Dr. Simón Kawa Karasik	Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud		54-81-11-78 cisco: 51027 y 51014 54-81-11-78	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia		54-81-11-78 cisco: 53382 54-81-11-78	franciscopnavarro@yahoo.com.mx freanciscopnavarro@yahoo.com.mx
	Dr. Manuel de la Llata Romero	Director General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad		54-81-11-78 cisco: 51040 y 51044 54-81-11-78	
Hospital General Dr. Manuel Gea González	Dr. Octavio Sierra Martínez	Director General	Calzada de Tlalpan No. 4800, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	40-00-30-11 Ext: 40-00-30-11	geadireccion general@salud.gob.mx

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Hospital General de México "Eduardo Liceaga"	Dr. César Athié Gutiérrez	Director General	Dr. Balmis No. 148, Colonia Doctores, C.P. 06726, Cuauhtémoc, Ciudad de México	27-89-20-00 Ext: 1081 y 1084 27-89-20-00 27-89-20-00	cesar.athie@salud.gob.mx
Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"	Dr. José Alberto García Aranda	Director General	Dr. Márquez No. 162, Colonia Doctores, C.P. 06720, Cuauhtémoc, Ciudad de México	57-61-02-70 Ext: 9010 57-61-36-60 52-28-99-17	jaranda@himfg.edu.mx
Hospital Juárez de México	Dr. Martín Antonio Manrique	Director General	Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Gustavo A. Madero, Ciudad de México	57-47-75-60 Ext: 7350	martin.antonio@salud.gob.mx
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Dr. Marco Antonio Martínez Ríos	Director General	Juan Badiano No. 1, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	55-73-35-63 Ext: 1115 y 1116 55-73-35-63 55-73-29-11	dirgral@cardiologia.org.mx
Instituto Nacional de Cancerología	Dr. Antelmo Abelardo Meneses García	Director General	Avenida San Fernando No. 22, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	56-28-04-00 Ext: 44001 y 44002 56-28-04-01	amenesesg@incan.edu.mx
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"	Dr. Jorge Salas Hernández	Director General	Calzada de Tlalpan No. 4502, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México,	54-87-17-00 Ext: 5178	jsalas@iner.gob.mx
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	Dr. Miguel Ángel Celis López	Director General	Avenida Insurgentes Sur No. 3877, Colonia La Fama, C.P. 14269, Tlalpan, Ciudad de México	56-06-38-22 Ext: 4000 y 4001 55-28-14-97	direcciongeneral@innn.edu.mx
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"	Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez	Director General	Montes Urales No. 800, Colonia Lomas Virreyes, C.P. 11000, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	55-20-99-00 Ext: 108	dirgral@inper.mx
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	Dra. María Elena Medina Mora Icaza	Directora General	Calzada México-Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Tlalpan, Ciudad de México	41-60-54-46 41-60-51-27	

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Instituto Nacional de Salud Pública	Dr. Juan Ángel Rivera Dommaco	Director General	Avenida Universidad No. 655, Cerrada Los Pinos y Caminera, Colonia Santa María Ahuacatitlan, , C.P. 62100, Cuernavaca, Morelos	59-99-10-00 Ext: 01-77-73-29-30-00	
Instituto Nacional de Pediatría	Dr. Alejandro Serrano Sierra	Director General	Avenida Insurgentes Sur No. 3700, Letra C, Colonia Insurgentes Cuicuilco C.P. 4530, Coyoacán, Ciudad de México	10-84-09-00 Ext: 1190 10-84-09-01	aserranos@pediatria.gob.mx
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	Dr. David Kershenobich Stalnikowitz	Director General	Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Sección XVI, C.P. 4000, Tlalpan, Ciudad de México,	55-73-11-27 Ext: 2100 y 2101 55-73-11-27 54-87-09-00	direccion@incmnsz.mx
Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"	Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León	Director General	Calzada México-Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, C.P. 14389, Tlalpan, Ciudad de México	59-99-10-00 Ext: 10035	cibarra@inr.gob.mx
Servicios de Atención Psiquiátrica	Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León	Director General	Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 1, Colonia Juárez, C.P. 06600, Cuauhtémoc, Ciudad de México	50-62-23-11	titular_sap@salud.gob.mx
INSTITUCIONES EDUCATIVAS					
Secretaría de Educación Pública	Dr. Salvador Alejandro Malo Álvarez	Director General de Educación Superior Universitaria	Vicente García Torres No. 235, piso 1, Colonia El Rosedal, C.P. 04330, Coyoacán, Ciudad de México,	36-01-10-00 36-01-67-00	salvador.malo@sep.gob.mx
UNAM-FM	Dr. German Enrique Fajardo Dolci	Director de la Facultad de Medicina	Avenida Universidad No. 3000, Circuito interior, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Coyoacán, Ciudad de México	56-23-24-02 56-23-24-01	germanfajardo@unam.mx direccionfm@unam.mx
UNAM-FES-Iztacala	Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda	Directora	Avenida De los Barrios No. 1, Colonia Los Reyes Iztacala, C.P. 54090, Tlalnepantla de Baz, Estado de México	57-29-60-00 Ext: 46233 53-41-40-03	agonzalez@ipn.mx

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
UNAM-FES-Zaragoza	Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez	Director	Batalla del 5 de mayo, s/n, Edificio de Posgrado, Colonia Ejército de Oriente, C.P. 09230, Iztapalapa, Ciudad de México	56-23-07-01	victor.mendoza@enlinea.zaragoza.unam.mx
Secretaría de la Defensa Nacional	General de Brigada Jaime López Reyes	Director General de Educación Militar y Universidad del Ejército y Fuerza Aérea	Calzada México-Tacuba S/N, Colonia Popotla, C.P. 11401, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	21-22-88-00 53-41-50-35	dir_educ@mail.sedena.gob.mx
Secretaría de Marina	Capitán de Fragata Juan Alberto Díaz Ponce	Director de la Escuela Médico Naval,	Virgilio Uribe No. 1800, puerta 8, Colonia Alianza Popular Revolucionaria, C.P. 04800, Coyoacán, Ciudad de México,	56-84-48-82	jadiazpm@gmail.com
Instituto Politécnico Nacional	Dra. Lorena García Morales	Directora de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía	Guillermo Massieu Helguera 239, Colonia La Escalera, C.P. 07338, Gustavo A. Madero, Ciudad de México	57-29-60-00 Ext: 46111 57-29-60-00	enmh@ipn.mx
Instituto Politécnico Nacional	Dra. Amalia Rosa Bobadilla Lugo	Directora de la Escuela Superior de Medicina	Avenida Salvador Díaz Mirón Esq. Plan de San Luis, Colonia Casco de Santo Tomás, C.P. 11340, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	57-29-63-00 Ext: 46260 57-29-63-00	rabobadilla@gmail.com
UAM-Xochimilco	Mtro. Rafael Díaz García	Director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud	Calzada del Hueso No. 1100, Edif. A, piso 3, Colonia Villa Quietud, C.P. 04960, Coyoacán, Ciudad de México	55-94-66-56 Ext: 7010 55-94-66-56	
Universidad de Guadalajara	Dr. Jaime Andrade Villanueva	Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud	Sierra Mojada No. 950, Edificio A. Puerta 7, Colonia Independencia, C.P. 44350, Guadalajara, Jalisco	01-33-10-58-52-00	drjandradev@cucs.udg.mx

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Universidad Justo Sierra	Dr. Agustín Anaya García	Director Escuela de Medicina	Avenida Acueducto No. 914, Colonia Laguna Ticoman, C.P. 07340, Gustavo A. Madero, Ciudad de México	51-48-30-00 50-95-43-63	
Universidad Panamericana	Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera	Director de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana – Campus Ciudad de México	Augusto Rodin 498, Colonia Insurgentes Mixcoac, Delegación Benito Juárez, C.P. 03920, Ciudad de México, México	54-82-16-00 Ext 5662 y 5657 54-82-16-00	
INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD					
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Director Médico	Avenida San Fernando No. 547, Edificio A, piso 8, Colonia Toriello Guerra, C.P. 14050, Tlalpan, Ciudad de México	56-06-23-93 Ext 12901	rafael.navarro@issste.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social	Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola	Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud	Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, C.P. 06720 Cuauhtémoc, Ciudad de México	5627 6900 Ext. 21234	ana.sepulvedav@imss.gob.mx
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Director General de Rehabilitación	Insurgentes Sur 3700, Edif. B, piso 2, Colonia San José Cuicuilco, C.P. 4530, Coyoacán, Ciudad de México,	30-03-22-00 Ext 4205 y 4315 30-03-22-00	ricardo.camacho@df.gob.mx
Cruz Roja Mexicana	Lic. Fernando Suinaga Cárdenas	Presidente del Consejo Nacional de Directores	Luis Vives No. 200, Colonia Los Morales Polanco, C.P. 11510, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	10-84-90-00	
Fundación de Asistencia Privada, Conde de Valencia	Dr. Jorge Ahumada Ayala	Presidente del Patronato	Chimalpopoca 14, Colonia Obrera, C.P. 06800. Cuauhtémoc, Ciudad de México,	54-42-17-08	

43. PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR ASESORÍA DE LA NORMATIVIDAD EN EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Proporcionar a las instituciones educativas y de salud de los sectores público, social y privado, asesoría relacionada con la normatividad en educación en salud, para su mejor entendimiento y correcta aplicación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2 A nivel externo las instituciones de salud y educativas de los sectores público, social y privado que solicitan asesoría a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud conforme a la normatividad aplicable en educación en salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de recibir la solicitud de asesoría de la normatividad en salud.

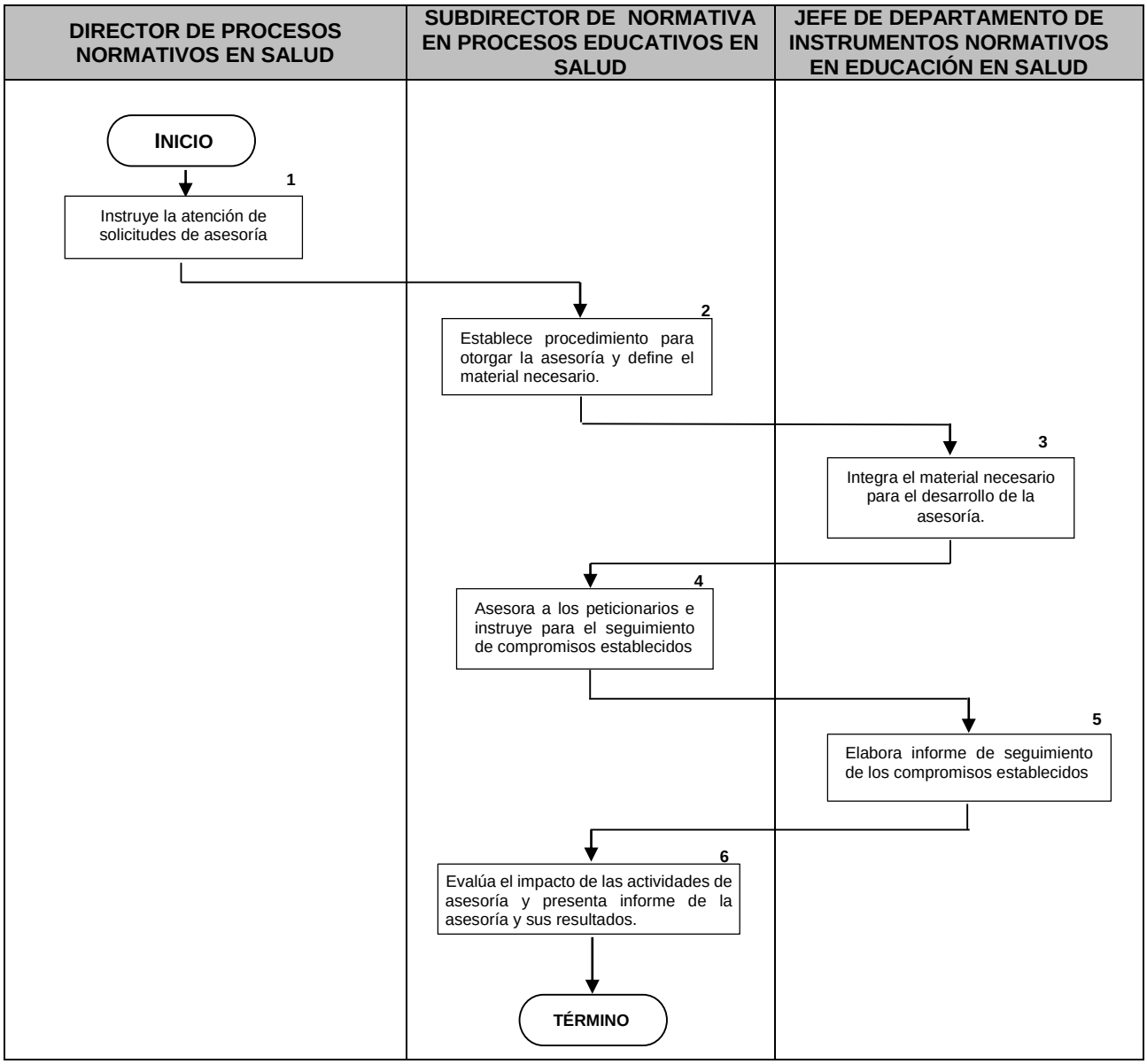
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud serán responsables de otorgar la asesoría.

3.3 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, será responsable de integrar el material para la asesoría en normatividad en educación en salud a las instituciones de salud y educativas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud.	1	Instruye la atención de solicitudes de asesoría presentadas por instituciones educativas y de salud de los sectores público, social y privado.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Establece el procedimiento para otorgar la asesoría y define el material necesario para ello.	N/A
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Integra el material adecuado para la asesoría.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4	Asesora a los peticionarios e instruye para el seguimiento de compromisos establecidos	N/A
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	5	Elabora informe de seguimiento de los compromisos establecidos y entrega	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	6	Evalúa el impacto de las actividades de asesoría y presenta informe de la asesoría y sus resultados. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	N/A

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Normalización.	N/A
6.2 Normas Oficiales Mexicanas SSA.	N/A
6.3 Propuestas y Peticiones de Instituciones.	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Norma

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asesoría:** Actividad para dar a conocer la normatividad a las instituciones de salud y educativas, que se realiza de manera conjunta y programada por el personal del Departamento.

8.2 **Instrumento Normativo:** Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.3 **Norma Oficial Mexicana:** Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

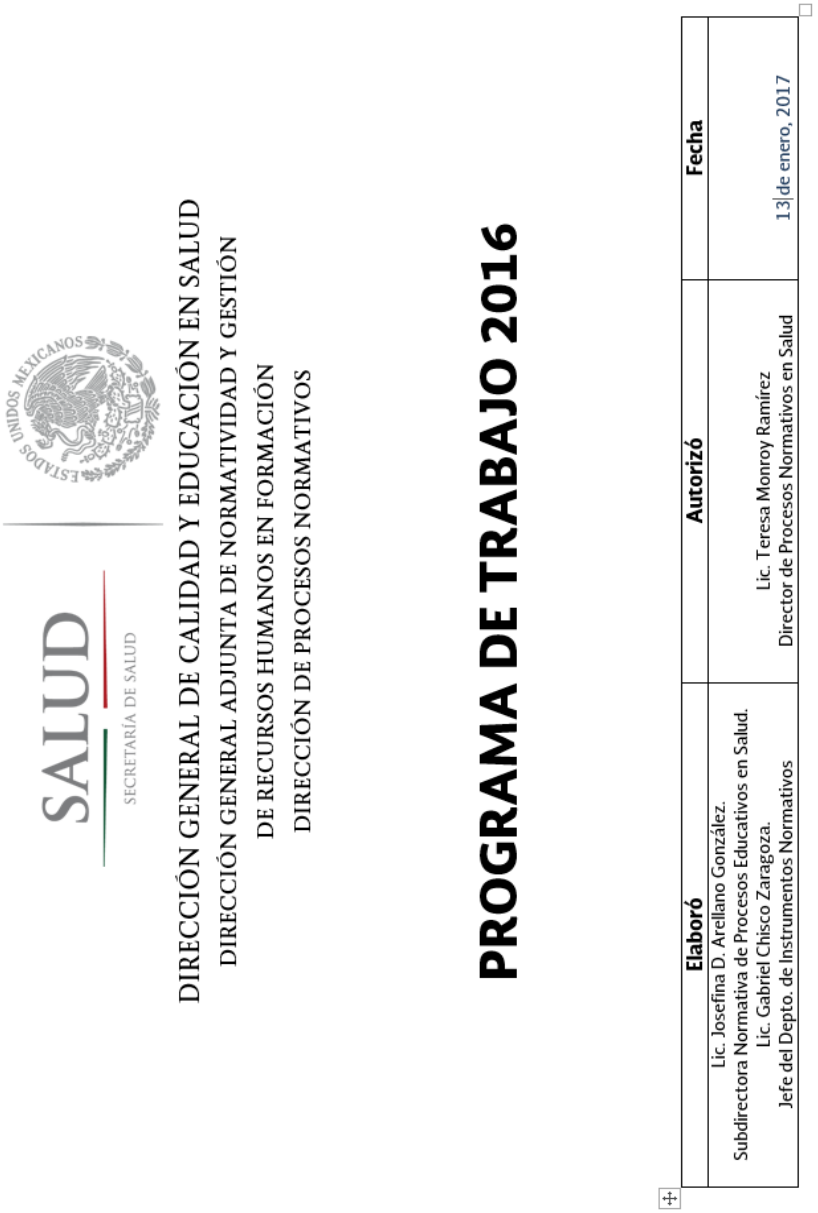
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programa de Trabajo 2016

10.1 Programa de Trabajo 2016



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN
DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS

PROGRAMA DE TRABAJO 2016

Elaboró	Autorizó	Fecha
Lic. Josefina D. Arellano González. Subdirectora Normativa de Procesos Educativos en Salud. Lic. Gabriel Chisco Zaragoza. Jefe del Depto. de Instrumentos Normativos	Lic. Teresa Monroy Ramírez Director de Procesos Normativos en Salud	13|de enero, 2017

Normatividad en materia de Educación en Salud

La Subdirección de Normativa de Procesos Educativos en Salud es el área responsable de coordinar la integración, elaboración, difusión, implementación y supervisión de los instrumentos normativos relacionados con los procesos de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos en salud, para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y el sector educativo en la materia.

Cuenta en su estructura con el Departamento de Instrumentos Normativos de Educación en Salud, para el desarrollo de los documentos que conformen el marco legal de los procesos de formación, capacitación y actualización de recursos humanos en salud.

Dada la convergencia de dos aspectos fundamentales en el desarrollo del país, como lo son la educación y la salud, y las características particulares de los procesos formativos del personal de las disciplinas que lo integran, que incluyen la participación activa de los recursos humanos en formación en las unidades de atención médica en distintas etapas de formación, es indispensable contar con la regulación que permita al mismo tiempo, mejorar la calidad de los procesos formativos con la asesoría permanente del personal institucional y garantizar la seguridad de los pacientes de las unidades en que desarrollan esos ciclos.

Con ello se fortalece el sistema público de salud al contar con personal en formación que coadyuve en el otorgamiento de una atención de segura y de calidad, al tiempo que se apoya a las instancias educativas en la formación de personal de salud responsable, comprometido y solidario con la población.

El concordancia con las funciones y atribuciones de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, para el año 2016, se tienen consideradas las siguientes actividades con el que se busca dar una respuesta más eficiente y acertada a los requerimientos normativos en materia de Educación en Salud en el Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

GENERAL

- Establecer el marco normativo que regule la formación de recursos humanos para la salud, para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud en la materia.

ESPECÍFICOS

- Elaborar y/o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud, requeridos por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Coordinar la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño para el Personal de Salud.
- Impulsar las estrategias del Programa Hospital Seguro ante Desastres en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

METAS E INDICADORES

Meta	Indicador de Resultados
Coordinar la publicación de un Proyecto de NOM a consulta púbica (Nom 038)	1 Proy NOM
Coordinar la integración de un Proyecto de NOM para la obtención de la opinión jurídica y aprobación del CCNNIDTIS, para la publicación como Proyecto de NOM (Nom 001)	1 Proy NOM
Coordinar la elaboración de la manifestación de impacto regulatorio y el proceso de gestión y trámites para la obtención de la opinión jurídica y aprobación del CCNNIDTIS, para la publicación de la respuesta a comentarios y NOM definitiva. (NOM-033, NOM-038)	2 NOM
Actualizar y difundir la normativa para la operación de Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	Bases, Convocatoria y Reglamento.
Atender inconformidad del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	100% de lo solicitado

Meta	Indicador de Resultados
Llevar a cabo el seguimiento a la atención de las observaciones derivadas de las visitas de evaluación del Programa Hospital Seguro ante Desastres	100% de las unidades evaluadas
Impulsar la integración de los comités hospitalarios de emergencias y la elaboración de planes hospitalarios de respuesta ante desastres	50% de las unidades
Coordinar la realización de cursos para la elaboración del Plan Hospitalario de Respuesta ante Desastres y para la atención de emergencias químicas	100% de lo programado
Apoyar la gestión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la participación y representación intra y extra institucionales.	100% de lo solicitado.
Representar a la Dirección General en eventos, comisiones y grupos de trabajo que se requieran en el ámbito de sus atribuciones	100% de lo solicitado.

ORGANIZACIÓN

La Subdirección Normativa de Procesos Educativos en Salud cuenta en su estructura orgánica con la Jefatura de Departamento de Instrumentos Normativos de Educación en Salud.

Se cuenta también con dos coordinaciones dependientes en forma directa de la Subdirección, una para el Programa Hospital Seguro ante Desastres y otra para el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

ACTIVIDADES

a. Elaboración de instrumentos normativos.

Objetivo. Elaborar y/o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud, que den respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud en la materia.

Actividades.

- Con base en la Identificación de las necesidades específicas, definir el tipo de instrumento requerido.

- Investigación documental para sustentar su elaboración y contenido.
- Integración del documento, cumpliendo con las etapas que correspondan.
- Realización de los trámites requeridos para su aprobación jurídica, acorde con el instrumento elaborado.

Reuniones de Trabajo. 10
Total de Asistentes 200
Participantes Representantes de Instituciones de Salud y Educativas, titulares estatales de educación en salud, personal de la DGCES
Personal de Apoyo Adscrito a la Subdirección Normativa de Procesos Educativos en Salud

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Integración de grupos técnicos para la elaboración de los instrumentos en las etapas señaladas en la normativa	Prog												
	Real												
Realización de reuniones de trabajo de los grupos técnicos hasta finalizar cada etapa de los instrumentos.	Prog												
	Real												
Tramite de los instrumentos ante las instancias correspondientes hasta su publicación oficial	Prog												
	Real												

b. Integración de material de consulta y difusión normativa en la página WEB de la DGCES.

Objetivo. Difusión permanente y actualizada de la normativa en materia de educación en salud.

Actividades.

- Seguimiento a la integración de la parte de normatividad en la página de la DGCES
- Integración de los documentos normativos vigentes como folletos electrónicos.
- Incorporación de los documentos normativos a la página web.
- Actualización permanente de la información integrada en la página.

Esta actividad se realiza en coordinación con la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.

c. Asesoría, capacitación y difusión.

Objetivo. Favorecer la instrumentación de los documentos normativos, mediante el conocimiento de la misma, otorgando asesoría permanente para su cumplimento, efectuando actividades de capacitación y difusión de la normativa en materia de educación en salud dirigido a los responsables de ello.

Actividades.

- Selección del instrumento normativo a difundir o sobre el que realizará la capacitación.
- Seleccionar el universo al que se dirigen las actividades a realizar.
- Elaborar el material requerido para cada caso.
- Integrar el programa de actividades y desarrollarlo.
- Evaluar la actividad realizada.

44. PROCEDIMIENTO PARA COMPILAR EL MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Integrar el marco normativo en materia de educación en salud, para su difusión a las instituciones de salud y educativas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2 A nivel externo este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de dar la instrucción para que se compile la normatividad correspondiente.

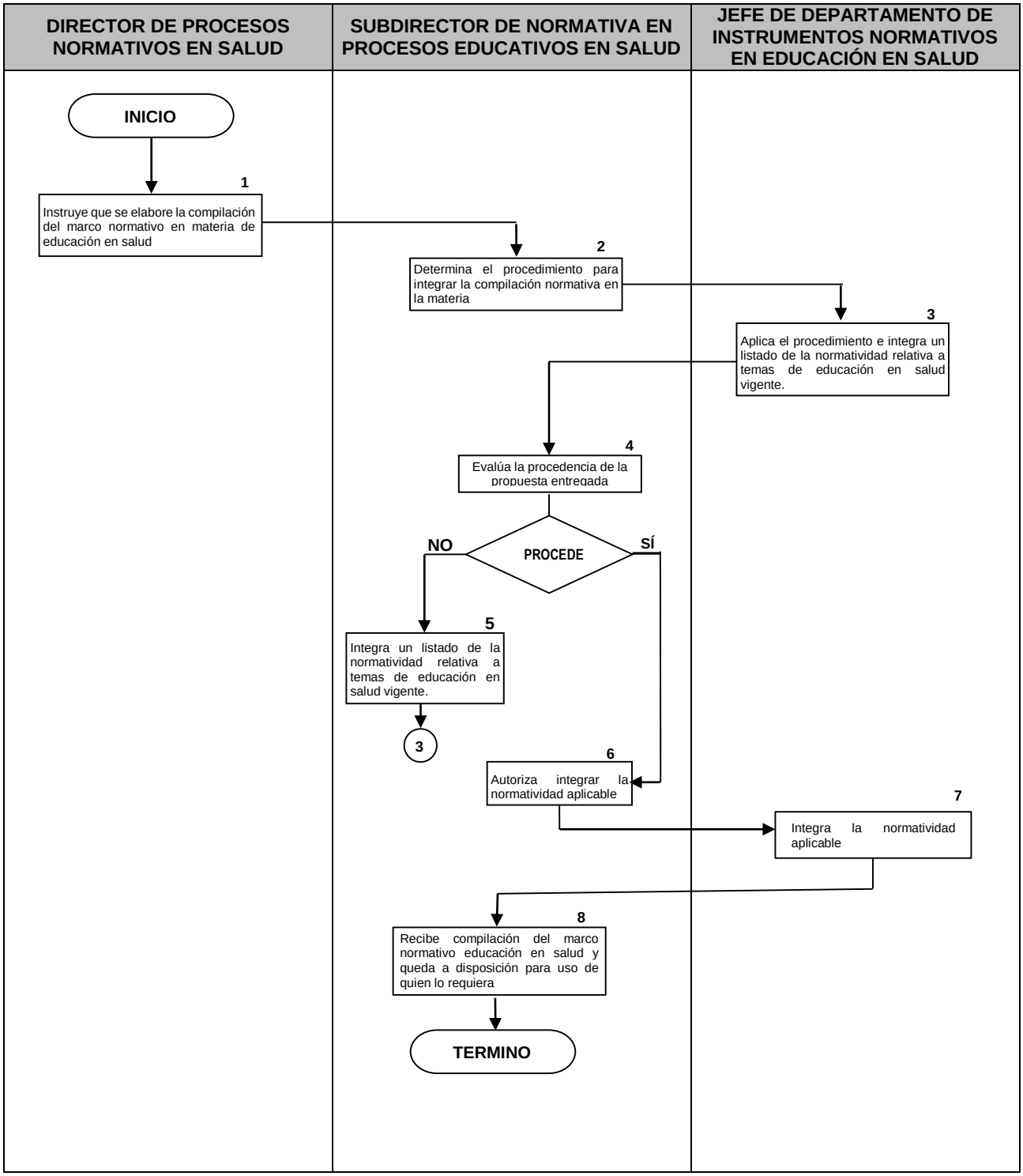
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de tomar la decisión si la normatividad es aplicable.

El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, es responsable de realizar actividades de compilación de la normatividad en educación en salud y proporcionan a las instituciones de salud y educativas que soliciten.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye que se elabore la compilación del marco normativo en materia de educación en salud.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Determina el procedimiento para integrar la compilación normativa en la materia	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Aplica el procedimiento determinado e integra un listado ordenado y clasificado de la normatividad relativa a temas de educación en salud vigente	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4 5 6	Evalúa la procedencia de la propuesta entregada Procede: No: Integra un listado ordenado y clasificado de la normatividad relativa a temas de educación en salud vigente Si: Autoriza a integrar la normatividad aplicable	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	7	Integra la normatividad aplicable	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	8	Recibe compilación del marco normativo educación en salud y queda a disposición para uso de quien lo requiera **TERMINA PROCEDIMIENTO**	3

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Normalización	N/A
6.2 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.3 Propuestas y Peticiones de Instituciones	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Norma

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.2 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluyen.

8.3 Marco Normativo: Conjunto de documentos integrados para consulta y para elaboración y/o actualización de instrumentos normativos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

45. PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR Y ATENDER OPINIONES, OBSERVACIONES Y CORRECCIONES A LOS PROYECTOS NORMATIVOS

1. PROPÓSITO

1.1 Recibir y dar atención a las opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos en proceso de elaboración, para integrar los instrumentos que se publicarán en el Diario Oficial de la Federación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno involucra a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2 A nivel externo no aplica este procedimiento.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.2 La Dirección en Procesos Normativos en Salud, es responsable de recibir las opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos que hacen instituciones educativas, de salud y particulares y turna a la Subdirección.

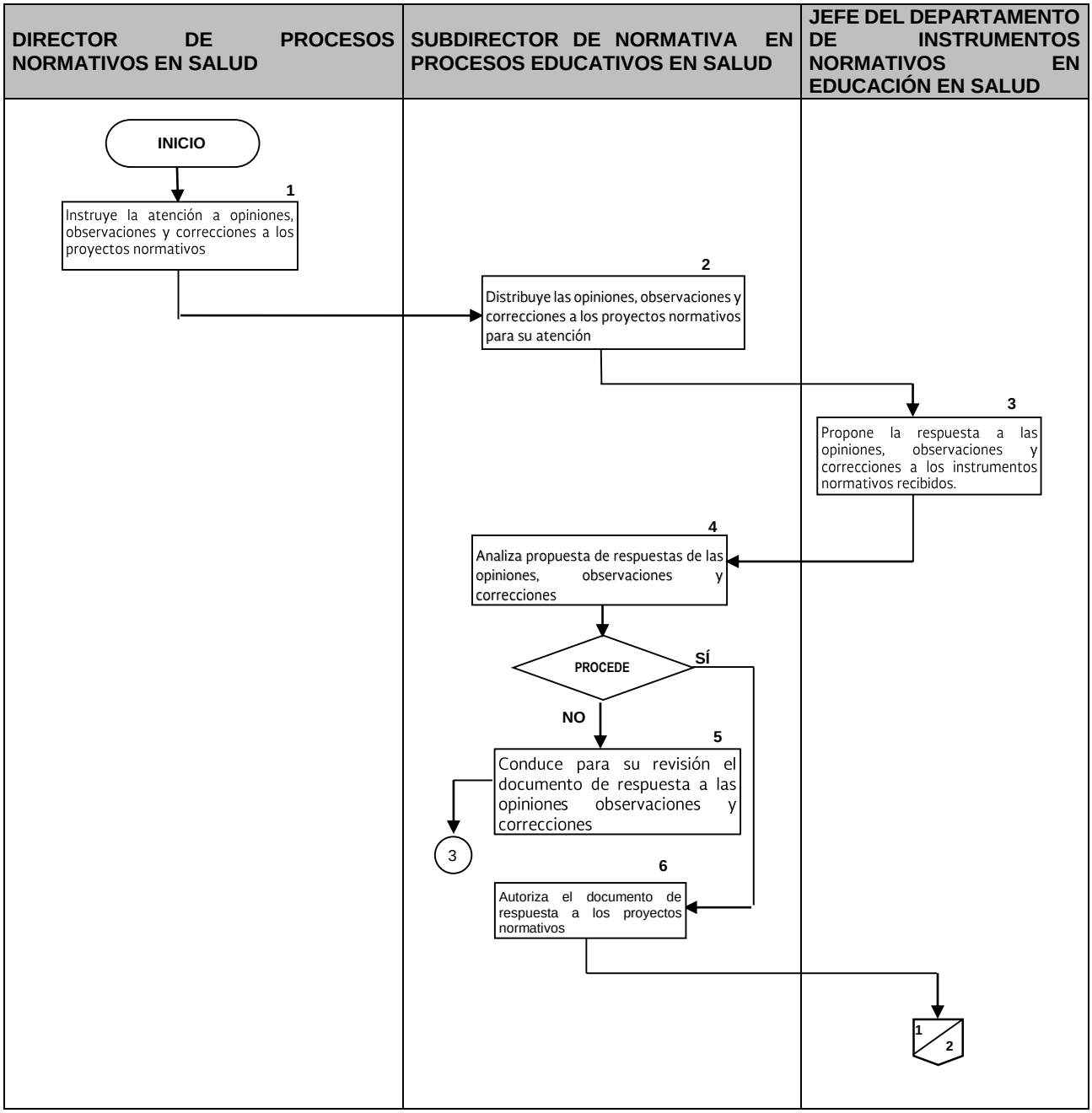
3.3 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud es responsable de analizar las opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos en educación en salud.

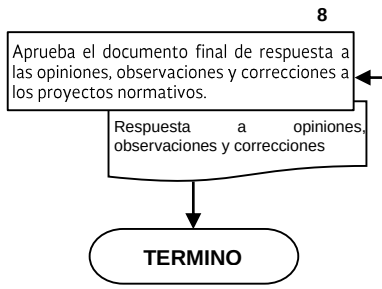
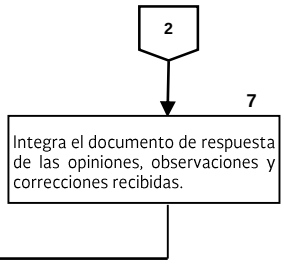
3.4 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, es responsable de preparar la respuesta y entregar a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud.	1	Instruye la atención a opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	2	Distribuye las opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos para su atención.	Comentarios a Proyecto de Norma Oficial Mexicana recibidos
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud.	3	Propone la respuesta a las opiniones, observaciones y correcciones a los instrumentos normativos recibidos.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	4 5 6	Analiza propuesta de respuestas de las opiniones, observaciones y correcciones Procede: No: Conduce para su corrección el documento de respuesta a las opiniones observaciones y correcciones, regresa a la actividad 3 Si: Autoriza el documento de respuesta a los proyectos normativos	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud.	7	Integra el documento de respuesta de las opiniones, observaciones y correcciones recibidas.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	8	Aprueba el documento de respuesta a las opiniones, observaciones y correcciones a los proyectos normativos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Respuesta a comentarios publicada en el Diario Oficial de la Federación

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE NORMATIVA EN PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Normalización	N/A
6.2 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.3 Propuestas y Peticiones de Instituciones.	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Normas

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.2 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

8.3 Opiniones, observaciones y correcciones: Pronunciamientos de las instituciones de salud y educativas que realizan a los proyectos de instrumentos normativos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Comentarios a Proyecto de Norma Oficial Mexicana recibidos
10.2 Respuesta a comentarios publicada en el Diario Oficial de la Federación

10.1 Comentarios a Proyecto de Norma Oficial Mexicana recibidos

SEP
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Subsecretaría de Educación Superior
Dirección General de Educación Superior Universitaria
Departamento de Coordinación de Programas de Apoyo

Oficio Número 219/13- 00006
México, D.F. a 9 de enero de 2013

Asunto: Solicitud de cambio de nombre al PROY-NOM-009-SSA3-2009

Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y
Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación,
Desarrollo Tecnologías e Información en Salud
Secretaría de Salud
Presente

Con relación a la publicación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en primer nivel de atención del Sector de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el pasado 16 de noviembre de 2012 y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, esta Dirección General de Educación Superior Universitaria, de la Subsecretaría de Educación Superior, de la Secretaría de Educación Pública, emite los comentarios que se consideran pertinentes respecto al Proyecto de Norma, en los siguientes términos:

Del nombre de la norma señalado en el proyecto publicado se advierte que no constriñe una coherencia lógica-jurídica, entre la materia que se pretende regular con el nombre de la norma que se va emitir, en virtud de que se omite lo referente a la "utilización de los campos clínicos", siendo este concepto el objetivo de regulación de dicha norma, razón por la cual se sugiere que el nombre de la norma se cite como a continuación se transcribe:

"NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Utilización de Campos Clínicos para la Prestación del Servicio Social de Pasantes de Medicina y Estomatología en el Primer Nivel de Atención del Sector Salud".

SEP
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Subsecretaría de Educación Superior
Dirección General de Educación Superior Universitaria
Departamento de Coordinación de Programas de Apoyo

Oficio Número 219/13- 00006
México, D.F. a 9 de enero de 2013

Aunado a lo anterior, es de señalarse que la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en su artículo 3o, fracción XI, define a la norma oficial como:

> *Norma oficial mexicana: la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación;*

Así mismo el artículo 41 del citado ordenamiento establece:

"ARTÍCULO 41.- Las normas oficiales mexicanas deberán contener:

I. La denominación de la norma y su clave o código, así como las finalidades de la misma conforme al artículo 40;

II. La identificación del producto, servicio, método, proceso, instalación o, en su caso, del objeto de la norma conforme a lo dispuesto en el artículo precedente;

...

IX. Las otras menciones que se consideren convenientes para la debida compresión y alcance de la norma."

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
S. E. P.
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA
Dra. Sonia Reynoga Obregón
Directora General

C.c.p. Dr. Francisco Hernández Torres, Director General de Calidad y Educación en Salud, de la SSA.- Presente
Mtro. Jorge Enrique Hernández- Director de Procesos Normativos en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la SSA.- Presente
Lic. Inés Santa Mendoza Toledo, Asesora Jurídica de la Dirección general de Educación Superior Universitaria.- Presente
SRO/LCOG.

MORELOS PODER EJECUTIVO | Secretaría de Salud

Área: Dirección de Servicios de Salud a la Persona
Subdirección: Enseñanza, Investigación y Capacitación
Oficio No: DSSP/ DEI/ CIM/ 0026/ 2013

DIRECTO

0221

21 ENE 2013

Jiutepec, Mor., 15 de Enero de 2013.

LUIS RUBÉN DURÁN FONTES
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
DEL SECTOR SALUD
Lieja 7 PB, Col Juárez
Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06696, México D.F.
P R E S E N T E.

En seguimiento a oficio signado por el Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci, recibido el 16 de Noviembre del presente año, en el que solicita la presentación de comentarios del Proyecto de Norma NOM-009-SSA3-2009. Al respecto, me permito enviar usted las aportaciones y sugerencias realizadas por las distintas Instituciones de Salud e Instituciones Educativas formadoras de Médicos que integran el Subcomité de Medicina de nuestro Estado, con la finalidad de contribuir al enriquecimiento del antes mencionado proyecto de Norma. Se adjunta formato de proyecto con sugerencias y comentarios.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
SECRETARIA TÉCNICA DEL COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL
PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE MORELOS

DRA. MARÍA ANTONIETA HERNÁNDEZ FRANCO

c. c. p. Minutario DSSP
REF.: volante
REF.: volante petición

MAHF/LMUC*JCEBA*.

10.2 Respuesta a comentarios publicada en el Diario Oficial de la Federación

Jueves 17 de julio de 2014 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) 43

RESPUESTAS a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en el primer nivel de atención del Sector Salud, publicado el 16 de noviembre de 2012.

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

EDUARDO GONZÁLEZ PIER, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracciones VII y VIII, 13, apartado A, fracción I, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92 y 94, de la Ley General de Salud; 40, fracciones III y VII, y 47, fracciones II y III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 8, fracciones V y VI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en el primer nivel de atención del Sector Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 2012.

Como resultado del análisis que realizó el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud de los comentarios recibidos de los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos:

PROMOVENTE	RESPUESTA
1. C. Manuel Campuzano Treviño. **Rector de la Universidad Tecnológica de México, UNITEC.** **Dice:** En lo general vemos positivo el Proyecto de Norma, especialmente en los aspectos relacionados con las medidas de seguridad para los pasantes, la colaboración entre las instituciones de los Sistemas Nacionales de Salud y los Sistemas Estatales de Salud con las Instituciones de Educación Superior para la elaboración, aplicación y evaluación de los programas académico y operativo del servicio social de medicina y estomatología, así como los programas de supervisión, asesoría y evaluación del desempeño de los pasantes en campos clínicos.	**Se acepta parcialmente el comentario,** los conceptos que expresa se encuentran contenidos en la introducción en los puntos 6.6, 6.8 y 6.13 del documento: "**6.6** Elaborar, aplicar y evaluar el programa operativo, en coordinación con las instituciones de educación superior." "**6.8** Establecer con las instituciones de educación superior, las actividades de supervisión, asesoría y evaluación del desempeño de los pasantes en campos clínicos, durante las cuales se debe corroborar que los establecimientos para la atención médica cumplan con las condiciones de infraestructura, mobiliario, equipamiento, seguridad e insumos, conforme a lo establecido en la presente norma." "**6.13** Atender de inmediato, en coordinación con las instituciones de educación superior y la participación que corresponda a las autoridades competentes de la localidad, las denuncias o quejas, tanto del pasante como de la comunidad, por actos u omisiones que afecten la prestación del servicio social o pongan en riesgo la integridad física del pasante en el campo clínico, a fin de implementar las medidas oportunas para su solución."
2. Dra. Sonia Reynaga Obregón. **Directora General de Educación Superior Universitaria.** **Subsecretaría de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública.** **Dice:** Del nombre de la norma señalado en el proyecto publicado se advierte que no constriñe una coherencia lógica-jurídica, entre la materia que se pretende regular con el nombre de la norma que se va a emitir, en virtud de que se omite lo referente a la "utilización de los campos clínicos", siendo este concepto el objetivo de regulación de dicha norma, razón por la cual se sugiere que el nombre de la norma se cite como a continuación se transcribe: "NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Utilización de Campos Clínicos para la Prestación del Servicio Social de Pasantes de Medicina y Estomatología en el Primer Nivel de Atención del Sector Salud".	**Se acepta parcialmente el comentario,** se toma en cuenta la propuesta y se modifica la nomenclatura de la norma, para quedar como sigue: "NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología." Se unifica la nomenclatura en el capítulo de Considerando último párrafo, para quedar como: (...) "NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."
3. Dra. María Antonieta Hernández Franco.	

Secretaria Técnica del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de Morelos. **Dice:** Debe decir: "Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en salud. Prestación del Servicio social de pasantes de Medicina y Estomatología en establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud".	
4. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere modificar la denominación de los numerales 6 y 7 para dar mayor precisión al texto. 6 Disposiciones para las instituciones de salud 7 Disposiciones para los servicios estatales de salud	**Se acepta el comentario,** se modifica la redacción, para quedar como sigue: 6. Disposiciones para las instituciones de salud. 7. Disposiciones para los servicios estatales de salud. Se unifican estas denominaciones en el resto de la norma.
5. Dra. María Antonieta Hernández Franco. **Secretaria Técnica del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de Morelos.** **Dice:** Debe decir: 0. Introducción (...) En atención a lo antes expresado, se emite el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en salud. Prestación del Servicio social de pasantes de Medicina y Estomatología en establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud,..."	**No se acepta el comentario,** El texto que se propone, ya se establece en el segundo párrafo, parte final del capítulo de Considerando, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
6. Dr. Ricardo Franco Hernández. **Director de Enseñanza, Investigación y Capacitación.** **Dirección General de Enseñanza y Capacitación en Salud.** **Servicios de Salud de Sonora.** **Dice:** OBJETIVO, creemos que debe decir: Regular la realización del Servicio en Medicina y Odontología en el Primer Nivel de Atención del Sector Salud.	**No se acepta el comentario,** la norma no tiene como objeto regular el servicio social, sino señalar los criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud como campos clínicos para la prestación del servicio social de los pasantes de medicina y estomatología. De conformidad con los artículos 84, 85, 86, 87, 89 y 94, de la Ley General de Salud; 52, 53 y 55, de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y 85, de su Reglamento.
7. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere modificar la redacción del Objetivo para alinearlo con la nomenclatura de la norma. "Esta norma establece los criterios mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."	**No se acepta el comentario,** por estimar que la redacción propuesta es poco clara y confusa, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
8. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere simplificar la redacción del Campo de Aplicación, para mayor precisión del texto. "Esta norma es de observancia obligatoria para quienes convengan, intervengan o participen, en la utilización de establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."	**No se acepta el comentario,** ya que la redacción propuesta no refleja con la claridad necesaria, el campo de aplicación, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
9. Dra. María Antonieta Hernández Franco. **Secretaria Técnica del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de Morelos.** **Dice:** Debe decir: 4. Definiciones. Para los efectos de esta norma se entenderá por: (...) "Área de menor desarrollo económico y social"	**No se acepta el comentario,** el término señalado se explica por sí mismo, por lo que no es necesario incluir la definición, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
10. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere	**Se acepta el comentario,** se modifica la redacción, para

modificar la redacción de esta definición para dar claridad y precisión. "4.1 Campo clínico, establecimiento para la atención médica de los sectores público y social, constituido para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."	quedar como sigue: "**4.1 Campo clínico**, al establecimiento para la atención médica de los sectores público y social, constituido para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."
11. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere incluir la definición: "Catalogo Estatal de Campos Clínicos, registro sistematizado de la información relativa a los campos clínicos a nivel estatal" por estar referido en la norma.	**Se acepta el comentario**, se incluye la definición, para quedar como sigue: "**4.2 Catálogo Estatal de Campos Clínicos**, al registro sistematizado de la información relativa a los campos clínicos a nivel estatal."
12. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere modificar la redacción en la definición de Convenio de Colaboración, cambiando el término "colaboración" por "coordinación" en concordancia con lo señalado en el artículo 86 de la Ley General de Salud y homogenizar el uso del mismo en el resto de la norma.	**No se acepta el comentario**, se elimina la definición por no ser materia de esta norma definir el tipo de instrumento que celebren las instituciones de salud y de educación superior para el desarrollo de los programas académico y operativo del servicio social, toda vez que atendiendo a la naturaleza jurídica de las instituciones el instrumento respectivo podrá adoptar distintas formas, por lo que en la norma se hace referencia a instrumentos consensuales de manera general: Se homogeneiza el uso del término "instrumento consensual correspondiente" en la redacción de los siguientes puntos 5.3.1, 5.5, 6.1, 6.4, 6.10, 6.11 y 7.5.2, de la norma: "**5.3.1** Celebrar el instrumento consensual correspondiente entre la institución de salud y la de educación superior." "**5.5** Los instrumentos consensuales que se celebren con motivo de esta norma deben:" "**6.1** Suscribir los instrumentos consensuales correspondientes con instituciones de educación superior de medicina y estomatología, que preferentemente tengan planes y programas de estudio con acreditación vigente o estén en proceso de acreditación por organismos reconocidos por la autoridad educativa competente." "**6.4** Realizar la programación de plazas en campos clínicos, con base en lo establecido en los instrumentos consensuales correspondientes y tomando en cuenta el presupuesto disponible para el pago de becas." "**6.10** Vigilar que los pasantes den cumplimiento a sus obligaciones, conforme a lo establecido en los instrumentos consensuales correspondientes." "**6.11** Otorgar, atendiendo a las disposiciones aplicables, las prerrogativas para los pasantes que se establezcan en los instrumentos consensuales que al efecto se suscriban, las cuales pueden ser, entre otras, las siguientes: "**6.12** Notificar a la institución de educación superior cuando se incurra en alguna de las causales de medidas disciplinarias previstas en los instrumentos consensuales correspondientes." "**7.5.2** La terminación del servicio social, una vez que el pasante cumplió con la prestación del mismo conforme a lo establecido en el instrumento consensual correspondiente." Lo anterior con fundamento en el artículo 38 fracción II de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33 de su Reglamento.

46. PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR Y COORDINAR AL EQUIPO DE TRABAJO EN LA CONFORMACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el procedimiento de organización y coordinación del equipo de trabajo para la conformación de los anteproyectos de instrumentos normativos en educación en salud que se someten a análisis con representantes institucionales.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2 A nivel externo, el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable de instruir sobre la elaboración de instrumentos normativos de acuerdo con el Programa Nacional de Normalización.

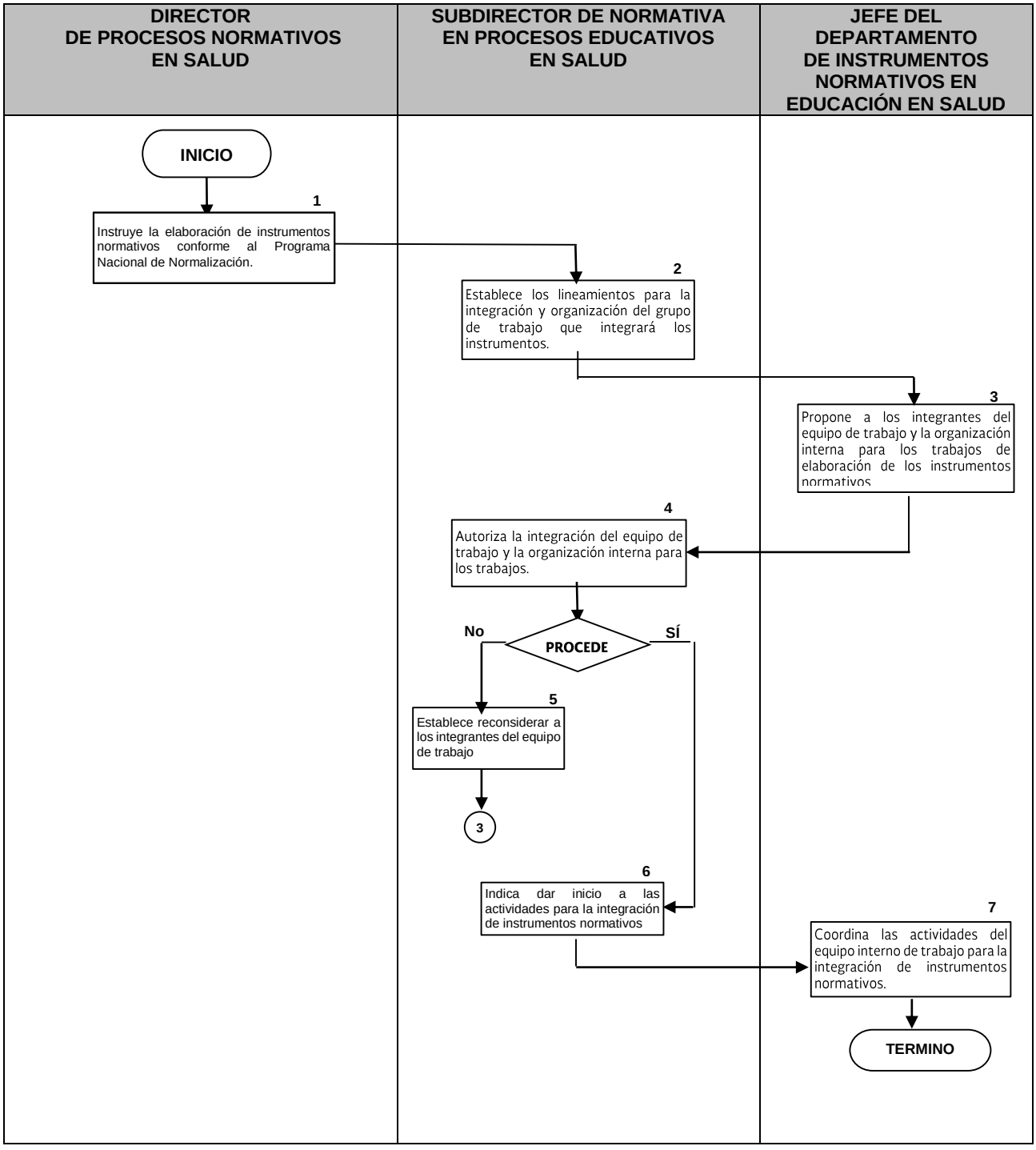
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud delibera e indica a los responsables internos quienes conforman el equipo de trabajo encargado de elaborar los instrumentos normativos.

3.3 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud es responsable de la organización y coordinación del equipo interno de trabajo y verifica el cumplimiento de compromisos para elaborar los instrumentos normativos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye la elaboración de instrumentos normativos de acuerdo con el Programa Nacional de Normalización.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Establece los lineamientos para la integración y organización del grupo de trabajo que integrará los instrumentos.	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Propone a los integrantes del equipo de trabajo de acuerdo con su perfil profesional y experiencia y la organización interna para los trabajos de elaboración de los instrumentos normativos	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4 5 6	Autoriza la integración del equipo de trabajo y la organización interna para los trabajos. Procede: No: Establece reconsiderar a los integrantes del equipo de trabajo, regresa a la actividad 3 Si: Indica dar inicio a las actividades para la integración de instrumentos normativos	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	7	Coordina las actividades del equipo interno de trabajo para la integración de instrumentos normativos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO.



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Programa Anual de Normalización.	N/A
6.4 Normas Oficiales Mexicanas SSA.	N/A
6.5 Propuestas y Peticiones de Instituciones.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Normas

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.2 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluyen.

8.3 Propuesta de Instrumento Normativo: Documento preliminar de carácter legal que puede ser de aplicación u observancia voluntaria u obligatoria como las normas oficiales mexicanas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

47. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR ACCIONES DE PARTICIPACIÓN DE LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN EL PROCESO DE NORMALIZACIÓN EN EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar las acciones de participación de las instancias involucradas en el proceso de normalización en educación en salud con el objeto de contar con los elementos necesarios para la elaboración de instrumentos normativos en la materia.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento aplica a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2 A nivel externo, las instituciones de salud y educativas involucradas con la normalización en educación en salud, se coordinan con la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a fin de contar con los elementos necesarios para la elaboración de instrumentos normativos en la materia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de determinar las instituciones que participarán.

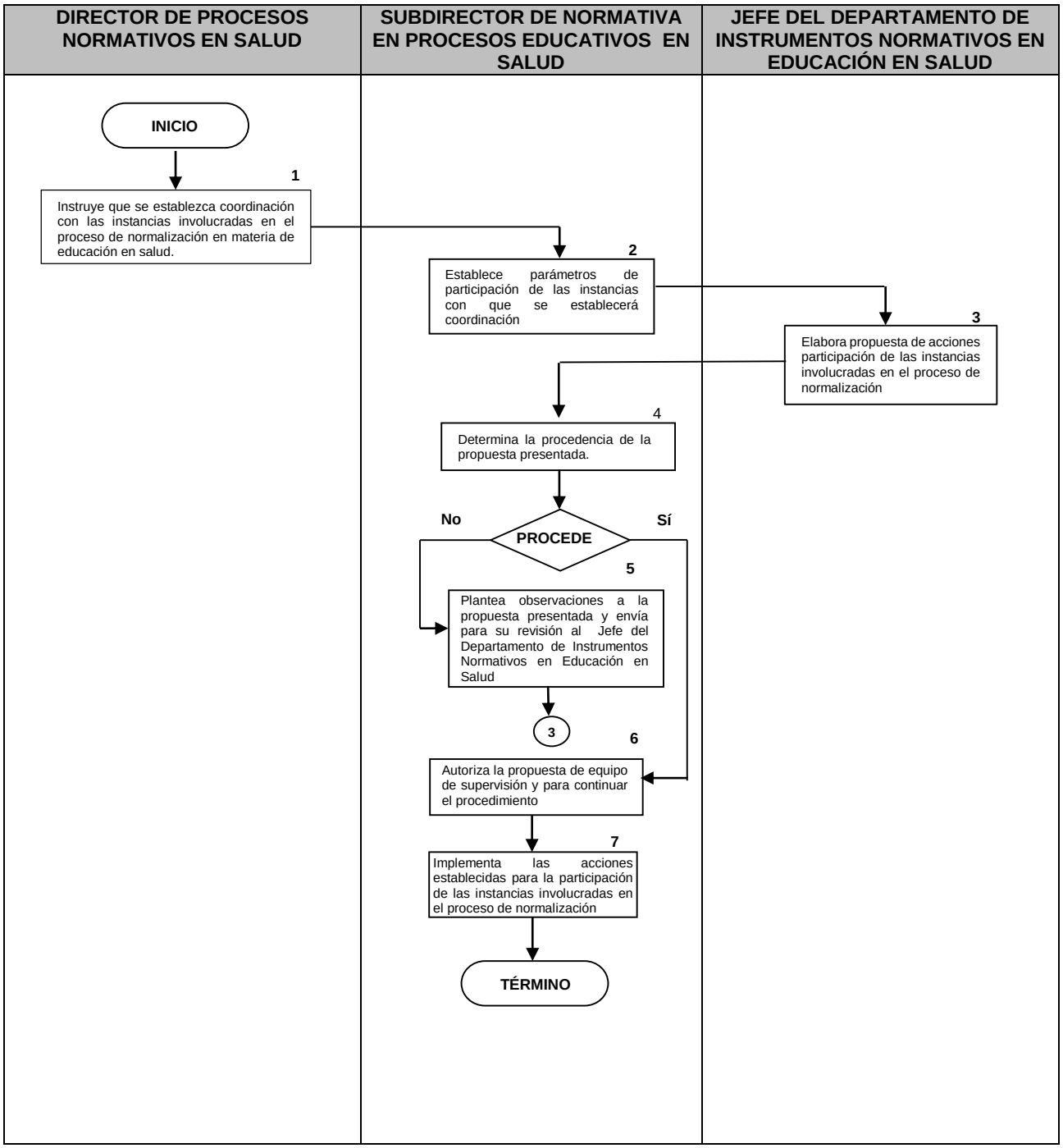
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de indicar las acciones para la participación de las instancias involucradas en el proceso de normalización en educación en salud.

3.3 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud es el responsable de coordinar la participación de las instituciones participantes.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye que se establezca coordinación con las instancias involucradas en el proceso de normalización para atender lo establecido en el Programa Nacional de Normalización en materia de educación en salud.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Establece los parámetros de participación de las instancias con que se establecerá coordinación para atender el Programa Nacional de Normalización y solicita se elabore la propuesta	N/A
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Elabora propuesta de acciones participación de las instancias involucradas en el proceso de normalización y presenta para autorización	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4 5 6	Determina la procedencia de la propuesta presentada. Procede: No: Plantea observaciones a la propuesta presentada y envía para su revisión nuevamente al Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud. Regresa a la actividad 3. Si: Verifica que la propuesta presentada cubre con los requisitos y da seguimiento al procedimiento	N/A
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	7	Implementa las acciones establecidas para la participación de las instancias involucradas en el proceso de normalización **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3. Programa Anual de Normalización	N/A
6.4 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.5 Propuestas y Peticiones de Instituciones	N/A
6.6 Programa Anual de Normalización	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Norma

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual y lineamiento.

8.2 Norma Oficial Mexicana: Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluyen.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

48. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE NORMALIZACIÓN EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los instrumentos normativos para regular la educación en salud que se deberán incluir en el Programa Anual de Normalización.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación como unidad administrativa responsable del proceso de normalización en la materia, Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso

2.2 A nivel externo es aplicable para elaborar y publicar el programa anual de normatividad por la Secretaría de Economía, a través de la Comisión Federal para la Mejora Regulatoria (COFEMER).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación será responsable de determinar los instrumentos normativos a desarrollar.

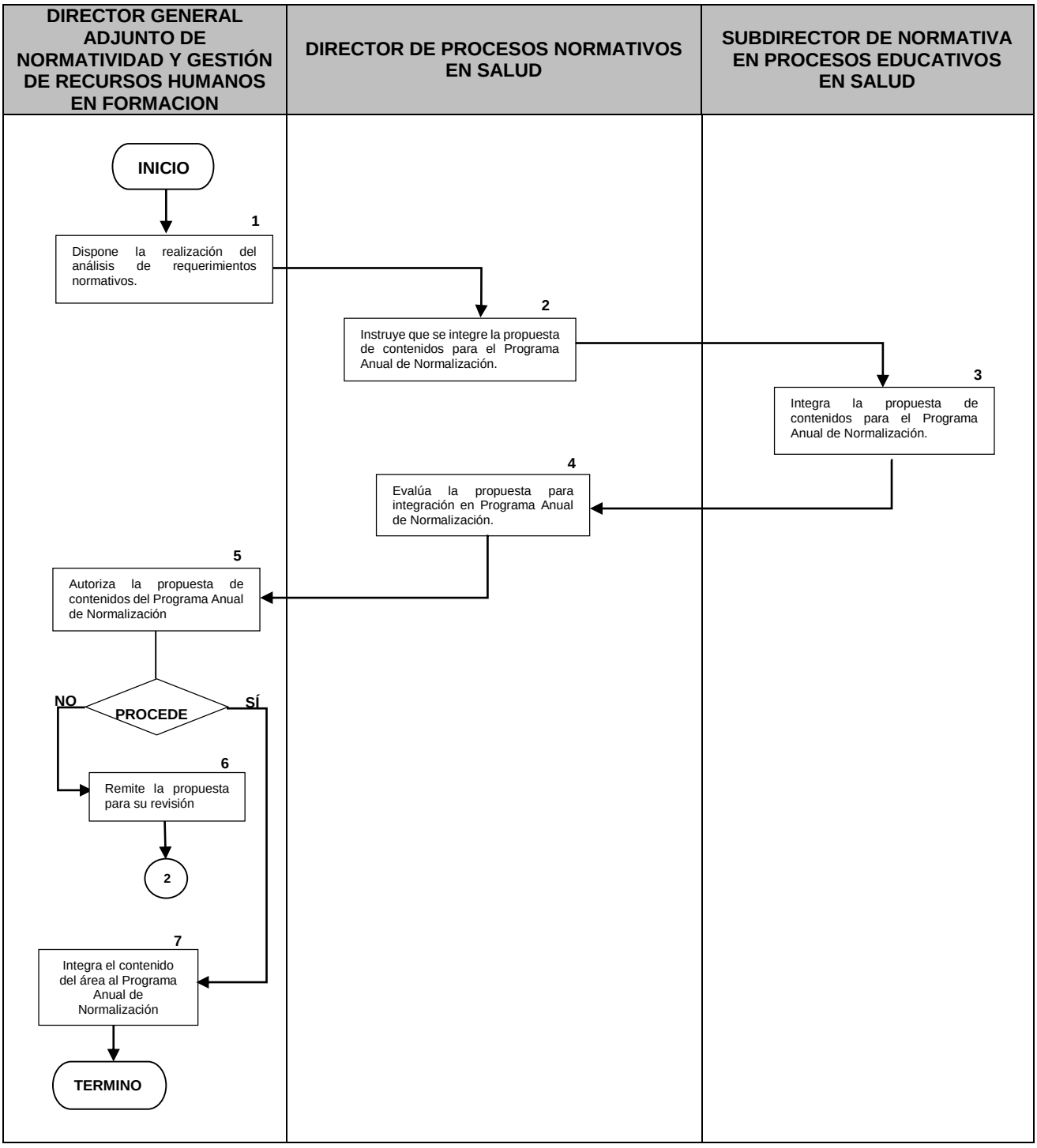
3.2 La Dirección de Procesos Normativos en Salud será la responsable de elaborar la propuesta para elaborar el tipo y tema de instrumentos de normatividad.

3.3 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud será la responsable de difundir y validar el tipo y tema de los Instrumentos de Normatividad a aprobar por parte de la Dirección de Procesos Normativos en Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	1	Dispone la realización del análisis de requerimientos normativos para la integración del Programa Anual de Normalización en materia de educación en salud.	N/A
Director de Procesos Normativos en Salud	2	Instruye que se integre la propuesta de contenidos para el Programa Anual de Normalización.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	3	Integra la propuesta de contenidos para el Programa Anual de Normalización.	N/A
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Evalúa la propuesta para integración en Programa Anual de Normalización.	N/A
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	5 6 7	Autoriza la propuesta de contenidos del Programa Anual de Normalización Procede: No: Remite la propuesta para su revisión, regresa a la Actividad 2 Si: Integra el contenido del área al Programa Anual de Normalización. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	N/A

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.2 Programa Anual de Normalización	N/A
6.3 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.4 Propuestas y Peticiones de Instituciones	N/A
6.5 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.6 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.2 Programa Anual de Normalización	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Programa
7.3 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	Norma

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamientos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programa Nacional de Normalización 2017. Publicado el 3 de febrero de 2017

10.1 Programa Nacional de Normalización 2017. Publicado el 3 de febrero de 2017

B. Temas reprogramados.

B.1) Que han sido publicados para consulta pública.

2. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia.

Objetivo y Justificación: El objetivo de esta norma es establecer los elementos funcionales que deberán observar los establecimientos médicos donde se practique la atención médica basados en procesos telemáticos, garantizando con esto mantener la confidencialidad de la identidad de los pacientes, así como la integridad y confiabilidad de la información clínica transmitida, además de establecer medidas de seguridad pertinente y adecuada a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información y del personal médico que utiliza dicha información, de acuerdo con la normatividad establecida. La justificación de esta norma es la necesidad de establecer los requisitos mínimos obligatorios que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y consultorios fijos y móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionen atención médica a distancia, garantizando la seguridad y la calidad de esta modalidad como herramienta que puede resolver problemas de acceso a la atención.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

Grado de avance: En grupo de trabajo para la Respuesta a comentarios derivado de la Consulta Pública

Año en que se inscribió por primera vez: Programa Nacional de Normalización 2012

Fecha en que se publicó el proyecto para consulta pública: 21 de diciembre de 2015

3. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

Objetivo y Justificación: El objetivo de esta norma es establecer los criterios específicos, homogéneos y actualizados que regulen la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud. La justificación de esta norma es que debido a que la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, requieren de criterios específicos de observancia obligatoria en materia de recursos humanos para la salud, mobiliario, instrumental, equipo y tecnología de complejidad variable para la prestación de los servicios, que se constituyan en factores de calidad y seguridad para los pacientes y usuarios, así como para el personal que labora en dicho servicio.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

Grado de avance: En proceso de publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Respuesta a Comentarios, así como de la como Norma definitiva, para iniciar su vigencia de 5 años.

Año en que se inscribió por primera vez: Programa Nacional de Normalización 2013

Fecha en que se publicó el proyecto para consulta pública: 03 de septiembre de 2014

4. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en salud. criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

Objetivo y Justificación: El objetivo de la modificación de la norma es Regular la utilización de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud considerados como campos clínicos, para coadyuvar en la formación académica en los ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. La justificación de la modificación de la norma es actualizar los requerimientos y criterios de utilización de las instalaciones o servicios considerados campos clínicos de los establecimientos de atención médica, acorde a los nuevos contenidos temáticos de los programas académicos de las instituciones educativas en los ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, para el desarrollo de recursos humanos para la salud.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

Grado de avance: En grupo de trabajo para la respuesta a comentarios derivados de la Consulta pública

Año en que se inscribió por primera vez: Programa Nacional de Normalización 2010

Fecha en que se publicó el proyecto para consulta pública: 21 de octubre de 2014

8. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-038-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería.

Objetivo y Justificación: Esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería. La justificación de esta norma es establecer criterios mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, como campos clínicos para la prestación del servicio social de enfermería, a fin de favorecer el uso adecuado de sus instalaciones, recursos materiales y humanos para mejorar la calidad de la atención médica.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

Año en que se inscribió por primera vez: Programa Nacional de Normalización 2015

II. Normas vigentes a ser modificadas.

A. Temas nuevos.

9. Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, para quedar como NOM-001-SSA3-2013, Educación en salud. Criterios para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.

Objetivo y Justificación: El objetivo de la modificación de la norma es de revisar y actualizar las disposiciones para dar mayor claridad y precisión a su contenido regulatorio, de manera que se fortalezca la organización y funcionamiento de las residencias médicas en los establecimientos para la atención médica. La justificación es que se considera necesario modificar el contenido de las disposiciones de la norma, a fin de favorecer el uso adecuado de los establecimientos para la atención médica y sus recursos materiales y humanos en la organización y funcionamiento de las residencias médicas, otorgando mayor certeza jurídica a los obligados a su cumplimiento.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

10. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2016, Del expediente clínico.

Objetivo y Justificación: Establecer con mayor precisión los criterios que rigen la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, en su forma documental y señalar las bases generales del expediente electrónico. Adecuar y actualizar los contenidos del expediente clínico, acorde a los avances científicos, tecnológicos, así como de carácter civil y administrativo, necesarios para mantener vigentes las disposiciones de observancia obligatoria, que deben cumplir los prestadores de servicios de atención médica.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

11. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, para quedar como PROY-NOM-006-SSA3-2016, Para la práctica de la anestesiología.

Objetivo y Justificación: Regular la práctica de la anestesiología bajo criterios homogéneos, acorde a los avances científicos y tecnológicos que permitan ofrecer garantía de calidad y seguridad a los pacientes que se someten a procedimientos de anestesia. Adecuar y actualizar los criterios y lineamientos que se deben observar en la práctica de esta especialidad de la medicina, así como los requisitos mínimos obligatorios que deben cumplir tanto los establecimientos para la atención médica, como los especialistas en la materia.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

12. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, para quedar como PROY-NOM-007-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

Objetivo y Justificación: Actualizar los contenidos de la norma, a fin de mantener su vigencia, acorde a los adelantos científicos, tecnológicos y a las necesidades de organización y funcionamiento que caracterizan a los auxiliares de diagnóstico, como servicios modernos que ofrecen garantía de calidad a los pacientes y usuarios. La Justificación es establecer las características y requisitos mínimos indispensables de los recursos humanos, materiales, tecnológicos, de organización y funcionamiento, con los que debe contar todo laboratorio clínico.

Fecha estimada de inicio y terminación: enero de 2017 a diciembre de 2017

(Continúa en la Cuarta Sección)

49. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN Y ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA JURÍDICA Y TÉCNICA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con material bibliográfico jurídico y técnico actualizado y vigente para su utilización en la elaboración y actualización de instrumentos normativos en materia de educación en salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud como unidad responsable del proceso de normalización, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como unidad responsable de integración de los instrumentos normativos en materia de educación en salud.

2.2 A nivel externo no aplica este procedimiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, definirá la información mínima con la que debe contar para el desarrollo de diferentes instrumentos normativos.

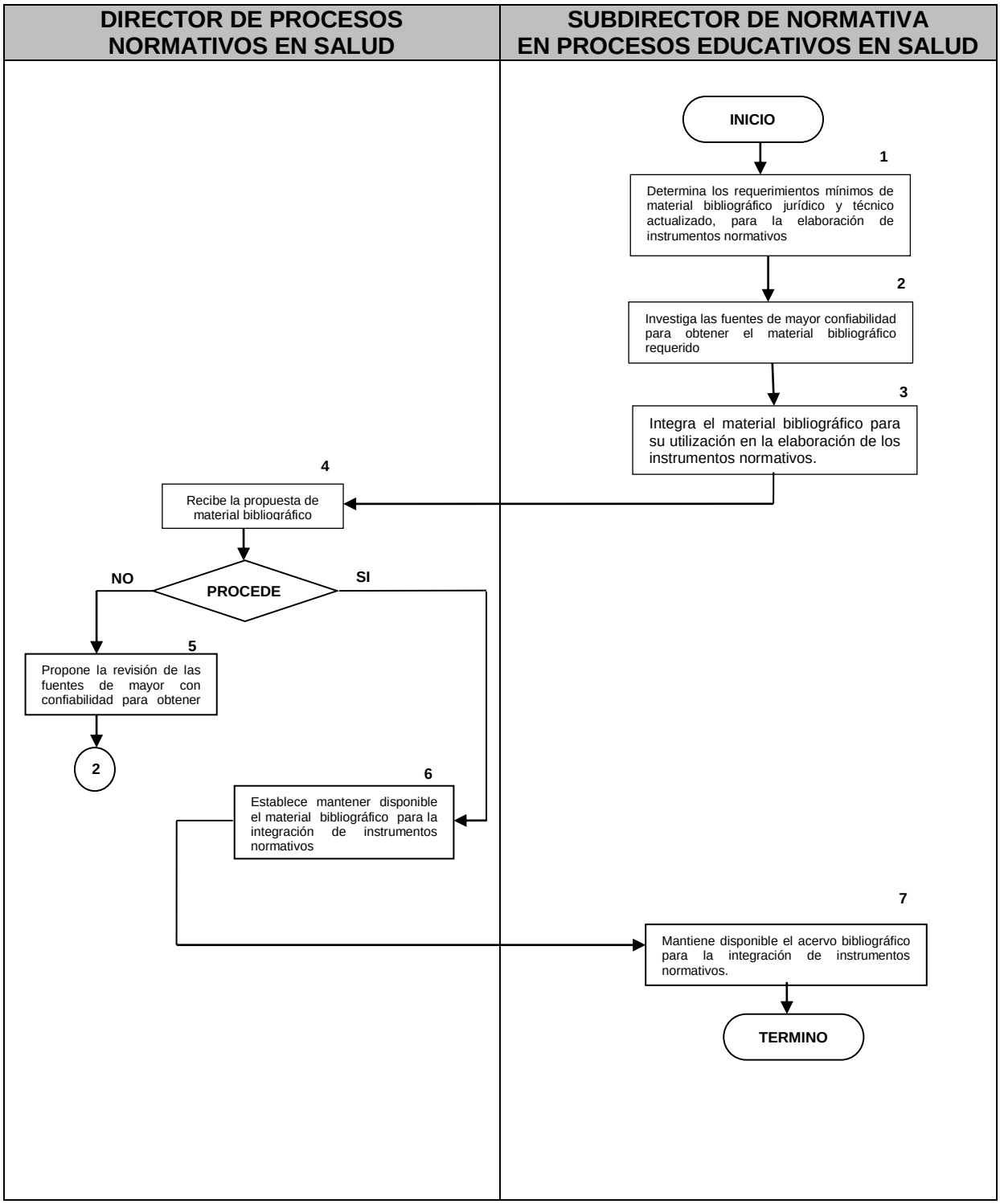
3.2. La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable la obtención de la bibliografía jurídica y técnica necesaria.

3.3. La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de integrar el acervo bibliográfico jurídico y técnico necesario para la elaboración de instrumentos normativos en materia de educación en salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	1	Determina los requerimientos mínimos de material bibliográfico jurídico y técnico actualizado, para la elaboración de instrumentos normativos.	
	2	Investiga las fuentes de mayor confiabilidad para obtener el material bibliográfico requerido.	
	3	Integra el material bibliográfico para su utilización en la elaboración de los instrumentos normativos.	
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Recibe la propuesta de material bibliográfico Procede:	
	5 6	No: Propone la revisión de las fuentes de mayor con confiabilidad para obtener el material bibliográfico requerido, regresa a la actividad 2	
		Sí: Establece mantener disponible el material bibliográfico para la integración de instrumentos normativos	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	7	Mantiene disponible el acervo bibliográfico para la integración de instrumentos normativos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los E.U.M., Leyes, Reglamentos, Normas, Acuerdos, Decretos, Lineamientos y Procedimientos relacionados con los instrumentos a elaborar	N/A
6.2 Directorio y correos electrónicos de las instituciones y unidades propietarias de la información	N/A
6.3 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Constitución Política de los E.U.M., Leyes, Reglamentos, Normas, Acuerdos, Decretos, Lineamientos y Procedimientos relacionados con los instrumentos a elaborar	N/A

7. REGISTROS

7.1 Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.2 Documentos jurídicos obtenidos	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Bibliografía: Descripción de libros, de sus ediciones, conjunto de títulos de obras que tratan de un asunto relacionado con los instrumentos a elaborar.

8.2. Institución: Establecimiento de educación o salud, ya sea pública, privada o social relacionada con los instrumentos a elaborar.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

50. PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA ELABORAR INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Conformar el grupo de trabajo institucional para la elaboración o actualización de instrumentos normativos en materia de educación en salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos y a otras áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como aplicativas de los instrumentos elaborados.

2.2 A nivel externo este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable definir el perfil del personal que integrará el grupo de trabajo para la elaboración de instrumentos normativos

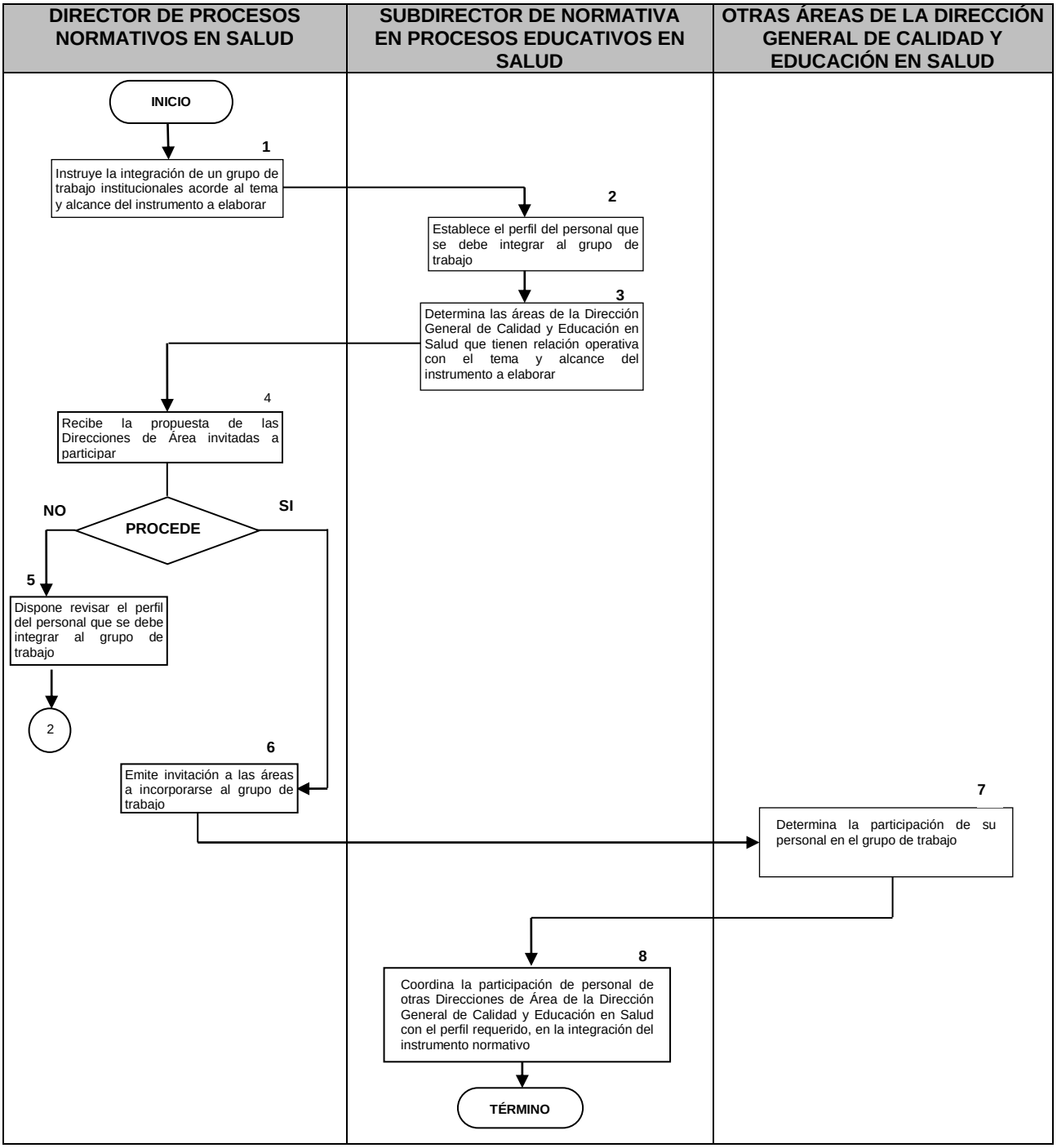
3.2. La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud es responsable de integrar y coordinar al grupo de trabajo para la elaboración instrumentos normativos.

3.3. Las Direcciones de área de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que tienen relación directa en la aplicación, seguimiento o supervisión de los instrumentos a elaborar participan en grupos de trabajo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye la integración de un grupo de trabajo institucional acorde al tema y alcance del instrumento a elaborar	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2 3	Establece el perfil del personal que se debe integrar al grupo de trabajo Determina las áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que tienen relación operativa con el tema y alcance del instrumento a elaborar	
Director de Procesos Normativos en Salud	4 5 6	Recibe la propuesta de las Direcciones de Área invitadas a participar. Procede: No: Dispone revisar el perfil del personal que se debe integrar al grupo de trabajo Si: Emite invitación a las áreas a incorporarse al grupo de trabajo	
Otras áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	7	Determina la participación de su personal en el grupo de trabajo	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	8	Coordina la participación de personal de otras Direcciones de Área de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con el perfil requerido, en la integración del instrumento normativo **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Plantilla de personal existente.	N/A
6.2 Estructura orgánica de la Dirección General.	N/A
6.3 Programa Anual de Normalización.	N/A
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	5 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	Manual
7.2 Integración de grupos de trabajo	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	Grupo

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actualización de instrumento normativo:** Modificación de un documento jurídico normativo existente.

8.2 **Elaboración de instrumento normativo:** Desarrollo integral de un documento jurídico normativo.

8.3 Grupo de Trabajo: Capital humano seleccionado para desarrollar instrumentos normativos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Directorio de Integrantes de Grupo de trabajo

10.1

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Consejo de Salubridad General	Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Secretario del Consejo de Salubridad General	Lieja No. 7, piso 2. Colonia Juárez. Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México	50-62-16-00 cisco: 55612 50-62-16-48	jesus.ancer@csg.gob.mx
Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez	Director General de la Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	Guadalajara No. 46. piso 7. Colonia Roma. Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, Ciudad de México	50-62-16-00 cisco: 55041 50-62-16-11 5062 1700	fernando.gutierrez@salud.gob.mx
Academia Mexicana de Cirugía, A.C., AMC	Dr. Jesús Tapia Jurado	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.	Avenida Cuauhtémoc No. 330, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad de Congreso, bloque B, piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México	57-61-25-81	acamecl@amc.org.mx
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.,	Dr. Armando Mansilla Olivares	Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.	Avenida Cuauhtémoc No. 330, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad de Congreso, bloque B, piso 1, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06725, Ciudad de México	55-19-847-32 55-19-86-79	presidente@anmm.org.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos	Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Periférico Sur No. 4118, piso 1, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.	54-81-11-78 cisco: 51017 54-81-11-78	g.ruizpalacios@salud.gob.mx
	Dr. Simón Kawa Karasik	Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud		54-81-11-78 cisco: 51027 y 51014 54-81-11-78	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia		54-81-11-78 cisco: 53382 54-81-11-78	franciscopnavarro@yahoo.com.mx freanciscopnavarro@yahoo.com.mx
	Dr. Manuel de la Llata Romero	Director General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad		54-81-11-78 cisco: 51040 y 51044 54-81-11-78	
Hospital General Dr. Manuel Gea González	Dr. Octavio Sierra Martínez	Director General	Calzada de Tlalpan No. 4800, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	40-00-30-11 Ext: 40-00-30-11	geadirecciongeneral@salud.gob.mx
Hospital General de México "Eduardo Liceaga"	Dr. César Athié Gutiérrez	Director General	Dr. Balmis No. 148, Colonia Doctores, C.P. 06726, Cuauhtémoc, Ciudad de México	27-89-20-00 Ext: 1081 y 1084 27-89-20-00 27-89-20-00	cesar.athie@salud.gob.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
INSTITUCIONES EDUCATIVAS					
Secretaría de Educación Pública	Dr. Salvador Alejandro Malo Alvarez	Director General de Educación Superior Universitaria	Vicente García Torres No. 235, piso 1, Colonia El Rosedal, C.P. 04330, Coyoacán, Ciudad de México.	36-01-10-00 36-01-67-00	salvador.malo@sep.gob.mx
UNAM-FM	Dr. German Enrique Fajardo Dolci	Director de la Facultad de Medicina	Avenida Universidad No. 3000, Circuito interior, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Coyoacán, Ciudad de México	56-23-24-02 56-23-24-01	germanfajardo@unam.mx direccionfm@unam.mx
UNAM-FES-Iztacala	Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda	Directora	Avenida De los Barrios No. 1, Colonia Los Reyes Iztacala, C.P. 54090, Tlalnepantla de Baz, Estado de México	57-29-60-00 Ext: 46233 53-41-40-03	agonzalez@ipn.mx
UNAM-FES-Zaragoza	Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez	Director	Batalla del 5 de mayo, s/n, Edificio de Posgrado, Colonia Ejército de Oriente, C.P. 09230, Iztapalapa, Ciudad de México	56-23-07-01	victor.mendoza@enlinea.zaragoza.unam.mx
Secretaría de la Defensa Nacional	General de Brigada Jaime López Reyes	Director General de Educación Militar y Universidad del Ejército y Fuerza Aérea.	Calzada México-Tacuba S/N, Colonia Popotla, C.P. 11401, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	21-22-88-00 53-41-50-35	dir_educ@mail.sedena.gob.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana
NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
INSTITUCIONES DE SALUD					
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Director Médico	Avenida San Fernando No. 547, Edificio A, piso 8, Colonia Toriello Guerra, C.P. 14050, Tlalpan, Ciudad de México	56-06-23-93 Ext: 12901	rafael.navarro@issste.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social	Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola	Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud	Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, C.P. 06720 Cuauhtémoc, Ciudad de México	5627 6900 Ext. 21234	ana.sepulvedav@imss.gob.mx
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Director General de Rehabilitación	Insurgentes Sur 3700, Edif. B, piso 2, Colonia San José Cuicuilco, C.P. 4530, Coyoacán, Ciudad de México.	30-03-22-00 Ext: 4205 y 4315 30-03-22-00	ricardo.camacho@df.gob.mx
Cruz Roja Mexicana	Lic. Fernando Suinaga Cárdenas	Presidente del Consejo Nacional de Directores	Luis Vives No. 200, Colonia Los Morales Polanco, C.P. 11510, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	10-84-90-00	
Fundación de Asistencia Privada, Conde de Valencia	Dr. Jorge Ahumada Ayala	Presidente del Patronato	Chimalpopoca 14, Colonia Obrera, C.P. 06800, Cuauhtémoc, Ciudad de México.	54-42-17-08	
Grupo Angeles, Servicios de Salud	Dr. Roberto Simón Sauma	Director General	Camino a Santa Teresa 1055, piso 14, Torre Especialidades Quirúrgicas, Colonia Héroes de Padierna, C.P. 10700, Magdalena Contreras, Ciudad de	54-49-62-38	

51. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR INSTRUMENTOS NORMATIVOS

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar los instrumentos normativos que den respuesta a los requerimientos de instituciones del Sistema Nacional de Salud y el Sector Educativo Nacional en la materia.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud, coordina las reuniones del grupo de trabajo de instituciones del Sistema Nacional de Salud y el Sector Educativo Nacional, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación son responsables de la elaboración, control y seguimiento de documentos en cada una de sus etapas de integración.

2.2 A nivel externo es aplicable para la Secretaría de Economía, quien por medio de la Comisión Federal para la Mejora Regulatoria realiza los trámites para la publicación de la normatividad correspondiente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, son responsables de coordinar las reuniones del grupo de trabajo para la integración de los instrumentos normativos, conforme al programa correspondiente.

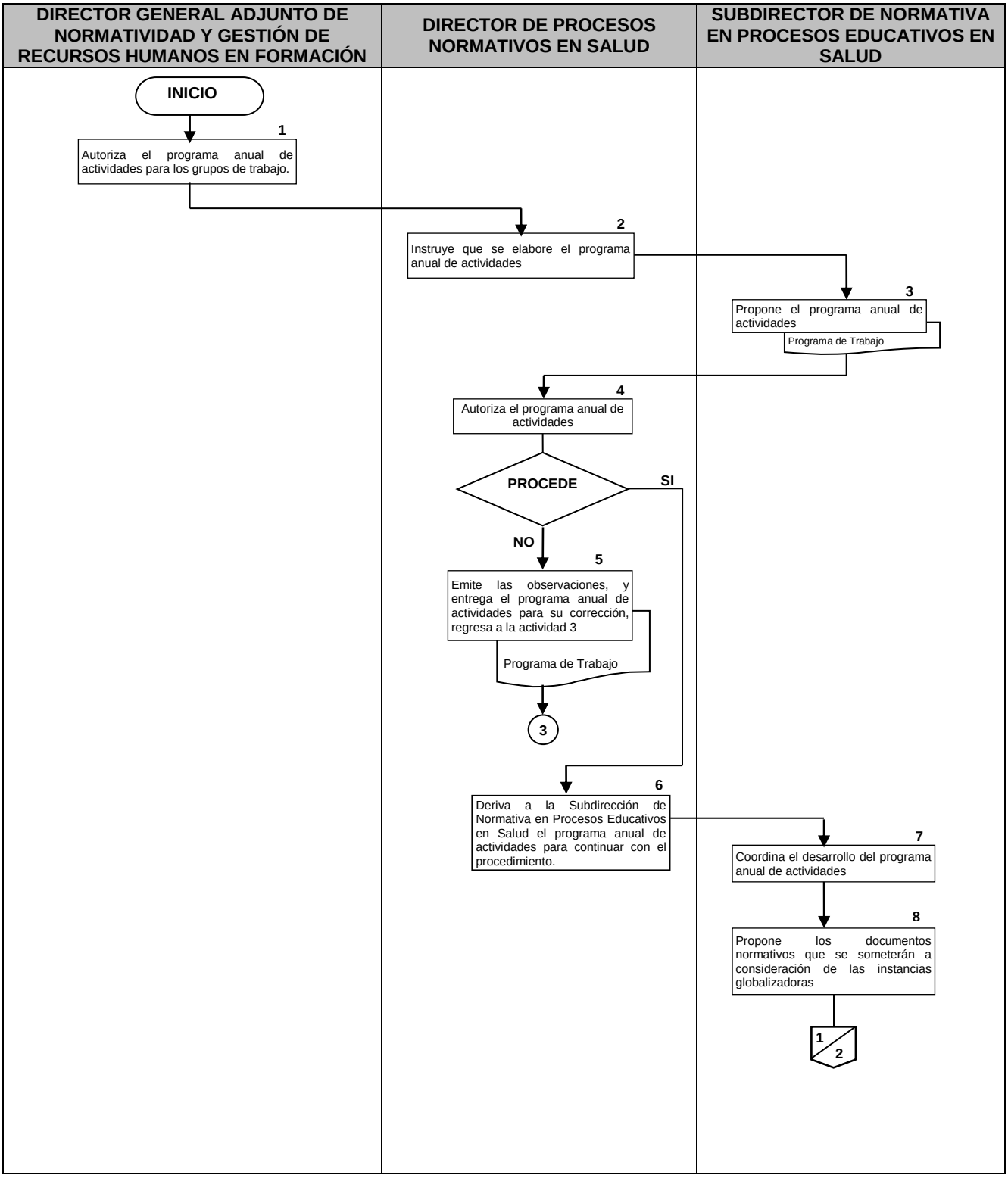
3.2 La Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, coordinan la elaboración, control y seguimiento de documentos en cada una de sus etapas de integración.

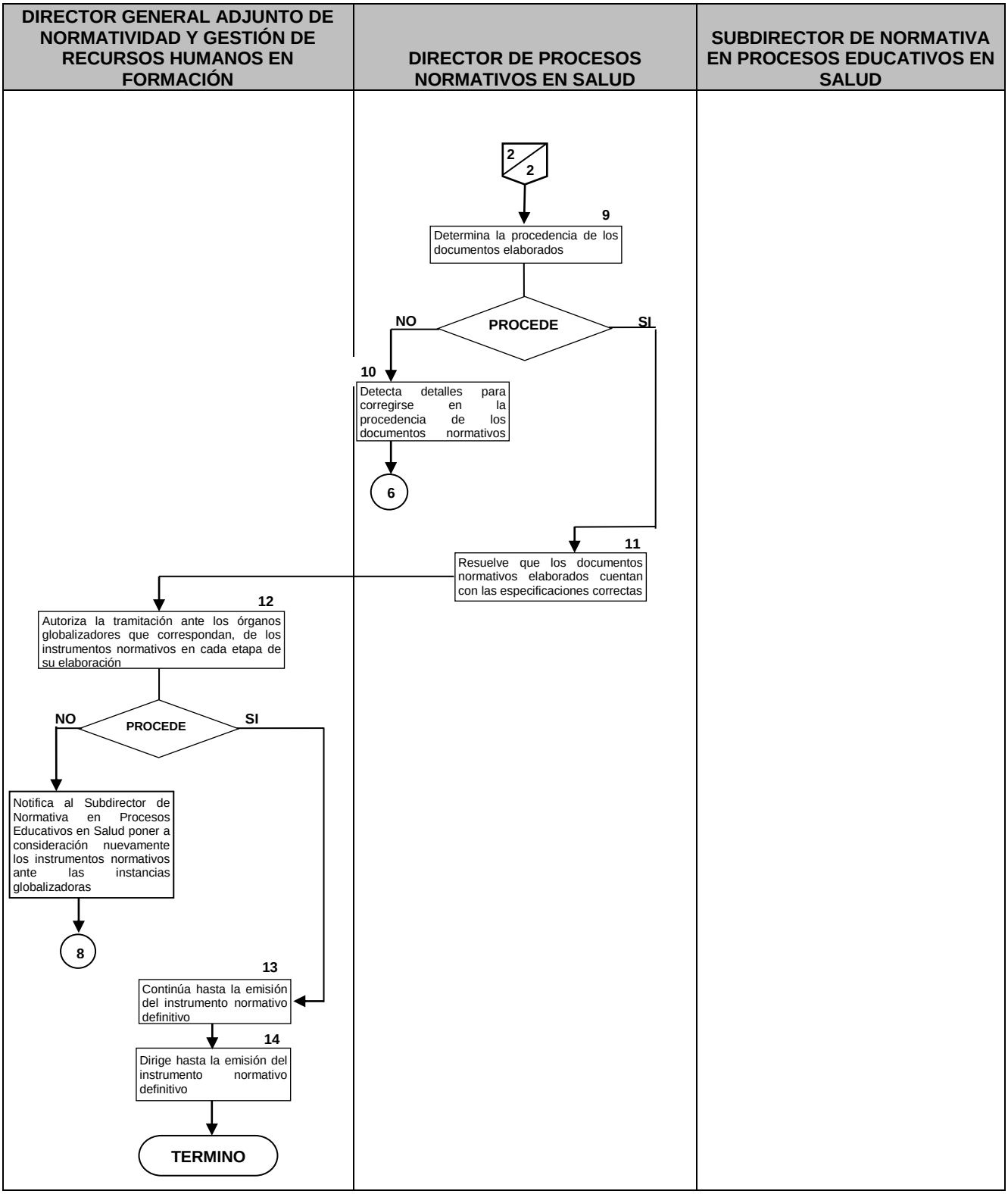
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	1	Autoriza el programa anual de actividades para los grupos de trabajo.	
Director de Procesos Normativos en Salud.	2	Instruye que se elabore el programa anual de actividades	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	3	Propone el programa anual de actividades	Programa anual de Trabajo
Director de Procesos Normativos en Salud.	4 5 6	Autoriza el programa anual de actividades Procede: No: Emite sus observaciones, y entrega el programa anual de actividades para su corrección, regresa a la actividad 3 Si: Deriva a la Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud el programa anual de actividades para continuar con el procedimiento.	Programa anual de Trabajo
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	7 8	Coordina el desarrollo del programa anual de actividades Propone los documentos normativos que se someterán a consideración de las instancias globalizadoras.	
Director de Procesos Normativos en Salud.	9 10 11	Determina la procedencia de los documentos elaborados Procede: No: Detecta detalles para corregirse en la procedencia de los documentos normativos elaborados, regresa a la actividad 6 Si: Resuelve que los documentos normativos elaborados cuentan con las especificaciones correctas y continúa el procedimiento	Oficio
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	12 13	Autoriza la tramitación ante otras instancias, de acuerdo a la normatividad, de los instrumentos normativos en cada etapa de su elaboración. Procede: No: Notifica al Subdirector de Normativa en Procesos	

		Educativos en Salud poner a consideración nuevamente los instrumentos normativos ante las instancias globalizadoras, regresa a la actividad 8.	
	14	Sí: Dirige hasta la emisión del instrumento normativo definitivo **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECTOR DE NORMATIVA EN PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD
2/2
9
Determina la procedencia de los documentos elaborados
PROCEDE
NO
SI
10
Detecta detalles para corregirse en la procedencia de los documentos normativos
6
11
Resuelve que los documentos normativos elaborados cuentan con las especificaciones correctas
12
Autoriza la tramitación ante los órganos globalizadores que correspondan, de los instrumentos normativos en cada etapa de su elaboración
PROCEDE
NO
SI
Notifica al Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud poner a consideración nuevamente los instrumentos normativos ante las instancias globalizadoras
8
13
Continúa hasta la emisión del instrumento normativo definitivo
14
Dirige hasta la emisión del instrumento normativo definitivo
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Bibliografía seleccionada según instrumento normativo a elaborar	N/A
6.2. Documento elaborado, avances, ajustes, borradores y versiones actualizadas	N/A
6.3. Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.4. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Bibliografía utilizada	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.2. Instrumento Normativo, Proyectos y Anteproyectos	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Anteproyecto o proyecto de instrumento normativo: Documento preliminar sujeto a modificaciones por el grupo de trabajo, directivos, grupo de expertos o unidades globalizadoras que autorizan el documento antes de su publicación o autorización.

8.2 Proyecto de Norma: Documento elaborado, analizado y aprobado por el grupo de expertos y los organismos globalizadores.

8.3 Reunión o Sesión de Trabajo: Actividad que se realiza de manera conjunta y programada por el personal directivo y operativo para desarrollar anteproyectos y proyectos de instrumentos normativos.

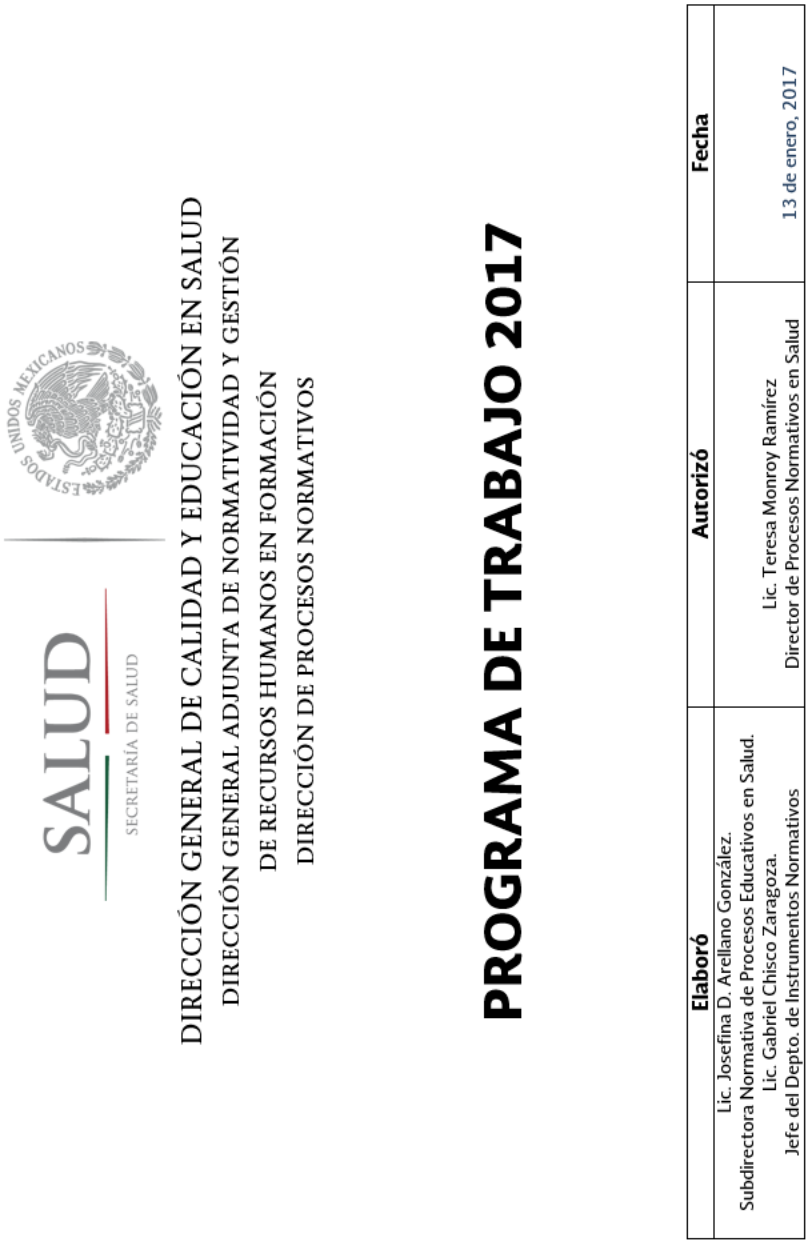
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programa de Trabajo 2017
10.2 Oficio de solicitud de publicación oficial de proyecto de norma

10.1 Programa de Trabajo 2017



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN
DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS

PROGRAMA DE TRABAJO 2017

Elaboró	Autorizó	Fecha
Lic. Josefina D. Arellano González. Subdirectora Normativa de Procesos Educativos en Salud. Lic. Gabriel Chisco Zaragoza. Jefe del Depto. de Instrumentos Normativos	Lic. Teresa Monroy Ramírez Director de Procesos Normativos en Salud	13 de enero, 2017

Normatividad en materia de Educación en Salud

La Subdirección de Normativa de Procesos Educativos en Salud es el área responsable de coordinar la integración, elaboración, difusión, implementación y supervisión de los instrumentos normativos relacionados con los procesos de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos en salud, para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y el sector educativo en la materia.

Cuenta en su estructura con el Departamento de Instrumentos Normativos de Educación en Salud, para el desarrollo de los documentos que conformen el marco legal de los procesos de formación, capacitación y actualización de recursos humanos en salud.

Dada la convergencia de dos aspectos fundamentales en el desarrollo del país, como lo son la educación y la salud, y las características particulares de los procesos formativos del personal de las disciplinas que lo integran, que incluyen la participación activa de los recursos humanos en formación en las unidades de atención médica en distintas etapas de formación, es indispensable contar con la regulación que permita al mismo tiempo, mejorar la calidad de los procesos formativos con la asesoría permanente del personal institucional y garantizar la seguridad de los pacientes de las unidades en que desarrollan esos ciclos.

Con ello se fortalece el sistema público de salud al contar con personal en formación que coadyuve en el otorgamiento de una atención de segura y de calidad, al tiempo que se apoya a las instancias educativas en la formación de personal de salud responsable, comprometido y solidario con la población.

El concordancia con las funciones y atribuciones de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, para el año 2016, se tienen consideradas las siguientes actividades con el que se busca dar una respuesta más eficiente y acertada a los requerimientos normativos en materia de Educación en Salud en el Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

GENERAL

- Establecer el marco normativo que regule la formación de recursos humanos para la salud, para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud en la materia.

ESPECÍFICOS

- Elaborar y/o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud, requeridos por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Coordinar la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño para el Personal de Salud.
- Impulsar las estrategias del Programa Hospital Seguro ante Desastres en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

METAS E INDICADORES

Meta	Indicador de Resultados
Coordinar la publicación de un Proyecto de NOM a consulta púbica (Nom 038)	1 Proy NOM
Coordinar la integración de un Proyecto de NOM para la obtención de la opinión jurídica y aprobación del CCNNIDTIS, para la publicación como Proyecto de NOM (Nom 001)	1 Proy NOM
Coordinar la elaboración de la manifestación de impacto regulatorio y el proceso de gestión y trámites para la obtención de la opinión jurídica y aprobación del CCNNIDTIS, para la publicación de la respuesta a comentarios y NOM definitiva. (NOM-033, NOM-038)	2 NOM
Actualizar y difundir la normativa para la operación de Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	Bases, Convocatoria y Reglamento.
Atender inconformidad del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	100% de lo solicitado

Meta	Indicador de Resultados
Llevar a cabo el seguimiento a la atención de las observaciones derivadas de las visitas de evaluación del Programa Hospital Seguro ante Desastres	100% de las unidades evaluadas
Impulsar la integración de los comités hospitalarios de emergencias y la elaboración de planes hospitalarios de respuesta ante desastres	50% de las unidades
Coordinar la realización de cursos para la elaboración del Plan Hospitalario de Respuesta ante Desastres y para la atención de emergencias químicas	100% de lo programado
Apoyar la gestión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la participación y representación intra y extra institucionales.	100% de lo solicitado.
Representar a la Dirección General en eventos, comisiones y grupos de trabajo que se requieran en el ámbito de sus atribuciones	100% de lo solicitado.

ORGANIZACIÓN

La Subdirección Normativa de Procesos Educativos en Salud cuenta en su estructura orgánica con la Jefatura de Departamento de Instrumentos Normativos de Educación en Salud.

Se cuenta también con dos coordinaciones dependientes en forma directa de la Subdirección, una para el Programa Hospital Seguro ante Desastres y otra para el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

ACTIVIDADES

a. Elaboración de instrumentos normativos.

Objetivo. Elaborar y/o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud, que den respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud en la materia.

Actividades.

- Con base en la Identificación de las necesidades específicas, definir el tipo de instrumento requerido.

- Investigación documental para sustentar su elaboración y contenido.
- Integración del documento, cumpliendo con las etapas que correspondan.
- Realización de los trámites requeridos para su aprobación jurídica, acorde con el instrumento elaborado.

Reuniones de Trabajo. 10
Total de Asistentes 200
Participantes Representantes de Instituciones de Salud y Educativas, titulares estatales de educación en salud, personal de la DGCES
Personal de Apoyo Adscrito a la Subdirección Normativa de Procesos Educativos en Salud

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Integración de grupos técnicos para la elaboración de los instrumentos en las etapas señaladas en la normativa	Prog												
	Real												
Realización de reuniones de trabajo de los grupos técnicos hasta finalizar cada etapa de los instrumentos.	Prog												
	Real												
Tramite de los instrumentos ante las instancias correspondientes hasta su publicación oficial	Prog												
	Real												

b. Integración de material de consulta y difusión normativa en la página WEB de la DGCES.

Objetivo. Difusión permanente y actualizada de la normativa en materia de educación en salud.

Actividades.
- Seguimiento a la integración de la parte de normatividad en la página de la DGCES
- Integración de los documentos normativos vigentes como folletos electrónicos.
- Incorporación de los documentos normativos a la página web.
- Actualización permanente de la información integrada en la página.

Esta actividad se realiza en coordinación con la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico.

c. Asesoría, capacitación y difusión.

Objetivo. Favorecer la instrumentación de los documentos normativos, mediante el conocimiento de la misma, otorgando asesoría permanente para su cumplimento, efectuando actividades de capacitación y difusión de la normativa en materia de educación en salud dirigido a los responsables de ello.

Actividades.
- Selección del instrumento normativo a difundir o sobre el que realizará la capacitación.
- Seleccionar el universo al que se dirigen las actividades a realizar.
- Elaborar el material requerido para cada caso.
- Integrar el programa de actividades y desarrollarlo.
- Evaluar la actividad realizada.

10.2 Oficio de solicitud de publicación oficial de proyecto de norma

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD.

Lieja 7 1er piso, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, 06696, México, D.F.

No. de oficio 600205

México, D.F., a 08 NOV 2012

LIC. GUILLERMO GOVELA MARTÍNEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS.
PRESENTE.

Me permito enviar a usted en impresión en papel oficial con firma autógrafa y medio magnético, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de medicina y odontología en primer nivel de atención del Sector Salud.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, sea el amable conducto para realizar las gestiones que permitan la publicación del Proyecto de NOM en el Diario Oficial de la Federación y pueda iniciar el periodo de consulta pública durante 60 días. El mencionado Proyecto de NOM fue incluido en el Programa Nacional de Normalización 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de abril de 2012.

No omito mencionar que el citado Proyecto fue aprobado en la Primera Sesión Ordinaria del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), celebrada el día 21 de septiembre de 2009 y la versión que se pretende publicar, cuenta con la opinión favorable de la Coordinación General a su digno cargo.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL SUBSECRETARIO Y PRESIDENTE
DEL CCNNIDTIS.

DR. GERMÁN ENRÍQUE FAJARDO DOLCI.

C.c.p. Dr. Francisco Hernández Torres.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente.

FHT/JEH:

2

52. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR EXPEDIENTES PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS HASTA SU PUBLICACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Integrar expedientes de los instrumentos normativos que se elaboren, para el control interno del proceso hasta su publicación.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno este procedimiento aplica a la Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud como coordinadora del proceso de normalización y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica.

2.2. A nivel externo este procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud y el Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, son responsables de integrar y controlar los sistemas de archivos generados en el desarrollo de cada instrumento normativo.

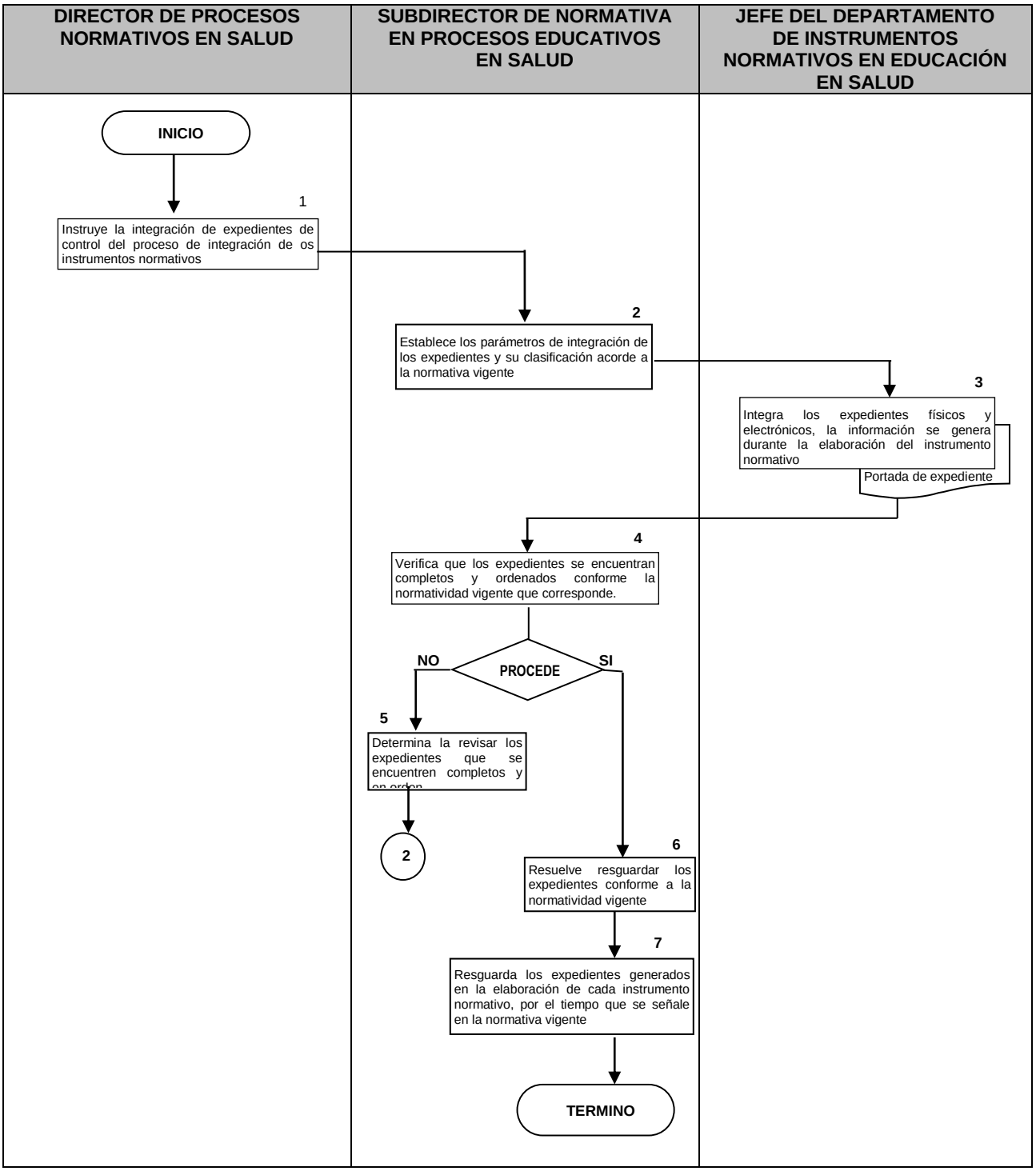
3.2. La Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de resguardar los expedientes y archivos electrónicos para el control y seguimiento de la integración de los instrumentos normativos en proceso hasta su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

3.3. El Departamento de Instrumentos Normativos en Salud, es responsable de integrar en los expedientes, los documentos y archivos generados durante el proceso de elaboración de un instrumento normativo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye la integración de expedientes de control del proceso de elaboración de instrumentos normativos	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Establece los parámetros de integración de los expedientes y su clasificación acorde a la normativa vigente	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	3	Integra los expedientes físicos y electrónicos, la información se genera durante la elaboración del instrumento normativo.	Portada de expediente
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	4 5 6 7	Verifica que los expedientes se encuentran completos y ordenados conforme la normatividad vigente que corresponde. Procede: No: Determina la revisar los expedientes que se encuentren completos y en orden, regresa a la actividad 2. Si: Resuelve resguardar los expedientes conforme a la normatividad vigente Resguarda los expedientes generados en la elaboración de cada instrumento normativo, por el tiempo que se señale en la normativa vigente **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Relación de archivos de expedientes de normas oficiales mexicanas

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Programa Anual de Normalización.	N/A
6.2. Normas Oficiales Mexicanas SSA.	N/A
6.3. Propuestas y Peticiones de Instituciones.	N/A
6.4. Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.5. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Normalización.	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A
7.2 Normas Oficiales Mexicanas de la SSA.	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Institución:** Establecimiento de salud o educativa, social o privada relacionada con los instrumentos normativos en educación a elaborar.

8.2 **Instrumento Normativo:** Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, norma mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

8.3 **Norma Oficial Mexicana:** Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel nacional, por las partes que en ella se incluyen.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Portada de expediente de integración de norma oficial mexicana

10.1 Portada de expediente de integración de norma oficial mexicana

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DESCRIPCIÓN DEL EXPEDIENTE

NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Área donde se localiza el expediente SUBDIRECCIÓN NORMATIVA DE PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD / DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS DE EDUCACIÓN EN SALUD

NOMBRE Y CLASIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE DE ARCHIVO

A. Nombre y clave de la Sección LEGISLACIÓN 1C
B. Nombre y clave de la Serie NORMAS OFICIALES MEXICANAS 1C.14
C. Nombre y clave de la Subserie * _____
D. Nombre y clave del expediente PROYECTO DE MODIFICACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA3—2012, Educación en Salud, Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas

(sujeto a aprobación del área coordinadora de archivos)

RESUMEN DE CONTENIDO

Oficios de invitación GTI, Listas de asistencia Documentos del Grupo de Trabajo, Observaciones al Proyecto.

FECHAS EXTREMAS Inicio 2002 término _____

FORMATO O SOPORTE PAPEL

VALOR DOCUMENTAL Administrativo ____ Legal X Contable ____

PLAZOS DE CONSERVACION
Vigencia completa 12
Vigencia adicional (solicitud de acceso por IFAI) ____
Años de conservación en archivo de trámite ____
Años de conservación en archivo de concentración ____

NÚMERO DE FOJAS _____

NIVEL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL EXPEDIENTE
(Aplica cuando el expediente contiene información reservada o confidencial)

Carácter de la información: Pública X Reservada ____ Confidencial ____

Fecha de Clasificación (día/mes/año) ____/____/____

Descripción de partes o secciones reservadas o confidenciales

_____
_____
_____
_____

Fundamento Legal

_____
_____
_____

Periodo de reserva (No. de años) ____ Ampliación del periodo de reserva SI ____ NO ____ No. de años de ampliación ____

Rúbrica del titular de la unidad administrativa o funcionario autorizado _____

Fecha de desclasificación (día/mes/año) ____/____/____

Puesto del responsable de desclasificación _____

Rúbrica del responsable de desclasificación _____

53. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS EXTERNOS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE NORMALIZACIÓN EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Integrar y coordinar las actividades del grupo de expertos que participan en el proceso de normalización en materia de educación en salud, acorde al contenido de los instrumentos establecidos en el Programa Nacional de Normalización.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno este procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación como unidad responsable del proceso de normalización, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, como coordinadora de los procesos, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos

2.2. A nivel externo este procedimiento aplica para instituciones educativas y de salud, públicas, públicas, privadas y sociales, del nivel local, estatal y federal, que tienen relación directa con la aplicación de los instrumentos normativos en materia de educación en salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud definen a las instituciones idóneas para integrar el grupo de trabajo de expertos, de acuerdo con el tipo y contenido del instrumento a elaborar.

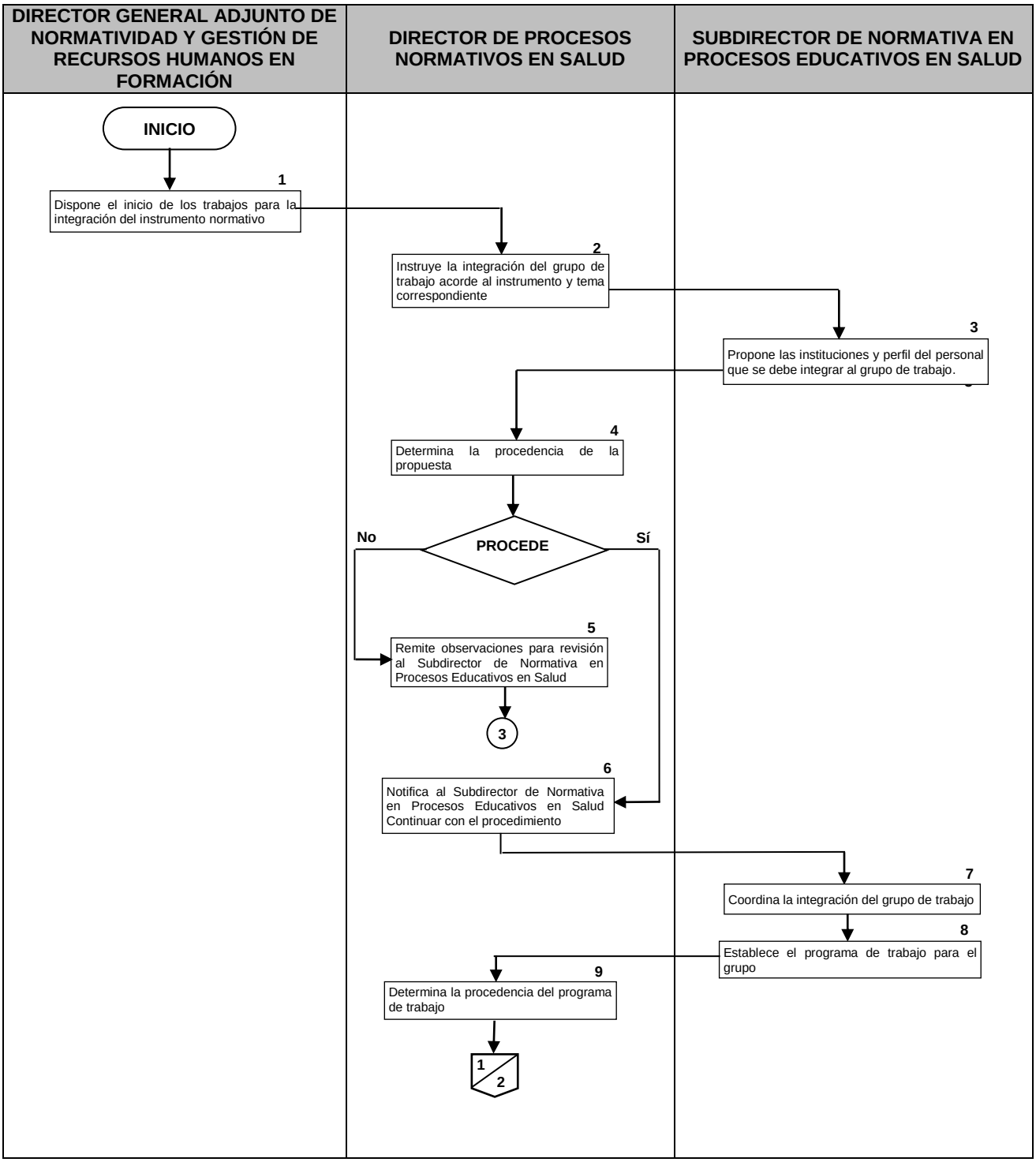
3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud son responsables de convocar a las instituciones que se consideran convenientes integren el grupo de expertos.

3.3. La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de coordinar las reuniones de trabajo del grupo.

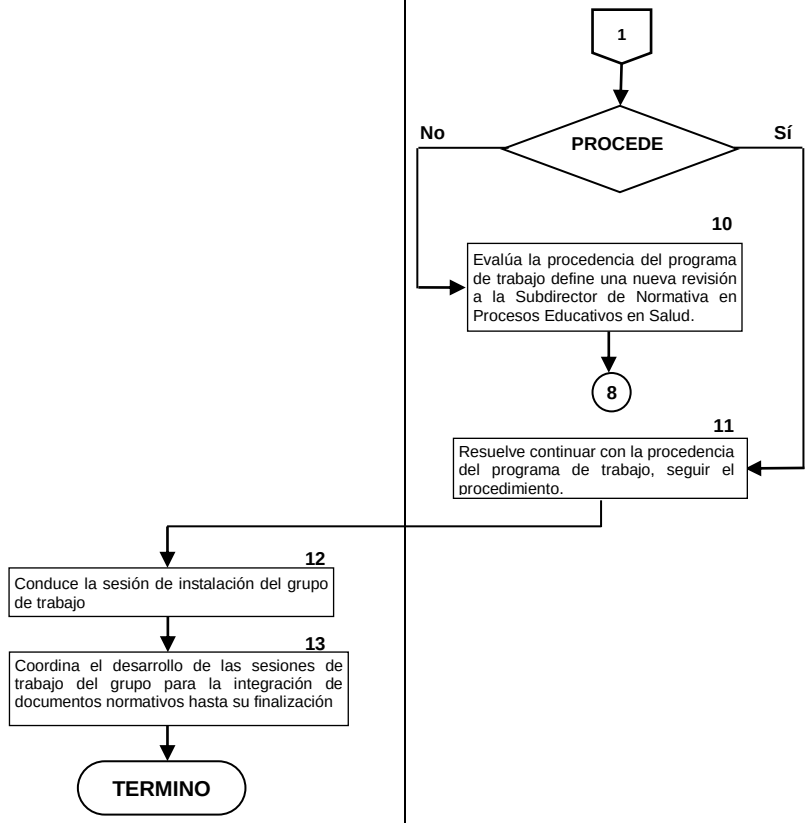
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	1	Dispone el inicio de los trabajos para la integración del instrumento normativo	N/A
Director de Procesos Normativos en Salud	2	Instruye la integración del grupo de trabajo acorde al instrumento y tema correspondiente.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	3	Propone las instituciones y perfil del personal que se debe integrar al grupo de trabajo	N/A
Director de Procesos Normativos en Salud	4 5 6	Determina la procedencia de la propuesta Procede: No: Remite observaciones para revisión al Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud. Regresa a la actividad 3. Si: Notifica al Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud Continuar con el procedimiento	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	7 8	Coordina la integración del grupo de trabajo Establece el programa de trabajo para el grupo	N/A N/A
Director de Procesos Normativos en Salud	9 10 11	Determina la procedencia del programa de trabajo Procede: No: Evalúa la procedencia del programa de trabajo define una nueva revisión a la Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud Regresa a la actividad 8. Si: Resuelve continuar con la procedencia del programa de trabajo, seguir el procedimiento.	N/A
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	12	Conduce la sesión de instalación del grupo de trabajo.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	13	Coordina el desarrollo de las sesiones de trabajo del grupo para la integración de documentos normativos hasta su finalización **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	N/A

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE NORMATIVA EN PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Anteproyectos y proyectos de instrumentos normativos a elaborar	N/A
6.2 Acta de instalación del grupo de expertos	N/A
6.3 Directorio de representantes	N/A
6.4 Avances de los instrumentos normativos en elaboración	N/A
6.5 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.6 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Avance de instrumentos normativos en elaboración	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A
7.2 Oficios de convocatoria	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A
7.3 Acta de instalación del grupo	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Equipo interdisciplinario: Grupo de profesionales expertos en los temas a tratar de diferentes instituciones involucradas en temas específicos.

8.2 Equipo Multidisciplinario: Grupo de profesionales expertos en los temas a tratar de diferentes disciplinas y profesiones.

8.3 Grupo de Expertos: Servidores públicos y personal designado por las instituciones y unidades externas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para que participen en la revisión, elaboración o actualización de los instrumentos normativos correspondientes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

54. PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA SU APLICACIÓN Y CUMPLIMIENTO

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el procedimiento para mantener actualizada la información relativa a instrumentos normativos de educación en salud, en la página web oficial de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como responsable del proceso de normalización en materia de educación en salud, al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del proceso y a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2.2. A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud debe realizar la difusión de los instrumentos normativos oficiales a partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, de manera permanente y accesible para las instituciones de salud y educativas obligadas a su aplicación y cumplimiento.

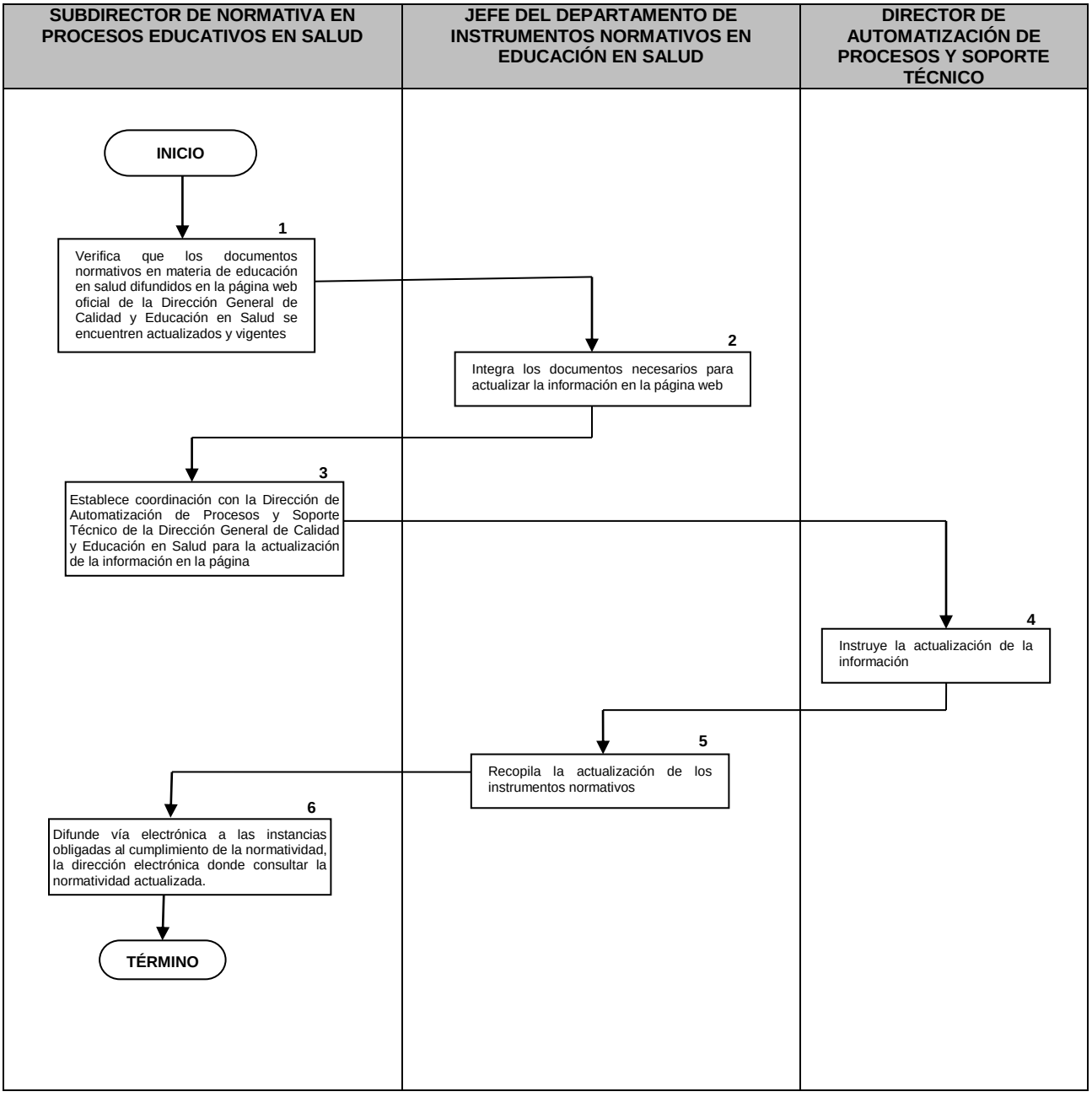
3.2. La difusión para el cumplimiento de los instrumentos normativos es responsabilidad de la Secretaria de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y los titulares de Educación de los Servicios de Salud de las Entidades Federativas**.**

4.DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	1	Verifica que los documentos normativos en materia de educación en salud difundidos en la página web oficial de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se encuentren actualizados y vigentes	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	2	Integra los documentos necesarios para actualizar la información en la página web oficial de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	3	Establece coordinación con la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la actualización de la información en la página	
Director de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	4	Instruye la actualización de la información	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud	5	Recopila la actualización de los instrumentos normativos	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	6	Difunde vía electrónica a las instancias obligadas al cumplimiento de la normatividad, la dirección electrónica donde consultar la normatividad actualizada. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

.

DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Instrumento Normativo a difundir	N/A
6.2. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Instrumento Normativo producido	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A
7.2. Directorio de Unidades Hospitalarias e Instituciones Educativas nivel nacional y unidades normativas centrales.	1 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación u observancia voluntaria u obligatoria como las normas oficiales mexicanas, normas mexicanas, reglamentos, manuales, lineamientos y guías.

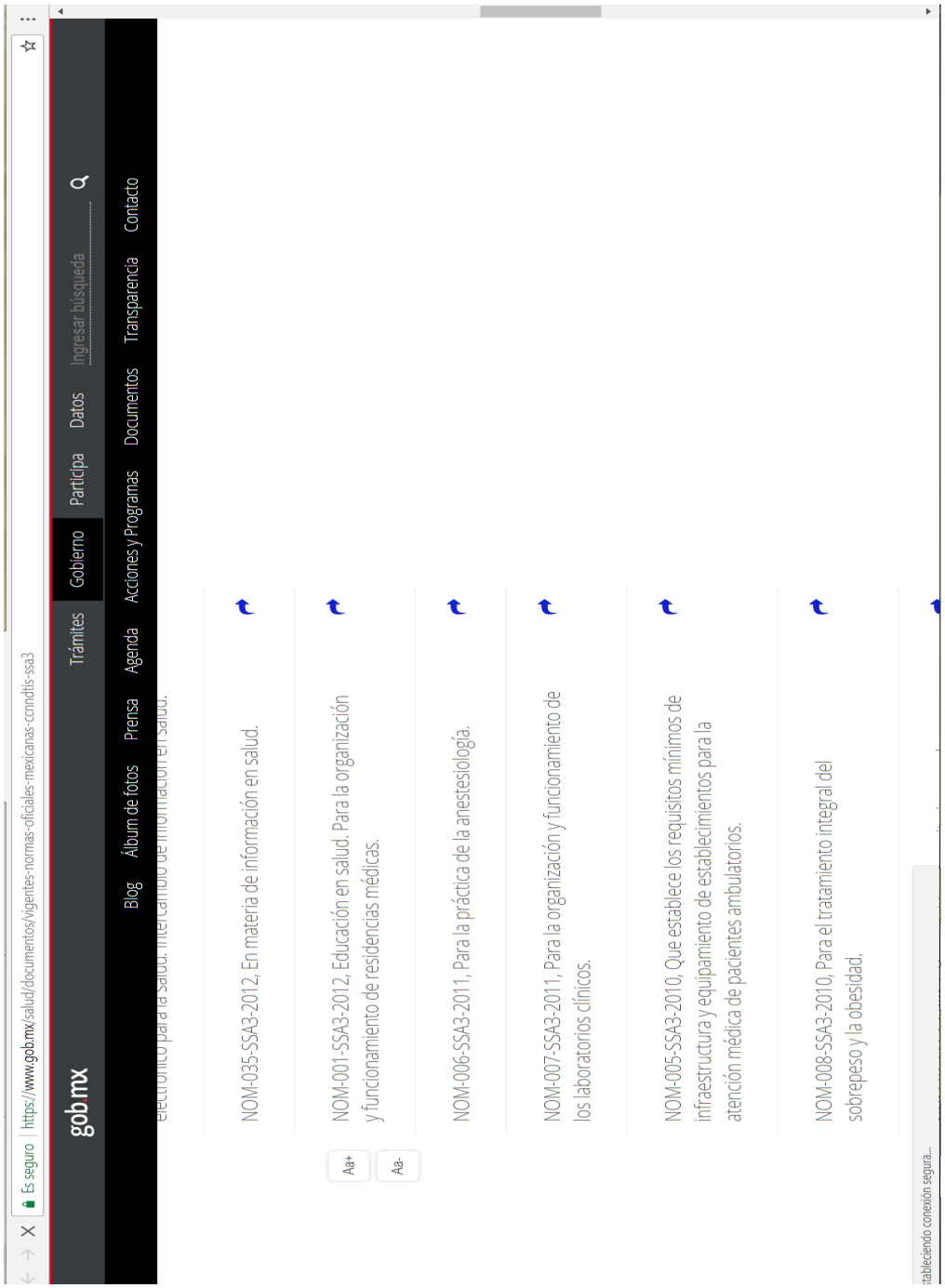
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Pantalla de página web institucional donde se difunde la normatividad

10.1 Pantalla de página web institucional donde se difunde la normatividad



55. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REUNIONES PRESENCIALES O VIRTUALES Y CONTAR CON UN DIRECTORIO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO EXTERNO

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con una metodología para realizar reuniones presenciales de expertos en cada tema según el instrumento normativo a elaborar o actualizar, así como el directorio actualizado de cada grupo de trabajo para mantener control e interrelación con el grupo de manera permanente y ágil.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento aplica a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área responsable del desarrollo del proceso de normalización y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud como área técnica del mismo.

2.2 A nivel externo, las instituciones de salud y educativas que integrará el grupo de trabajo, se involucren de manera permanente en reuniones presenciales o virtuales para elaborar o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud es responsable de establecer y operar un sistema de comunicación permanente con los integrantes de los grupos de trabajo.

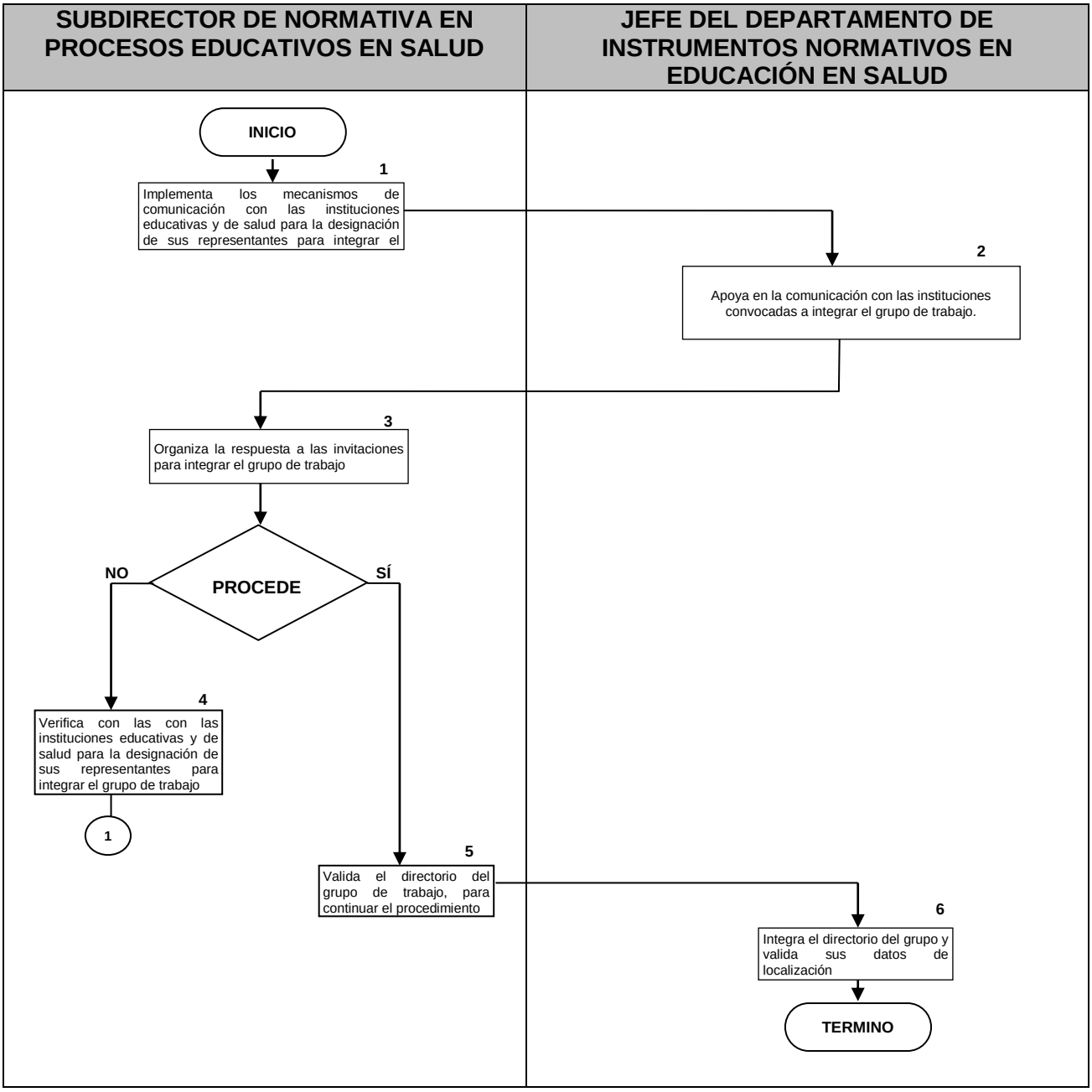
3.2 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de mantener una interrelación informativa permanente con los integrantes del grupo de trabajo para realizar reuniones presenciales o virtuales para elaborar o actualizar los instrumentos normativos en materia de educación en salud.

3.3 El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, es responsable de mantener actualizado el directorio y apoyar en la comunicación con las instituciones educativas y de salud que participan en las reuniones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	1	Implementa los mecanismos de comunicación con las instituciones educativas y de salud para la designación de sus representantes para integrar el grupo de trabajo.	N/A
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud.	2	Apoya en la comunicación con las instituciones convocadas a integrar el grupo de trabajo.	N/A
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	3 4 5	Organiza la respuesta a la invitaciones para integrar el grupo de trabajo Procede: No: Verifica con las con las instituciones educativas y de salud para la designación de sus representantes para integrar el grupo de trabajo. Regresa a la actividad 1. Si: Valida el directorio del grupo de trabajo, para continuar el procedimiento.	N/A
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud.	6	Integra el directorio del grupo y valida sus datos de localización. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	N/A

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Directorio de Participantes.	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Directorio	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A
7.2 Acuse de oficios y correos electrónicos	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actualización**: Mantener al día los datos generales y específicos de cada participante del grupo de expertos externos ya sea de manera impresa o electrónica.

8.2 **Directorio**: Listado de integrantes del grupo de trabajo de expertos que contiene información sobre su dependencia, nombre, ubicación, cargo, teléfono, correo electrónico, observaciones, actualizado y completo, el cual puede ser impreso y/o computarizado.

8.3 **Reuniones Presenciales**: Asistencia de los participantes de las instituciones de salud y educativas expertas en los temas a tratar, conforme a un calendario preestablecido.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada al 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de invitación
10.2 Oficio de confirmación de participación
10.3 Directorio de Participantes

10.1 Oficio de invitación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- 00607 -2017

Ciudad de México, a 24 de marzo de 2017

DR. JAIME ANDRADE VILLANUEVA
RECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
PRESENTE

Me permito hacer de su conocimiento, que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), incluyó en el Programa Nacional de Normalización 2017 la revisión y actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

Por tal motivo, me es grato extenderle una cordial invitación para que tenga a bien designar un representante, que asista a las sesiones de trabajo del Grupo Técnico Interinstitucional encargado de la elaboración del anteproyecto, mismas que se llevarán a cabo a partir del próximo lunes 3 de abril del presente año, de 11:00 a 13:30 hrs. en el Auditorio ubicado en el 1er piso del edificio que ocupa la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, sito en Av. Homero 213, Colonia Chapultepec Morales, C.P. 11570, Deleg. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, ya que su participación sin duda, aportará elementos relevantes y enriquecerá el contenido de dicho proyecto.

Para tal propósito, el documento en formato de tres columnas, para facilitar su revisión, formulación de comentarios, propuestas y en su caso, la justificación jurídica y técnica que corresponda, para iniciar las sesiones de trabajo, estará disponible en la liga electrónica: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/nom_001/documentos.html

Por lo anterior, estimaré de usted el que tenga a bien confirmar la asistencia y datos de su representante, a la atención de la Lic. Josefina D. Arellano González, Subdirectora Normativa de Proceso Educativos en Salud, al teléfono 20 00 35 07 o a la dirección de correo electrónico: josefina.arellano@salud.gob.mx.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y
SECRETARIO TÉCNICO DEL
CCNNIDTIS

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C. c. p. Dr. José Meljem Moctezuma - Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.
Mtro. Itzcoatl Tonatiuh Bravo Padilla.- Rector General de la Universidad de Guadalajara.-Presente

Sección/Serie: 1C.14
LAGO/CMR/JDAG/gcz

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570 Miguel Hidalgo, Ciudad de México
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Oficio de confirmación de participación

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECTORÍA

REC/372/2017

Dr. Sebastián Garcia Saisó
Director General y Secretario Técnico
del CCNNIDTIS
P r e s e n t e.

Por este conducto le envió un cordial saludo y en respuesta a su oficio DGCES-DG-00607-2017 de fecha 24 de marzo del año en curso, le informo que por cuestiones de agenda, me será imposible asistir a la Reunión del próximo lunes 3 de abril para la Revisión y Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

Me permito informarle que he designado al **Dr. Eduardo Gómez Sánchez**, **Director de la División de Disciplinas Básicas para la Salud**, de este Centro Universitario, para que en mi representación asista a las sesiones de trabajo del grupo Técnico Interinstitucional.

Sin otro particular de momento, aprovecho la ocasión para reiterarle la seguridad de mi consideración y respeto.

A t e n t a m e n t e
"Piensa y Trabaja"
Guadalajara, Jalisco; a 31 de marzo de 2017

RECTORÍA
Centro Universitario
de Ciencias de la Salud

Dr. Jaime Andrade Villanueva
Rector

C.c.p. Dr. Eduardo Gómez Sánchez - Director de la División de Disciplinas Básicas para la Salud.

JAV/BCD/ejgj

Sierra Mojada 950, Edificio A Primer Nivel. Colonia Independencia. C.P. 44340
Guadalajara, Jalisco, México.
Teléfono: +52 (33) 1058-5200. Ext. 33603
www.cucs.udg.mx

10.3 Directorio de Participantes

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Consejo de Salubridad General	Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Secretario del Consejo de Salubridad General	Lieja No. 7, piso 2, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México	50-62-16-00 cisco: 55612 50-62-16-48	jesus.ancer@csg.gob.mx
Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez	Director General de la Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	Guadalajara No. 46, piso 7, Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, Ciudad de México	50-62-16-00 cisco: 55041 50-62-16-11 5062 1700	fernando.gutierrez@salud.gob.mx
Academia Mexicana de Cirugía, A.C., AMC	Dr. Jesús Tapia Jurado	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.	Avenida Cuauhtémoc No. 330, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad de Congreso, bloque B, piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México	57-61-25-81	acameci@amc.org.mx
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.,	Dr. Armando Mansilla Olivares	Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.		55-19-847-32 55-19-86-79	presidente@anmm.org.mx
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos	Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Periférico Sur No. 4118, piso 1, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México,	54-81-11-78 cisco: 51017 54-81-11-78	g.ruizpalacios@salud.gob.mx
	Dr. Simón Kawa Karasik	Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud		54-81-11-78 cisco: 51027 y 51014 54-81-11-78	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia		54-81-11-78 cisco: 53382 54-81-11-78	franciscopnavarro@yahoo.com.mx freanciscopnavarro@yahoo.com.mx
	Dr. Manuel de la Llata Romero	Director General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad		54-81-11-78 cisco: 51040 y 51044 54-81-11-78	
Hospital General Dr. Manuel Gea González	Dr. Octavio Sierra Martínez	Director General	Calzada de Tlalpan No. 4800, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	40-00-30-11 Ext: 40-00-30-11	geadireccongeneral@salud.gob.mx

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Hospital General de México "Eduardo Liceaga"	Dr. César Athié Gutiérrez	Director General	Dr. Balmis No. 148, Colonia Doctores, C.P. 06726, Cuauhtémoc, Ciudad de México	27-89-20-00 Ext: 1081 y 1084 27-89-20-00 27-89-20-00	cesar.athie@salud.gob.mx
Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"	Dr. José Alberto García Aranda	Director General	Dr. Márquez No. 162, Colonia Doctores, C.P. 06720, Cuauhtémoc, Ciudad de México	57-61-02-70 Ext: 9010 57-61-36-60 52-28-99-17	jaranda@himfg.edu.mx
Hospital Juárez de México	Dr. Martín Antonio Manrique	Director General	Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Gustavo A. Madero, Ciudad de México	57-47-75-60 Ext: 7350	martin.antonio@salud.gob.mx
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Dr. Marco Antonio Martínez Ríos	Director General	Juan Badiano No. 1, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	55-73-35-63 Ext: 1115 y 1116 55-73-35-63 55-73-29-11	dirgral@cardiologia.org.mx
Instituto Nacional de Cancerología	Dr. Antelmo Abelardo Meneses García	Director General	Avenida San Fernando No. 22, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México	56-28-04-00 Ext: 44001 y 44002 56-28-04-01	amenesesg@incan.edu.mx
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"	Dr. Jorge Salas Hernández	Director General	Calzada de Tlalpan No. 4502, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, Ciudad de México,	54-87-17-00 Ext: 5178	jsalas@iner.gob.mx
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	Dr. Miguel Ángel Celis López	Director General	Avenida Insurgentes Sur No. 3877, Colonia La Fama, C.P. 14269, Tlalpan, Ciudad de México	56-06-38-22 Ext: 4000 y 4001 55-28-14-97	direcciongeneral@innn.edu.mx
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"	Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez	Director General	Montes Urales No. 800, Colonia Lomas Virreyes, C.P. 11000, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	55-20-99-00 Ext: 108	dirgral@inper.mx
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	Dra. María Elena Medina Mora Icaza	Directora General	Calzada México-Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Tlalpan, Ciudad de México	41-60-54-46 41-60-51-27	

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Instituto Nacional de Salud Pública	Dr. Juan Ángel Rivera Dommaco	Director General	Avenida Universidad No. 655, Cerrada Los Pinos y Caminera, Colonia Santa María Ahuacatitlan, , C.P. 62100, Cuernavaca, Morelos	59-99-10-00 Ext: 01-77-73-29-30-00	
Instituto Nacional de Pediatría	Dr. Alejandro Serrano Sierra	Director General	Avenida Insurgentes Sur No. 3700, Letra C, Colonia Insurgentes Cuicuilco C.P. 4530, Coyoacán, Ciudad de México	10-84-09-00 Ext: 1190 10-84-09-01	aserranos@pediatria.gob.mx
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	Dr. David Kershenobich Stalnikowitz	Director General	Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Sección XVI, C.P. 4000, Tlalpan, Ciudad de México,	55-73-11-27 Ext: 2100 y 2101 55-73-11-27 54-87-09-00	direccion@incmnsz.mx
Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"	Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León	Director General	Calzada México-Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, C.P. 14389, Tlalpan, Ciudad de México	59-99-10-00 Ext: 10035	cibarra@inr.gob.mx
Servicios de Atención Psiquiátrica	Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León	Director General	Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 1, Colonia Juárez, C.P. 06600, Cuauhtémoc, Ciudad de México	50-62-23-11	titular_sap@salud.gob.mx
INSTITUCIONES EDUCATIVAS					
Secretaría de Educación Pública	Dr. Salvador Alejandro Malo Álvarez	Director General de Educación Superior Universitaria	Vicente García Torres No. 235, piso 1, Colonia El Rosedal, C.P. 04330, Coyoacán, Ciudad de México,	36-01-10-00 36-01-67-00	salvador.malo@sep.gob.mx
UNAM-FM	Dr. German Enrique Fajardo Dolci	Director de la Facultad de Medicina	Avenida Universidad No. 3000, Circuito interior, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Coyoacán, Ciudad de México	56-23-24-02 56-23-24-01	germanfajardo@unam.mx direccionfm@unam.mx
UNAM-FES-Iztacala	Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda	Directora	Avenida De los Barrios No. 1, Colonia Los Reyes Iztacala, C.P. 54090, Tlalnepantla de Baz, Estado de México	57-29-60-00 Ext: 46233 53-41-40-03	agonzalez@ipn.mx

Directorio del Grupo Técnico para la Integración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	CARGO	DOMICILIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
UNAM-FES-Zaragoza	Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez	Director	Batalla del 5 de mayo, s/n, Edificio de Posgrado, Colonia Ejército de Oriente, C.P. 09230, Iztapalapa, Ciudad de México	56-23-07-01	victor.mendoza@enlinea.zaragoza.unam.mx
Secretaría de la Defensa Nacional	General de Brigada Jaime López Reyes	Director General de Educación Militar y Universidad del Ejército y Fuerza Aérea	Calzada México-Tacuba S/N, Colonia Popotla, C.P. 11401, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	21-22-88-00 53-41-50-35	dir_educ@mail.sedena.gob.mx
Secretaría de Marina	Capitán de Fragata Juan Alberto Díaz Ponce	Director de la Escuela Médico Naval,	Virgilio Uribe No. 1800, puerta 8, Colonia Alianza Popular Revolucionaria, C.P. 04800, Coyoacán, Ciudad de México,	56-84-48-82	jadiazpm@gmail.com
Instituto Politécnico Nacional	Dra. Lorena García Morales	Directora de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía	Guillermo Massieu Helguera 239, Colonia La Escalera, C.P. 07338, Gustavo A. Madero, Ciudad de México	57-29-60-00 Ext 46111 57-29-60-00	enmh@ipn.mx
Instituto Politécnico Nacional	Dra. Amalia Rosa Bobadilla Lugo	Directora de la Escuela Superior de Medicina	Avenida Salvador Díaz Mirón Esq. Plan de San Luis, Colonia Casco de Santo Tomás, C.P. 11340, Miguel Hidalgo, Ciudad de México	57-29-63-00 Ext 46260 57-29-63-00	rabobadilla@gmail.com
UAM-Xochimilco	Mtro. Rafael Díaz García	Director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud	Calzada del Hueso No. 1100, Edif. A, piso 3, Colonia Villa Quietud, C.P. 04960, Coyoacán, Ciudad de México	55-94-66-56 Ext 7010 55-94-66-56	
Universidad de Guadalajara	Dr. Jaime Andrade Villanueva	Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud	Sierra Mojada No. 950, Edificio A. Puerta 7, Colonia Independencia, C.P. 44350, Guadalajara, Jalisco	01-33-10-58-52-00	drjandradev@cucs.udg.mx

56. PROCEDIMIENTO PARA ENVIAR INSTRUMENTOS NORMATIVOS A INSTANCIAS NORMATIVAS RESPONSABLES PARA ANÁLISIS, COMENTARIOS Y PUBLICACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Promover ante las instancias normativas responsables, la revisión, comentarios y publicación del anteproyecto y proyecto del instrumento normativo correspondiente para su posterior publicación en el Diario Oficial de la Federación.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, el procedimiento es aplicado por la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación como responsable del proceso de normalización, la Dirección de Procesos Normativos en Salud como coordinadora de los procesos y a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos.

2.2. A nivel externo las instancias normativas responsables y/o reguladoras, reciben los instrumentos normativos correspondientes a través de la Dirección General Adjunta, la Dirección de Área y la Subdirección en conjunto, para su revisión, análisis o comentarios convenientes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud son responsables de aprobar el documento normativo elaborado.

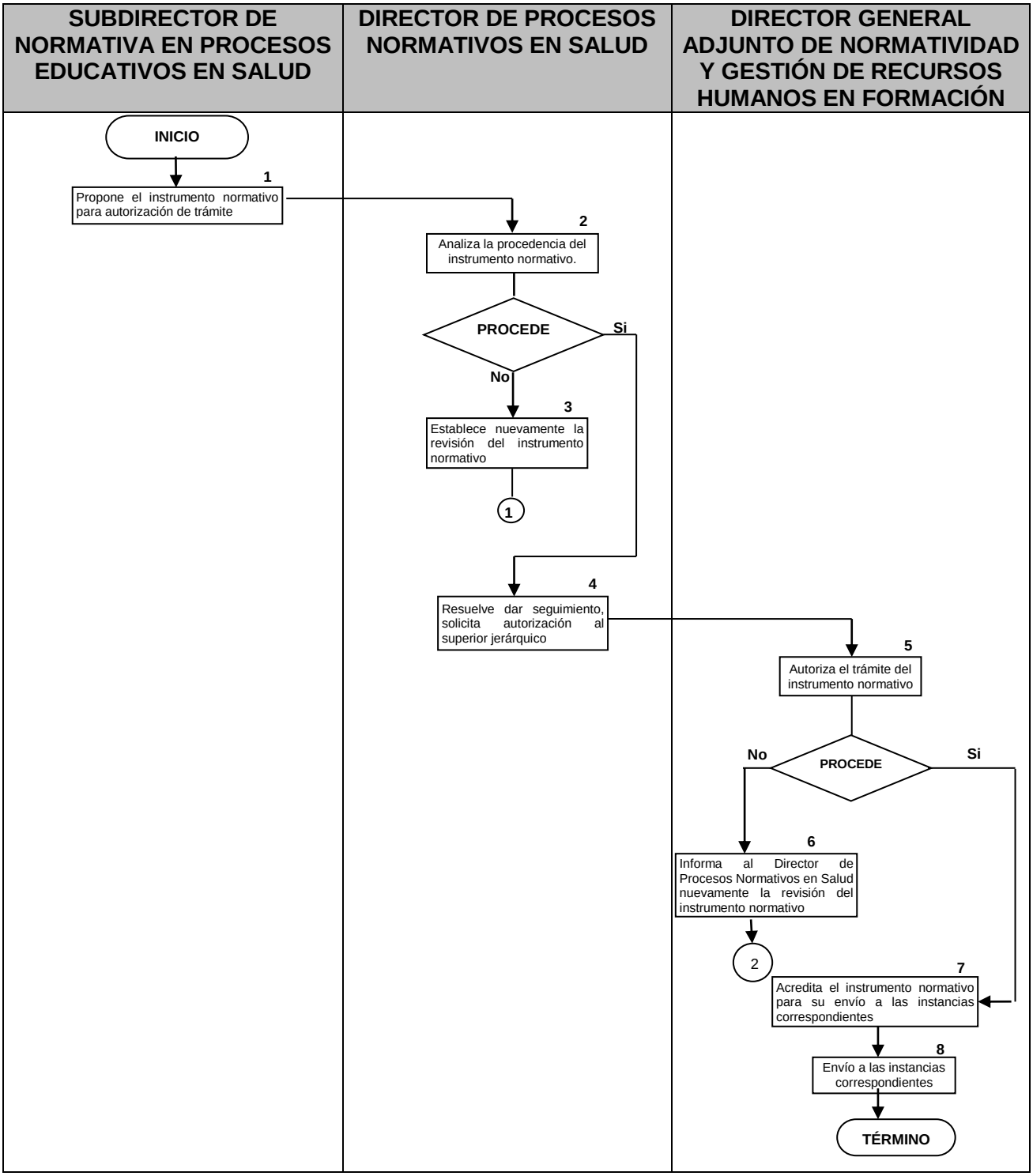
3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud, revisan el documento para su envío a las instancias normativas responsables, acorde a los procedimientos determinados para ello.

3.3. La Dirección General Adjunta, la Dirección de Área y la Subdirección en conjunto, envían oficialmente los instrumentos normativos correspondientes a las instancias normativas responsables y/o reguladoras para su revisión, análisis o comentarios convenientes.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	1	Propone el instrumento normativo para autorización de trámite.	N/A
Director de Procesos Normativos en Salud	2 3 4	Analiza la procedencia del instrumento normativo. Procede: No: Establece nuevamente la revisión del instrumento normativo. Regresa a la actividad 1 Si: Resuelve dar seguimiento, solicita autorización al superior jerárquico	N/A
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	5 6 7 8	Autoriza el trámite del instrumento normativo. Procede: No: Informa al Director de Procesos Normativos en Salud nuevamente la revisión del instrumento normativo. Regresa a la actividad 2 Sí: Acredita el instrumento normativo para su envío a las instancias correspondientes. Envío a las instancias correspondientes **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación Salud	N/A
6.2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3. Instrumento normativo	N/A
6.4. Sistema computarizado específico	N/A
6.5. Acta de instalación del grupo de trabajo	N/A
6.6. Ley Federal de Metrología y Normalización	N/A
6.7. Reglamento de la Ley Federal de Metrología y Normalización	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Acuse de recibo de envío	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.2. Observaciones y comentarios de unidades normativas responsables	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.3. Impresiones de correos electrónicos de informe a los integrantes del grupo de trabajo	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Documento Definitivo: Instrumento normativo elaborado por el grupo de trabajo de expertos y participantes virtuales aprobado en el pleno de las reuniones presenciales por sus integrantes.

8.2 Instancia normativa responsable: Unidad administrativa con atribuciones para analizar, comentar y solicitar aclaraciones o cambios del instrumento normativo y en su caso para aprobarlo y solicitar su publicación en el Diario oficial de la Federación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de solicitud de publicación oficial de proyecto de norma

10.1 Oficio de solicitud de publicación oficial de proyecto de norma

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD.

Lieja 7 1er piso, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, 06696, México, D.F.

No. de oficio 000205

México, D.F., a 08 NOV 2012

LIC. GUILLERMO GOVELA MARTÍNEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS.
PRESENTE.

Me permito enviar a usted en impresión en papel oficial con firma autógrafa y medio magnético, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de medicina y odontología en primer nivel de atención del Sector Salud.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, sea el amable conducto para realizar las gestiones que permitan la publicación del Proyecto de NOM en el Diario Oficial de la Federación y pueda iniciar el periodo de consulta pública durante 60 días. El mencionado Proyecto de NOM fue incluido en el Programa Nacional de Normalización 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de abril de 2012.

No omito mencionar que el citado Proyecto fue aprobado en la Primera Sesión Ordinaria del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), celebrada el día 21 de septiembre de 2009 y la versión que se pretende publicar, cuenta con la opinión favorable de la Coordinación General a su digno cargo.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL SUBSECRETARIO Y PRESIDENTE
DEL CCNNIDTIS.

DR. GERMÁN ENRÍQUE FAJARDO DOLCI.

C.c.p. Dr. Francisco Hernández Torres.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente.

FHT/JEH:

2

57. PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR Y CONTESTAR OBSERVACIONES A LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS ELABORADOS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el mecanismo para atender las observaciones de las instancias globalizadoras a los instrumentos normativos en materia de educación en salud para su publicación como proyecto en el Diario Oficial de la Federación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicado a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación como responsable del proceso de normalización, la Dirección de Procesos Normativos en Salud como coordinadora de los procesos y a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud como área de análisis e integración de los instrumentos normativos definitivos.

2.2 A nivel externo, las instancias globalizadoras envía a la Dirección General Adjunta de Normatividad sus observaciones y recomendaciones en el control del proceso de publicación de los instrumentos normativos

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, son responsables de recibir, atender y dar respuesta a las observaciones y recomendaciones de las instancias globalizadoras.

3.2 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, analizan las observaciones, definen y elaboran las respuestas a enviar a las instancias globalizadoras.

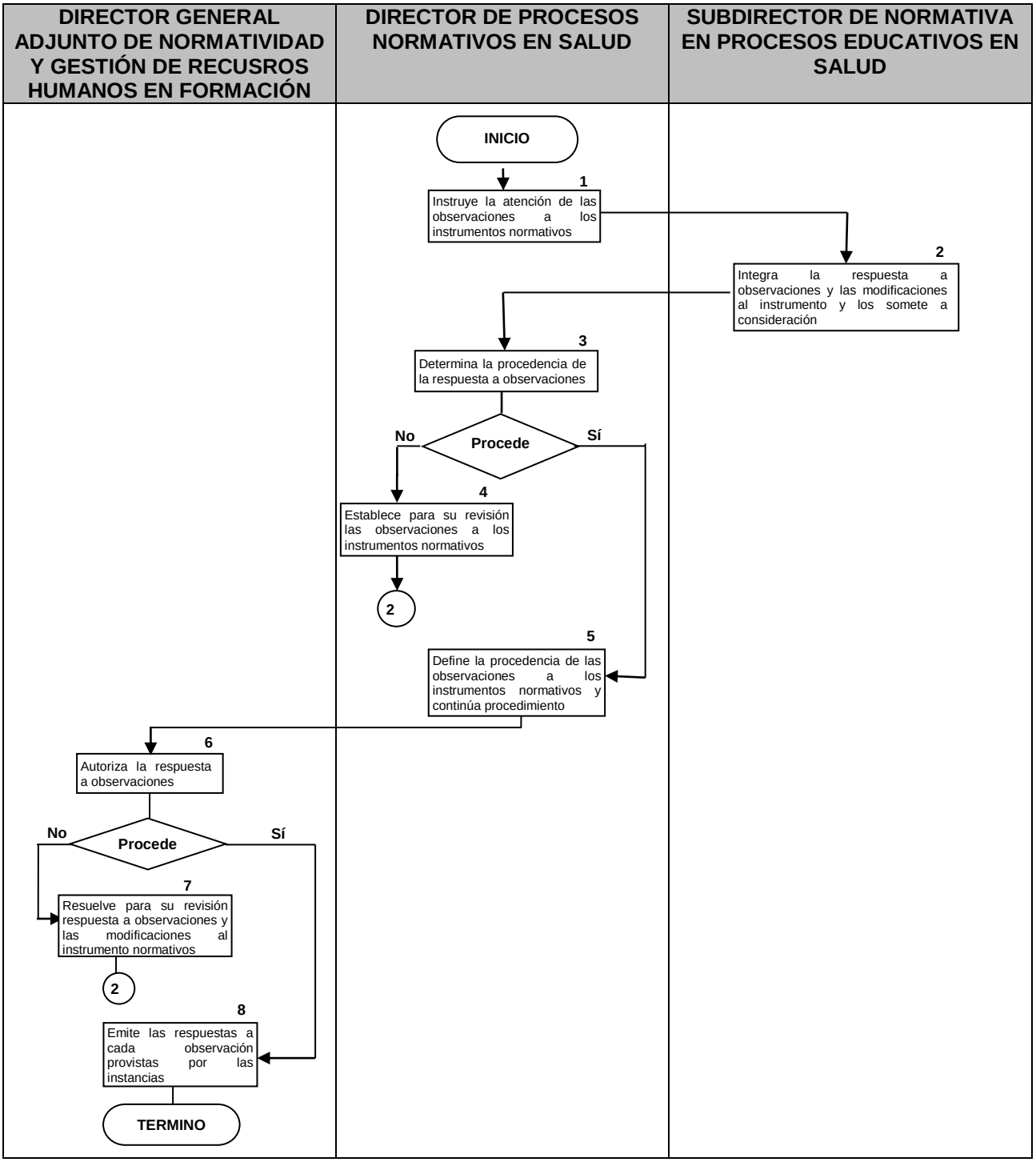
3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud son responsables del análisis de las observaciones provistas por las instancias globalizadoras así como por el envío de las respuestas a cada observación.

3.4 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es responsable de dar seguimiento y control del proceso de publicación de los instrumentos normativos definitivos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Instruye la atención de las observaciones a los instrumentos normativos	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	2	Integra la respuesta a observaciones y las modificaciones al instrumento y los somete a consideración	
Director de Procesos Normativos en Salud	3	Determina la procedencia de la respuesta a observaciones Procede: 4 No: Establece para su revisión las observaciones a los instrumentos normativos Regresa a la actividad 2 5 Si: Define la procedencia de las observaciones a los instrumentos normativos y continúa procedimiento.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	6	Autoriza la respuesta a observaciones Procede: 7 No: Resuelve para su revisión respuesta a observaciones y las modificaciones al instrumento Regresa a la actividad 2 8 Si: Emite las respuestas a cada observación provistas por las instancias globalizadoras **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Instrumentos normativos definitivos.	N/A
6.4 Sistema computarizado para envío.	N/A
6.5 Ley Federal de Metrología y Normalización.	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal de Metrología y Normalización.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Impresos de recepción y envío de observaciones	6 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.2 Oficio de solicitud de ajustes	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.3 Oficio de aceptación de documentos	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.4 Instrumentos normativos	6 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ajustes: Cambios que se realizan a los documentos normativos que se aprueban y fueron suscritos por las unidades globalizadoras.

8.2 Justificación: Motivo por el que las sugerencias de ajuste del documento normativo propuestas por las unidades globalizadoras no procede y debe respetarse lo descrito en el documento original.

8.3 Observaciones: Comentarios que de manera oficial y por escrito realizan las unidades globalizadoras a los instrumentos normativos que recibe.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Comentarios a Proyecto de Norma Oficial Mexicana recibidos
10.2 Respuesta a comentarios publicada en el Diario Oficial de la Federación

10.1 Comentarios a Proyecto de Norma Oficial Mexicana recibidos

SEP
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Subsecretaría de Educación Superior
Dirección General de Educación Superior Universitaria
Departamento de Coordinación de Programas de Apoyo

Oficio Número 219/13- 00006
México, D.F. a 9 de enero de 2013

Asunto: Solicitud de cambio de nombre al PROY-NOM-009-SSA3-2009

Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y
Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación,
Desarrollo Tecnologías e Información en Salud
Secretaría de Salud
Presente

Con relación a la publicación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en primer nivel de atención del Sector de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el pasado 16 de noviembre de 2012 y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, esta Dirección General de Educación Superior Universitaria, de la Subsecretaría de Educación Superior, de la Secretaría de Educación Pública, emite los comentarios que se consideran pertinentes respecto al Proyecto de Norma, en los siguientes términos:

Del nombre de la norma señalado en el proyecto publicado se advierte que no constriñe una coherencia lógica-jurídica, entre la materia que se pretende regular con el nombre de la norma que se va emitir, en virtud de que se omite lo referente a la "utilización de los campos clínicos", siendo este concepto el objetivo de regulación de dicha norma, razón por la cual se sugiere que el nombre de la norma se cite como a continuación se transcribe:

"NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Utilización de Campos Clínicos para la Prestación del Servicio Social de Pasantes de Medicina y Estomatología en el Primer Nivel de Atención del Sector Salud".

SEP
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Subsecretaría de Educación Superior
Dirección General de Educación Superior Universitaria
Departamento de Coordinación de Programas de Apoyo

Oficio Número 219/13- 00006
México, D.F. a 9 de enero de 2013

Aunado a lo anterior, es de señalarse que la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en su artículo 3o, fracción XI, define a la norma oficial como:

> *Norma oficial mexicana: la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación;*

Así mismo el artículo 41 del citado ordenamiento establece:

"ARTÍCULO 41.- Las normas oficiales mexicanas deberán contener:

I. La denominación de la norma y su clave o código, así como las finalidades de la misma conforme al artículo 40;

II. La identificación del producto, servicio, método, proceso, instalación o, en su caso, del objeto de la norma conforme a lo dispuesto en el artículo precedente;

...

IX. Las otras menciones que se consideren convenientes para la debida compresión y alcance de la norma."

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
S. E. P.
Rodolfo Tuirán Gutiérrez
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA
Dr. Rodolfo Tuirán Gutiérrez
Subsecretario de Educación Superior

C.c.p. Dr. Francisco Hernández Torres, Director General de Calidad y Educación en Salud, de la SSA.- Presente
Mtro. Jorge Enrique Hernández- Director de Procesos Normativos en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la SSA.- Presente
Lic. Inés Santa Mendoza Toledo, Asesora Jurídica de la Dirección general de Educación Superior Universitaria.- Presente
SRO/LCOG.

MORELOS PODER EJECUTIVO | Secretaría de Salud

Área: Dirección de Servicios de Salud a la Persona
Subdirección: Enseñanza, Investigación y Capacitación
Oficio No: DSSP/ DEI/ CIM/ 0026/ 2013

DIRECTO

21 ENE 2013 0221

Jiutepec, Mor., 15 de Enero de 2013.

LUIS RUBÉN DURÁN FONTES
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
DEL SECTOR SALUD
Lieja 7 PB, Col Juárez
Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06696, México D.F.
P R E S E N T E.

En seguimiento a oficio signado por el Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci, recibido el 16 de Noviembre del presente año, en el que solicita la presentación de comentarios del Proyecto de Norma NOM-009-SSA3-2009. Al respecto, me permito enviar usted las aportaciones y sugerencias realizadas por las distintas Instituciones de Salud e Instituciones Educativas formadoras de Médicos que integran el Subcomité de Medicina de nuestro Estado, con la finalidad de contribuir al enriquecimiento del antes mencionado proyecto de Norma. Se adjunta formato de proyecto con sugerencias y comentarios.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
SECRETARIA TÉCNICA DEL COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL
PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE MORELOS

DRA. MARÍA ANTONIETA HERNÁNDEZ FRANCO

c. c. p. Minutario DSSP
REF.: volante
REF.: volante petición

MAHF/LMUC*JCEBA*.

10.2 Respuesta a comentarios publicada en el Diario Oficial de la Federación

Jueves 17 de julio de 2014 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) 43

RESPUESTAS a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en el primer nivel de atención del Sector Salud, publicado el 16 de noviembre de 2012.

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

EDUARDO GONZÁLEZ PIER, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracciones VII y VIII, 13, apartado A, fracción I, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92 y 94, de la Ley General de Salud; 40, fracciones III y VII, y 47, fracciones II y III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 8, fracciones V y VI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en el primer nivel de atención del Sector Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 2012.

Como resultado del análisis que realizó el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud de los comentarios recibidos de los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos:

PROMOVENTE	RESPUESTA
1. C. Manuel Campuzano Treviño. **Rector de la Universidad Tecnológica de México, UNITEC.** **Dice:** En lo general vemos positivo el Proyecto de Norma, especialmente en los aspectos relacionados con las medidas de seguridad para los pasantes, la colaboración entre las instituciones de los Sistemas Nacionales de Salud y los Sistemas Estatales de Salud con las Instituciones de Educación Superior para la elaboración, aplicación y evaluación de los programas académico y operativo del servicio social de medicina y estomatología, así como los programas de supervisión, asesoría y evaluación del desempeño de los pasantes en campos clínicos.	**Se acepta parcialmente el comentario,** los conceptos que expresa se encuentran contenidos en la introducción en los puntos 6.6, 6.8 y 6.13 del documento: "**6.6** Elaborar, aplicar y evaluar el programa operativo, en coordinación con las instituciones de educación superior." "**6.8** Establecer con las instituciones de educación superior, las actividades de supervisión, asesoría y evaluación del desempeño de los pasantes en campos clínicos, durante las cuales se debe corroborar que los establecimientos para la atención médica cumplan con las condiciones de infraestructura, mobiliario, equipamiento, seguridad e insumos, conforme a lo establecido en la presente norma." "**6.13** Atender de inmediato, en coordinación con las instituciones de educación superior y la participación que corresponda a las autoridades competentes de la localidad, las denuncias o quejas, tanto del pasante como de la comunidad, por actos u omisiones que afecten la prestación del servicio social o pongan en riesgo la integridad física del pasante en el campo clínico, a fin de implementar las medidas oportunas para su solución."
2. Dra. Sonia Reynaga Obregón. **Directora General de Educación Superior Universitaria.** **Subsecretaría de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública.** **Dice:** Del nombre de la norma señalado en el proyecto publicado se advierte que no constriñe una coherencia lógica-jurídica, entre la materia que se pretende regular con el nombre de la norma que se va a emitir, en virtud de que se omite lo referente a la "utilización de los campos clínicos", siendo este concepto el objetivo de regulación de dicha norma, razón por la cual se sugiere que el nombre de la norma se cite como a continuación se transcribe: "NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Utilización de Campos Clínicos para la Prestación del Servicio Social de Pasantes de Medicina y Estomatología en el Primer Nivel de Atención del Sector Salud".	**Se acepta parcialmente el comentario,** se toma en cuenta la propuesta y se modifica la nomenclatura de la norma, para quedar como sigue: "NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología." Se unifica la nomenclatura en el capítulo de Considerando último párrafo, para quedar como: (...) "NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."
3. Dra. María Antonieta Hernández Franco.	

Secretaria Técnica del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de Morelos. **Dice:** Debe decir: "Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en salud. Prestación del Servicio social de pasantes de Medicina y Estomatología en establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud".	
4. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere modificar la denominación de los numerales 6 y 7 para dar mayor precisión al texto. 6 Disposiciones para las instituciones de salud 7 Disposiciones para los servicios estatales de salud	**Se acepta el comentario,** se modifica la redacción, para quedar como sigue: 6. Disposiciones para las instituciones de salud. 7. Disposiciones para los servicios estatales de salud. Se unifican estas denominaciones en el resto de la norma.
5. Dra. María Antonieta Hernández Franco. **Secretaria Técnica del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de Morelos.** **Dice:** Debe decir: 0. Introducción (...) En atención a lo antes expresado, se emite el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en salud. Prestación del Servicio social de pasantes de Medicina y Estomatología en establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud,..."	**No se acepta el comentario,** El texto que se propone, ya se establece en el segundo párrafo, parte final del capítulo de Considerando, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
6. Dr. Ricardo Franco Hernández. **Director de Enseñanza, Investigación y Capacitación.** **Dirección General de Enseñanza y Capacitación en Salud.** **Servicios de Salud de Sonora.** **Dice:** OBJETIVO, creemos que debe decir: Regular la realización del Servicio en Medicina y Odontología en el Primer Nivel de Atención del Sector Salud.	**No se acepta el comentario,** la norma no tiene como objeto regular el servicio social, sino señalar los criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud como campos clínicos para la prestación del servicio social de los pasantes de medicina y estomatología. De conformidad con los artículos 84, 85, 86, 87, 89 y 94, de la Ley General de Salud; 52, 53 y 55, de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y 85, de su Reglamento.
7. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere modificar la redacción del Objetivo para alinearlo con la nomenclatura de la norma. "Esta norma establece los criterios mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."	**No se acepta el comentario,** por estimar que la redacción propuesta es poco clara y confusa, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
8. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere simplificar la redacción del Campo de Aplicación, para mayor precisión del texto. "Esta norma es de observancia obligatoria para quienes convengan, intervengan o participen, en la utilización de establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."	**No se acepta el comentario,** ya que la redacción propuesta no refleja con la claridad necesaria, el campo de aplicación, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
9. Dra. María Antonieta Hernández Franco. **Secretaria Técnica del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de Morelos.** **Dice:** Debe decir: 4. Definiciones. Para los efectos de esta norma se entenderá por: (...) "Área de menor desarrollo económico y social"	**No se acepta el comentario,** el término señalado se explica por sí mismo, por lo que no es necesario incluir la definición, lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33, de su Reglamento.
10. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere	**Se acepta el comentario,** se modifica la redacción, para

modificar la redacción de esta definición para dar claridad y precisión. "4.1 Campo clínico, establecimiento para la atención médica de los sectores público y social, constituido para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."	quedar como sigue: "**4.1 Campo clínico,** al establecimiento para la atención médica de los sectores público y social, constituido para la prestación del servicio social de medicina y estomatología."
11. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere incluir la definición: "Catalogo Estatal de Campos Clínicos, registro sistematizado de la información relativa a los campos clínicos a nivel estatal" por estar referido en la norma.	**Se acepta el comentario,** se incluye la definición, para quedar como sigue: "**4.2 Catálogo Estatal de Campos Clínicos,** al registro sistematizado de la información relativa a los campos clínicos a nivel estatal."
12. El Grupo Técnico Interinstitucional sugiere modificar la redacción en la definición de Convenio de Colaboración, cambiando el término "colaboración" por "coordinación" en concordancia con lo señalado en el artículo 86 de la Ley General de Salud y homogenizar el uso del mismo en el resto de la norma.	**No se acepta el comentario,** se elimina la definición por no ser materia de esta norma definir el tipo de instrumento que celebren las instituciones de salud y de educación superior para el desarrollo de los programas académico y operativo del servicio social, toda vez que atendiendo a la naturaleza jurídica de las instituciones el instrumento respectivo podrá adoptar distintas formas, por lo que en la norma se hace referencia a instrumentos consensuales de manera general: Se homogeneiza el uso del término "instrumento consensual correspondiente" en la redacción de los siguientes puntos 5.3.1, 5.5, 6.1, 6.4, 6.10, 6.11 y 7.5.2, de la norma: "**5.3.1** Celebrar el instrumento consensual correspondiente entre la institución de salud y la de educación superior." "**5.5** Los instrumentos consensuales que se celebren con motivo de esta norma deben:" "**6.1** Suscribir los instrumentos consensuales correspondientes con instituciones de educación superior de medicina y estomatología, que preferentemente tengan planes y programas de estudio con acreditación vigente o estén en proceso de acreditación por organismos reconocidos por la autoridad educativa competente." "**6.4** Realizar la programación de plazas en campos clínicos, con base en lo establecido en los instrumentos consensuales correspondientes y tomando en cuenta el presupuesto disponible para el pago de becas." "**6.10** Vigilar que los pasantes den cumplimiento a sus obligaciones, conforme a lo establecido en los instrumentos consensuales correspondientes." "**6.11** Otorgar, atendiendo a las disposiciones aplicables, las prerrogativas para los pasantes que se establezcan en los instrumentos consensuales que al efecto se suscriban, las cuales pueden ser, entre otras, las siguientes: "**6.12** Notificar a la institución de educación superior cuando se incurra en alguna de las causales de medidas disciplinarias previstas en los instrumentos consensuales correspondientes." "**7.5.2** La terminación del servicio social, una vez que el pasante cumplió con la prestación del mismo conforme a lo establecido en el instrumento consensual correspondiente." Lo anterior con fundamento en el artículo 38 fracción II de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 33 de su Reglamento.

58. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los mecanismos de aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud para su operación de acuerdo con lo establecido en la normatividad emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para ello.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, cuyo titular funge como Secretario Técnico del Comité Nacional del Programa, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud como unidades de control y validación del proceso y la Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud como apoyo para la coordinación institucional y sectorial de la operación de programa y a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como apoyo en el manejo del sistema de registro y control de los participantes.

2.2 A nivel externo es aplicable a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud cuyo titular funge como Presidente del Comité Nacional, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Unidad de Política y Control Presupuestario como ente que regula el ejercicio del presupuesto aplicable al programa; la Secretaría de la Función Pública a través de la Unidad de Servicios Profesionales y Recursos Humanos de la Administración Pública Federal; la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, los OPD en Salud en las 32 Entidades Federativas, los Órganos Descentralizados, Desconcentrados en Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Instituto Nacional para los Adultos Mayores y los Centros de Integración Juvenil.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. Con base en la normatividad emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud coordina la integración de la Convocatoria, Bases de Participación y Reglamento que rigen su desarrollo.

3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de atender la emisión y difusión de la convocatoria y bases de participación del Programa a nivel nacional así como de la integración de los Comités de Estímulos en las dependencias y entidades participantes e implementar las estrategias para la operación del programa.

3.3. La Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud es responsable del control administrativo del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, para ello provee a los Comités Estatales y Comisiones Locales de las Unidades Descentralizadas, Desconcentradas y Paraestatales de la información ejecutiva de: tabuladores a aplicar por las instituciones, la plantilla autorizada, las bases de vigilancia y mecanismos de control en la operación del Programa, la notificación autorización del ejercicio de los recursos presupuestarios autorizados y de la fecha de inicio de pago para la erogación de los recursos, así como otorgar asesoría para el cumplimiento de los requerimientos operativos del Programa y con miras a la emisión del dictamen correspondiente por el Comité Nacional.

3.4. La Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico es responsable del manejo del sistema de registro y control de los participantes y la generación de los listados nominales de beneficiarios del Programa por entidad y dependencia.

3.5. La Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable validar los resultados del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud en la Secretaría de Salud.

3.6. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de solicitar el trámite ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de autorización para el ejercicio del pago de los recursos para el pago al personal de la Secretaría de Salud.

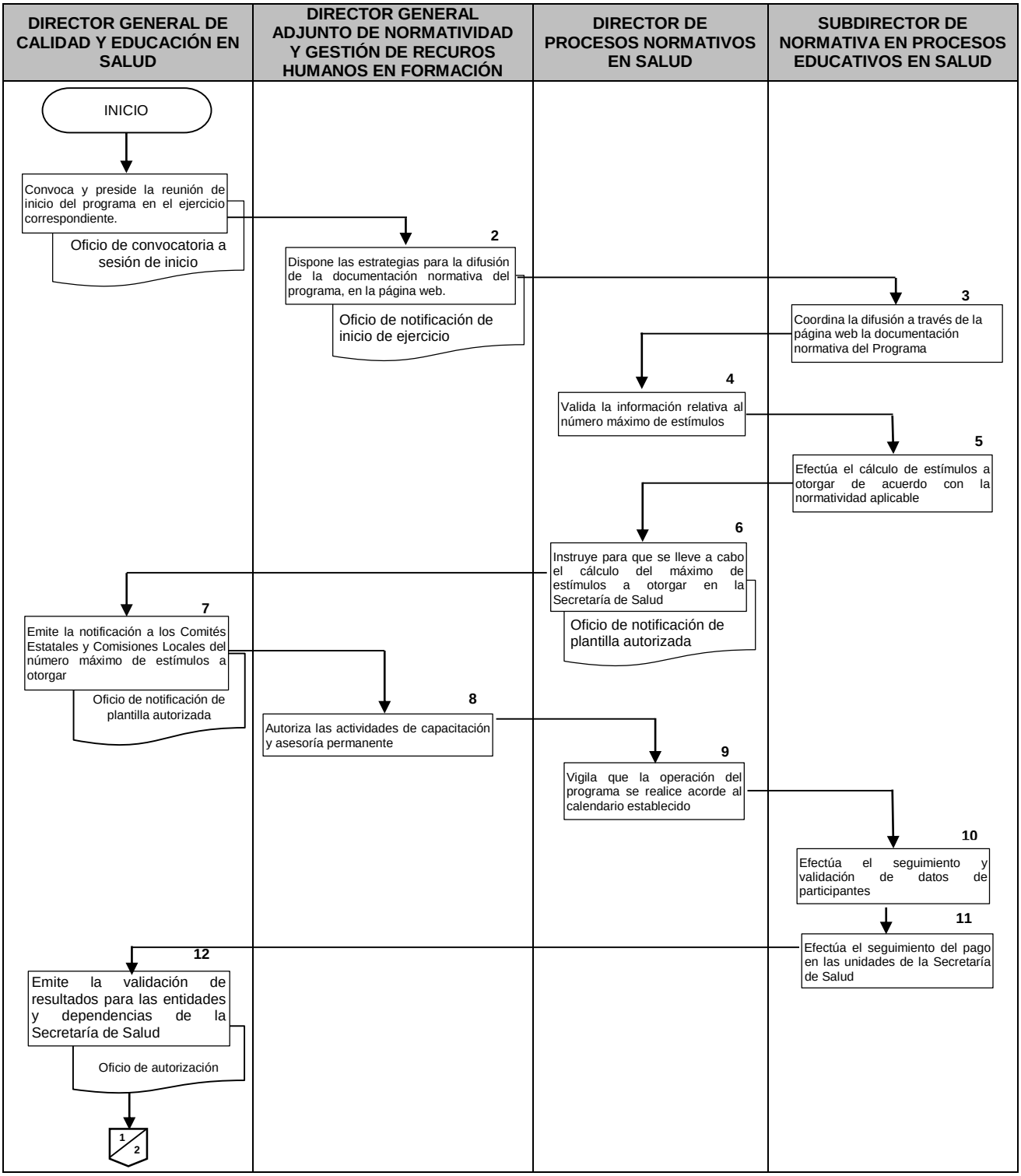
3.7. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de revisar y validar los resultados de las Dependencias participantes para difundir los resultados globales del Programa, así como de realizar la gestiones para que se lleven a cabo Auditorías de Resultado.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

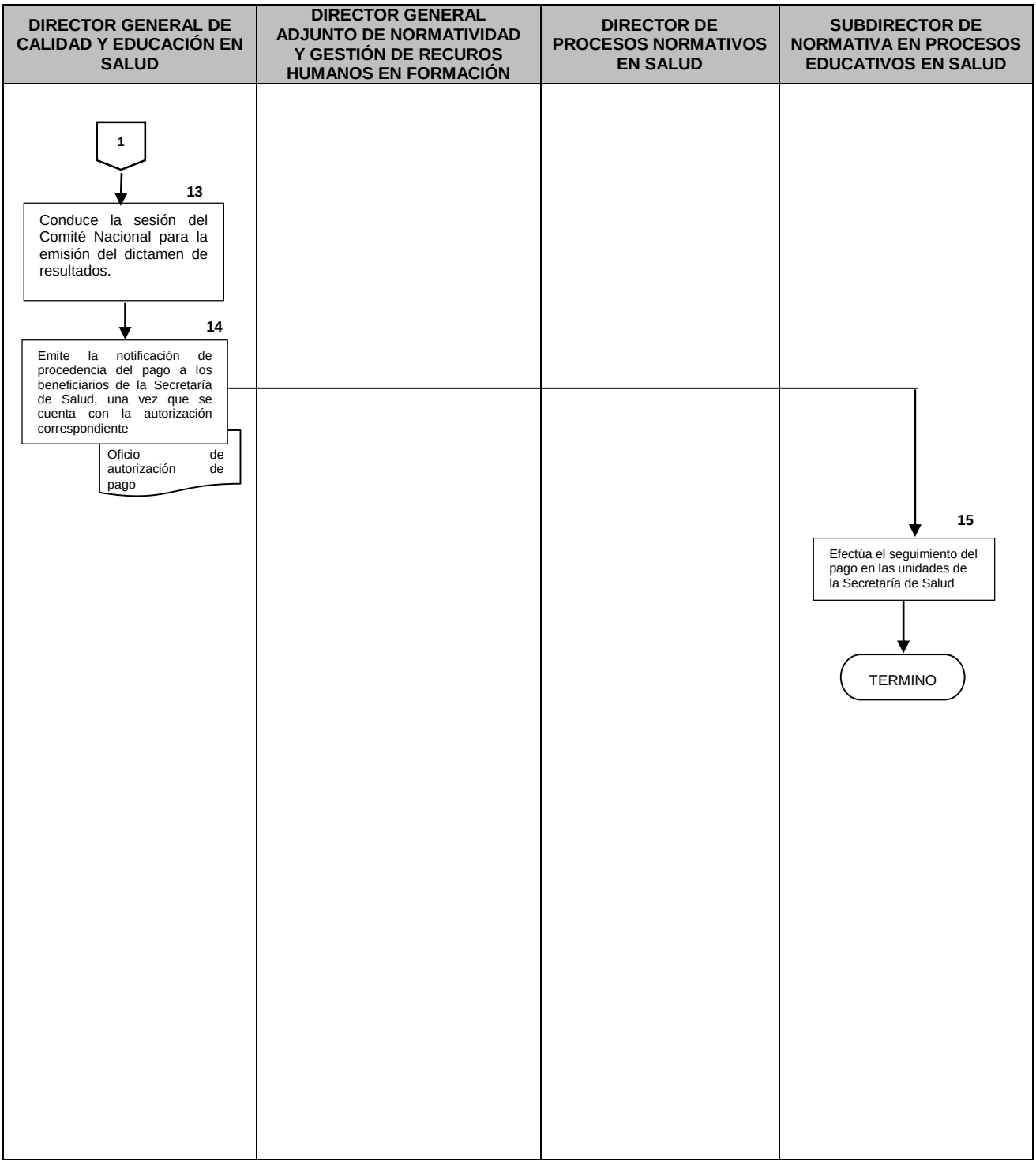
Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Convoca y preside la reunión de inicio del programa en el ejercicio correspondiente.	Oficio de convocatoria a sesión de inicio
	2	Dispone las estrategias para la difusión de la documentación normativa del programa en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Oficio de notificación de inicio de ejercicio
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	3	Coordina la difusión a través de la página web la documentación normativa del Programa	
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Instruye para que se lleve a cabo el cálculo del máximo de estímulos a otorgar las Unidades Descentralizadas, Desconcentradas y Paraestatales de la Secretaría de Salud	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	5	Efectúa el cálculo de estímulos a otorgar de acuerdo con la normatividad aplicable	
Director de Procesos Normativos en Salud	6	Valida la información relativa al número máximo de estímulos.	
	7	Emite la notificación a los Comités Estatales y Comisiones Locales del número máximo de estímulos a otorgar.	Oficio de notificación de plantilla autorizada
	8	Autoriza las actividades de capacitación y asesoría permanente a Comités Estatales y Comisiones Locales de Unidades Descentralizadas, Desconcentradas y miembros del Comité Nacional.	
	9	Vigila que la operación del programa se realice acorde al calendario establecido.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	10	Efectúa el seguimiento y validación de datos de participantes, en coordinación con la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico	
	11	Integra los resultados del proceso de evaluación de la Secretaría de Salud.	
Director General de Calidad y Educación en Salud	12	Emite la validación de resultados para las entidades y dependencias de la Secretaría de Salud	Oficio validación de resultados

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	13	Conduce la sesión del Comité Nacional para la emisión del dictamen de resultados.	
	14	Emite la notificación de procedencia del pago a los beneficiarios de la Secretaría de Salud, una vez que se cuenta con la autorización correspondiente	Oficio de autorización de pago
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	15	Efectúa el seguimiento del pago en las unidades de la Secretaría de Salud **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Reglamento para la Operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud	N/A
6.2. Catálogo Institucional de Puestos	N/A
6.3. Tabulador de sueldos	N/A
6.4. Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del personal de Salud	N/A
6.5. Reglamento Interno de la Secretaría de Salud.	N/A
6.6. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.7. Guía Técnica para la Elaboración del Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acta de Instalación del Comité Nacional	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.2 Minutas de las Sesiones	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.3 Oficio de notificación de instalación del Comité Nacional	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.4 Convocatoria	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.5 Actas de Instalación de Comités Estatales y Comisiones Locales de las Unidades Descentralizadas y Desconcentradas.	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.6 Actas Finales de Comités Estatales y Comisiones Locales de las Unidades Descentralizadas y Desconcentradas.	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.7 Concentrado de Beneficiarios	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
7.8 Oficio de Dictamen favorable	6 años	Secretario Técnico del Comité Nacional	N/A
8 Publicación de Concentrado numérico	6 años	Secretario Técnico del Comité	N/A

		Nacional	

8. GLOSARIODEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Actas Finales.** Documento en que consta la toma de decisiones finales respecto al número de estímulos que se otorgarán en cada entidad federativa y/o Institución participante.

8.2. **Asesoría Permanente.** Atender las consultas de las Entidades, Dependencias, Comités Estatales y Comisiones Locales durante todo el proceso.

8.3. **Asesoría, Supervisión y Evaluación.** Actividades dirigidas a orientar, definir y determinar las acciones necesarias para el apego de la operación del programa a la normativa vigente.

8.4. **Auditoría de Resultados.** Revisión e informe dado por las instancias correspondientes de los resultados del programa.

8.5. **Concentrado de beneficiarios.** Base de datos que contiene la información administrativa de los beneficiarios del programa.

8.6. **Convocatoria.** Documento público en que se invita participar en el Programa de Estímulos.

8.7. **Cronograma.** Programación desglosada de las actividades a realizar con el objeto de establecer su orden, fecha y secuencia para ejecución del programa de acuerdo con la normativa vigente.

8.8. **Dependencias y Entidades.** Instituciones prestadoras de servicios de salud descritas en la Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

8.9. **Difundir el Programa.** Dar a conocer los lineamientos para la ejecución del programa.

8.10. **Difusión de Resultados globales.** Dar a conocer a través de un medio de comunicación los resultados del proceso, indicando el número de las personas beneficiarias del programa por institución.

8.11. **Emisión de Dictamen.** Otorgar el documento que hace constar los resultados obtenidos por Entidad y Dependencia, y el recurso económico necesario para cubrir el monto correspondiente.

8.12. **Emitir y Difundir Convocatoria.** Dar a conocer y hacer llegar la convocatoria a las Instituciones Participantes y al público en general.

8.13. **Instalación del Comité.** Establecer el grupo de personas que en representación de sus Entidades y Dependencias llevarán a cabo las gestiones que les corresponden dentro del programa.

8.14. **Liberación de Recursos.** Autorización y aplicación del presupuesto asignado para el pago a los beneficiarios del programa.

8.15. **Lineamientos generales.** Directriz de las actividades a desarrollar para la operación del programa.

8.16. **Minuta de la Sesión.** Relatoría escrita de los asuntos acuerdos y compromisos de una reunión de trabajo.

8.17. **Modificar lineamientos.** Cambiar o reformar los documentos de orientación o directriz, sin afectar su esencia.

8.18. **Oficio de dictamen.** Documento oficial en el que se hace constar que lo que se está solicitando corresponde a lo requerido para el programa.

8.19. **Operación del Programa.** Ejecución de actividades descritas en la normativa.

8.20. **Página Web.** Sitio en la Internet en que se puede obtener información relativa al programa.

8.21. **Presidente.** Quien preside el Comité Nacional de Estímulos o los Comités Estatales y Comisiones Locales.

8.22. **Reglamento.** Conjunto de lineamientos que regulan el funcionamiento de un servicio y dirigen su ejecución.

8.23. **Representantes titulares.** Personas que en nombre de una Entidad o Dependencia son responsables de gestionar asuntos relacionados con la Operación del Programa**.**

8.24. **Secretarios Técnicos.** Persona designada para apoyar al Presidente del Comité o Comisión Local correspondiente para la Operación del Programa.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de convocatoria a sesión de inicio
10.2 Oficio de notificación de inicio de ejercicio
10.3 Oficio de notificación de plantilla autorizada
10.4 Oficio validación de resultados
10.5 Oficio de autorización de pago

10.1 Oficio de convocatoria a sesión de inicio

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

DGCES-DG- 00719 -2016

Ciudad de México, a 22 de febrero de 2016

DR. SAMUEL FUENTES REYNA
SUBDIRECTOR DE REGULACIÓN Y
ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ISSSTE
PRESENTE

Con el objeto de dar inicio a las actividades correspondientes al Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, me es grato invitarle a la Primera Reunión Ordinaria 2016 del Comité Nacional, que se llevará a cabo el día 29 de febrero a las 10:00 horas en la Sala de Juntas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ubicada en Homero 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Adjunto al presente el Orden del Día y la carpeta de trabajo correspondiente.

Me permito señalar que en esta reunión, las instituciones participantes deberán hacer entrega de un oficio mediante el que ratifiquen su participación en el ejercicio 2016, para lo cual debe confirmar con el área administrativa que cuentan con los recursos presupuestales para tal efecto.

Le estimaré se sirva confirmar su asistencia o los datos de su representante a los teléfonos (0155) 2000 3435 o 2000 3507 o al correo electrónico prog.estimulos@salud.gob.mx a más tardar el día 25 del presente.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO
TÉCNICO DEL COMITÉ NACIONAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier. Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.-Presente.

SECCIÓN Y SIRE 1818
LMG/CTB/JAG

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México, D.F.,
Tel.: (55) 2000 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Oficio de notificación de inicio de ejercicio

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

DGCES- DG- 00883 -2016

Ciudad de México, a 29 de febrero de 2016

DR. ANTONIO LUEVANOS VELÁZQUEZ
DIRECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ ESTATAL
DE ESTÍMULOS EN JALISCO
PRESENTE

Me permito hacer de su conocimiento que el día de hoy se llevó a cabo la Primera Reunión Ordinaria del Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud del 2016, en la que se estableció el acuerdo de dar inicio al ejercicio de este año.

Por lo anterior, a partir del día 1° de marzo estará disponible en la página web http://dgces.salud.gob.mx/incentivos, la convocatoria y demás documentos normativos con los que se evaluará el periodo del 1 de enero al 15 de diciembre de 2016.

Por lo anterior, en su calidad de Secretario Técnico del Comité Estatal, le solicito sea tan amble de dar inicio a las actividades correspondientes y se otorgue a los participantes la información suficiente y oportuna sobre cada una de las etapas del proceso.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y
SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.-Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.-Presente.
Dr. Jaime Agustín González Álvarez.- Secretario de Salud en Jalisco y Presidente del Comité Estatal de Estímulos a la Calidad del Desempeño al Personal de Salud.-Presente

SECCIÓN Y SERIE: IS.15
ENGO/PMR/JAG

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México, D.F.,
Tel.: (55) 2000 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.3 Oficio de notificación de plantilla autorizada

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DGCES- DG- 02684 -2016

Ciudad de México a 17 de agosto de 2016

DR. ANTONIO LUÉVANOS VELÁZQUEZ
DIRECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ ESTATAL
DE ESTÍMULOS EN JALISCO
PRESENTE

Con el objeto de que cuente con la información necesaria para la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, me permito enviar la plantilla autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para las disciplinas participantes y el número máximo de estímulos por categoría a otorgar en los Servicios Estatales de Salud de esa entidad, en apego a lo establecido en la norma que rige la operación del mismo.

Disciplina	Plantilla	Máximo de estímulos a otorgar por categoría				Máximo de Estímulos Autorizados
		A	B	C	D	
Medicina	1349	40	67	94	121	322
Enfermería	2508	75	125	175	225	600
Odontología	120	3	6	8	10	27
Química	187	5	9	13	16	43
Trabajo Social	150	4	7	10	13	34
Otras Disciplinas	127	3	6	8	11	28

De acuerdo con el Reglamento de Operación del Programa, el otorgamiento de la categoría de Excelencia debe ser validado por este Secretariado Técnico del Comité Nacional, por lo que en este desglose está contemplada en los estímulos de categoría A, los expedientes físicos de los candidatos a obtenerlo, revisados y validados sólo cuando se reciban antes de la fecha límite para la entrega de resultados.

Conforme al calendario de actividades que se encuentra publicado en la página web del Programa, antes del **26 de septiembre** debe remitir escaneada al correo prog.estimulos@salud.gob.mx, la carpeta ejecutiva con firmas completas y todas las calificaciones deben estar en el Sistema de Captura en Línea, a fin de realizar la validación correspondiente. Lo anterior a efecto de entregar oportunamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la información que nos solicita, **no habrá prórroga en la fecha de recepción de documentos**.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO TÉCNICO
DEL COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma. Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Presente.
Dr. Antonio Cruces Mada. Secretario de Salud en Jalisco y Presidente del Comité Estatal de Estímulos a la Calidad del Desempeño.- Presente.

SALUD OFICIALÍA DE PARTES
23 AGO. 2016
RECIBIDO

10.4 Oficio validación de resultados

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

DGCES-DG- 13080 -2016

Ciudad de México a 3 de octubre de 2016

DR. JUAN DIEGO URIBE ESCAMILLA
DIRECTOR DE PROESIONALIZACIÓN EN SALUD
Y CALIDAD EN EL SERVICIO DE LA SECRETARÍA
DE SALUD DE HIDALGO
PRESENTE

Conforme a lo señalado en el Reglamento para la Operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, en su artículo 4.1.6 inciso n, el personal de este Secretariado Técnico ha realizado la revisión de las listas nominales finales del personal que ha reunido los requisitos para ser acreedor del estímulo en esa entidad y con base en la documentación recibida, continúa en evaluación por disciplina el siguiente número de trabajadores:

Disciplina	Máximo de Estímulos Autorizados	Estímulos a otorgar por categoría					Total	% de Cobertura
		A	B	C	D	E		
Medicina	187	9	7	14	14	0	44	23.52
Enfermería	402	26	24	30	22	0	102	25.37
Odontología	19	0	3	3	3	0	9	47.36
Química	37	4	8	7	0	0	19	51.35
Trabajo Social	24	3	2	1	0	0	6	25.00
Otras Disciplinas	24	1	1	1	0	0	3	12.50

En caso de que el personal que continúa en el proceso incurra en alguna de las causas de baja contempladas en el apartado 3.4.4.11 del Reglamento para la Operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud 2016, deberá capturar en su expediente electrónico el motivo de ello para conocimiento del participante.

Es importante notificar al área administrativa de esa institución el monto presupuestal que se requiere para realizar el pago correspondiente, a fin de que verifique la disponibilidad del mismo, debiendo reiterarle sólo podrá realizarse hasta finalizar el periodo de evaluación y que le sea notificado por esta Unidad Administrativa que se cuenta con la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para ello.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO
TÉCNICO DEL COMITÉ NACIONAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud. -Presente.

DGCES 7765
Sección y Serie 15.15
LACO/HMR/JAG

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México
Tel.: (55) 2000 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.5 Oficio de autorización de pago

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

DGCES- DG-DGANGRHF-DPNS- 0957-2016

Ciudad de México, a 26 NOV 2016

DR. ANTONIO LUÉVANOS VELÁZQUEZ
DIRECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ ESTATAL
DE ESTÍMULOS EN JALISCO
P R E S E N T E

Me permito anexar al presente copia del oficio mediante el cual la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha emitido la autorización para realizar el pago del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud 2016, por lo anterior me permito solicitarle notifique al área administrativa que a partir de la fecha podrá hacer entrega de los estímulos económicos al personal beneficiario de ese Programa, atendiendo a lo señalado en el numeral 5.2 de la Norma que lo rige.

No omito señalar que en caso de haber procedido la baja de alguno de los participantes, deberá notificarlo oportunamente para que no se efectúe el pago, a fin de evitar requerir posteriormente el reembolso del mismo.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
LA DIRECTORA DE PROCESOS
NORMATIVOS EN SALUD

LIC. TERESA MONROY RAMÍREZ

C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó. Director General de Calidad y Educación en Salud y Secretario Técnico del Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño.-Presente.
Dr. Antonio Cruces Mada. Secretario de Salud en Jalisco y Presidente del Comité Estatal de Estímulos a la Calidad del Desempeño.- Presente

JMG

59. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER CRITERIOS INSTITUCIONALES Y ESTABLECER MÍNIMOS DE NORMATIVIDAD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL

1. PROPÓSITO

1.1 Proponer criterios institucionales para uniformar los requisitos mínimos de normatividad, que sirvan de base para la emisión de Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios para todas las instituciones de salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene como alcance la facultad de elaborar y proponer Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social y demás actos administrativos de carácter general.

La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación tiene como alcance es analizar las solicitudes enviadas por las Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado.

La Dirección de Procesos Normativos en Salud tiene como alcance emitir opinión para la atención de la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.

La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, tiene como alcance analizar las solicitudes recibidas, dictaminar su procedencia.

2.2 A nivel externo:

Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado. Es aplicable a las instancias facultadas para la autorización de los proyectos de Norma Oficial Mexicana y la Manifestación de Impacto Regulatorio; las unidades administrativas y órganos desconcentrados u organismos descentralizados de la Secretaría de Salud, envían sus manuales de procedimientos conforme a la normatividad aplicable, la Subsecretaría de Administración y Finanzas los dictamina, la Secretaría de Salud los autoriza y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto opina sobre los de las entidades agrupadas administrativamente al sector, cuando éstas se lo soliciten.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de elaborar y proponer Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social y demás actos administrativos de carácter general, en términos

de las disposiciones aplicables a que deberán sujetarse los establecimientos que prestan dichos servicios y el personal profesional, técnico y auxiliar del área de la salud, a efecto de que desarrollen sus actividades, conforme lo determine la normatividad que emita la Secretaría de Salud.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación es responsable de analizar y formalizar las solicitudes enviadas por las Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable de clasificar y emite opinión para la atención de la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.

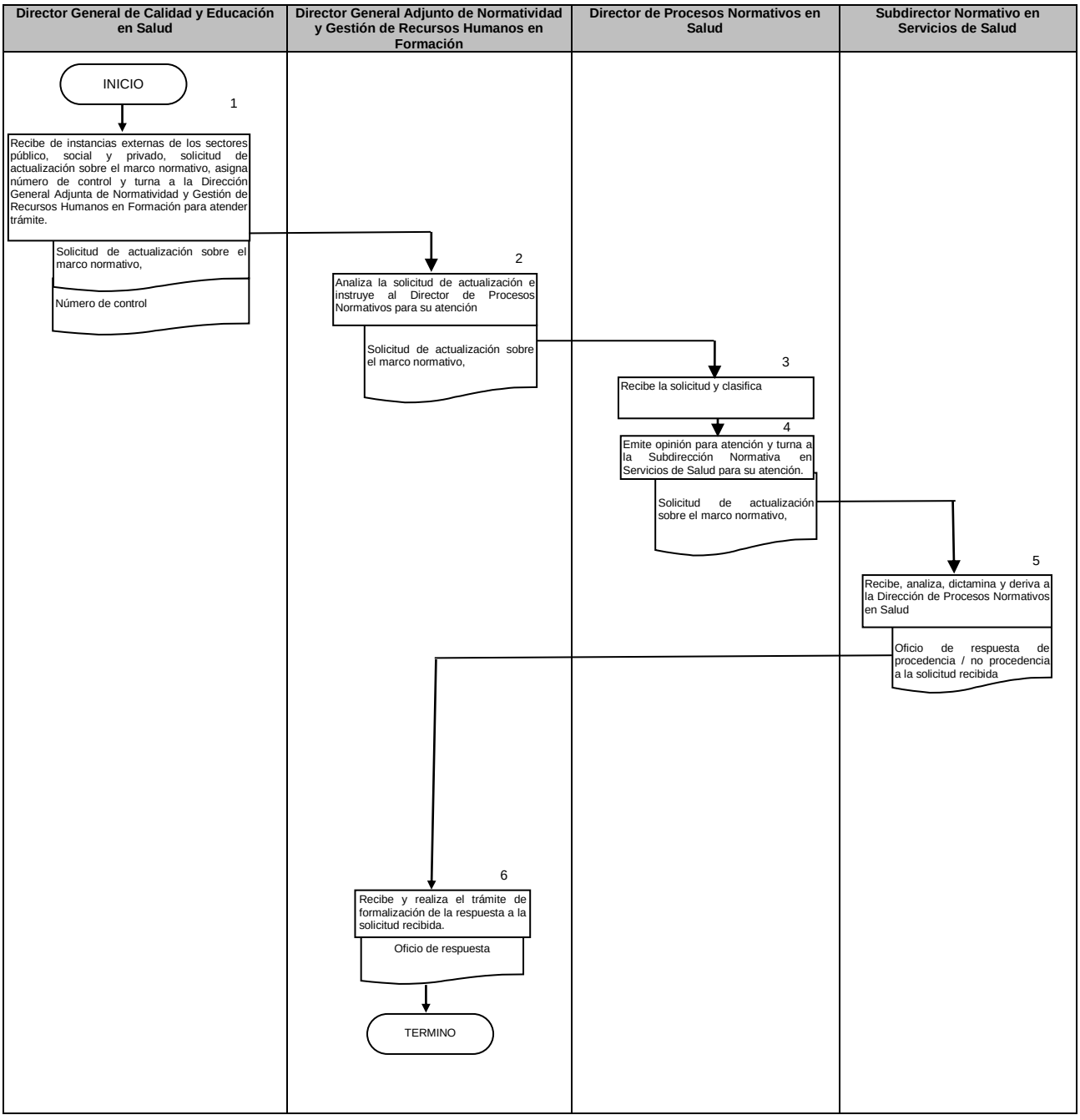
3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de realizar el análisis de las solicitudes recibidas, dictaminar su procedencia.

3.6 Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación. Recibe y realiza el trámite de formalización de la respuesta a la solicitud recibida.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe de instancias externas de los sectores público, social y privado, solicitud de actualización sobre el marco normativo, asigna número de control y turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para atender trámite.	Solicitud de actualización sobre el marco normativo, Número de control
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	2	Analiza la solicitud e instruye a la Dirección de Procesos Normativos en Salud su atención.	Solicitud de actualización sobre el marco normativo,
Director de Procesos Normativos en Salud	3 4	Recibe la solicitud y clasifica Emite opinión para atención y turna a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.	Solicitud de actualización sobre el marco normativo,
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	5	Recibe, analiza, dictamina y deriva a la Dirección de Procesos Normativos en Salud Realiza el análisis de la solicitud	Oficio de respuesta de procedencia / no procedencia a la solicitud recibida
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	6	Recibe y realiza el trámite de formalización de la respuesta a la solicitud recibida. **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	Oficio de respuesta

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios de Solicitud	2 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2. Lineamiento	2 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 Oficio con Respuesta	2 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Servicios de Asistencia Social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de actualización sobre el marco normativo y número de control
10.2 Oficio de respuesta de procedencia/no procedencia a la solicitud recibida

10.1 Solicitud de actualización sobre el marco normativo y número de control

59

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
23 ENE 2017
RECIBIO: Dr. Serrano
HORA: 19:55

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

DG-459

OFICIO No. CGJC/3/OR/49/2017

Ciudad de México, a 19 de enero de 2017.

DR. SEBASTIAN GARCÍA SAISÓ.
Director General de Calidad de Educación en la Salud de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud.
Homero No. 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales,
Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570,
Ciudad de México.

DGES
DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACION
☆ 23 ENE 2017 ☆
RECIBIO: A. Avila
HORA: 18:05 hrs

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
23 ENE 2017
RECIBIO:
HORA: 13:40

Con fundamento en los artículos 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 Bis de la Ley General de Salud; 2, inciso C, fracción X del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 3 y 18, fracciones II y XVI del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; y artículo Quincuagésimo Sexto, fracciones III y V del "Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los Órganos Administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2010; en atención a su oficio número DGES-DA-3012-2016, mediante el cual solicita la revisión y validación de esta Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS o Comisión Federal), de los *"Lineamientos que contienen el Procedimiento y los Criterios a los que deberán sujetarse los Licenciados en Enfermería, así como los Pasantes en Servicio Social de las Carreras referidas en los numerales 1 a 5 del artículo 28 bis, de la Ley General de Salud para la prescripción de medicamentos"*, le comento:

De conformidad con lo establecido en el artículo 17 Bis de la Ley General de Salud, esta Comisión Federal ejerce las atribuciones de regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios en materia de establecimientos de salud, medicamentos y otros insumos para la salud, disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, productos biotecnológicos, materias y aditivos que intervengan en la elaboración de dichos productos.

En este tenor y, derivado del estudio a los Lineamientos de mérito, se advierte que, los artículos 28 Bis de la Ley General de Salud y 28 del Reglamento de Insumos para la Salud establecen que, los únicos profesionales de la salud que pueden prescribir medicamentos son los médicos, homeópatas, cirujanos dentistas, médicos veterinarios (en su área de competencia) y, los *licenciados en enfermería, quienes únicamente pueden prescribir aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud (SSA), cuando no se cuente con los servicios de un médico*. Asimismo, para tales actividades, dichos profesionales deberán contar cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes y, para el caso de *los enfermeros y pasantes en servicio social*, de cualquiera de dichas carreras, podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la misma dependencia

Por lo que hace, a lo establecido en la fracción II del Artículo II de los Lineamientos de mérito, respecto a lo que debe entenderse por "Pasante", de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud y Reglamento de Insumos para la Salud, se considera que el término correcto debe ser "Pasante en Servicio Social". Asimismo, en concordancia a lo anterior, con referencia a lo propuesto en el Artículo Tercero, se sugiere que se especifique en dicho artículo y en todo el cuerpo de los Lineamientos como: "Pasantes en Servicio Social de la Carrera de Medicina", "Pasantes en Servicio Social de la Carrera de Homeopatía", "Pasantes en Servicio Social de la Carrera de Cirujano Dentista", "Pasantes en Servicio Social de la Carrera de Medicina Veterinaria" y, "Pasantes en Servicio Social de la Carrera de Licenciatura en Enfermería".

Con relación a lo propuesto en el Artículo Quinto y Octavo, con fundamento en lo establecido en los artículos 226 de la Ley General de Salud y 50 del Reglamento de Insumos para la Salud y, derivado del riesgo sanitario que conlleva la prescripción

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

de medicamentos, así como de la vigilancia y control sanitario que debe llevar a cabo esta Comisión Feder profesionales de la salud, respecto de los medicamentos controlados, estupefacientes y psicotrópicos, se considera pasantes en servicio social de las carreras de medicina, homeopatía, cirujano dentista y medicina veterinaria, deben p únicamente los medicamentos referidos en las fracciones IV, V y VI del artículo 226, a fin de que los únicos profesiona salud que puedan prescribir medicamentos fracciones I, II y III de dicho precepto sean los médicos, homeópatas, c dentistas y médicos veterinarios, siempre y cuando tengan cédula profesional expedida por las autoridades ed competentes.

Asimismo, esta COFEPRIS considera importante hacer una revisión de los medicamentos que se propone establec Artículo Octavo, a fin de verificar que los mismos no se encuentren clasificados en fracción I, II o III del artículo 226 d General de Salud y que si estén contenidos en el Cuadro Básico determinado por la Secretaría de Salud, ya conformidad con lo establecido en el artículo 28 Bis de la Ley General de Salud y artículos 28 y 32 del Reglamento de para la Salud, los licenciados en enfermería, únicamente pueden prescribir cuando no se cuente con los servicio médico y solo aquellos medicamentos que se encuentren contenidos en el Cuadro Básico de mérito. Aunado a lo ant menester señalar que de conformidad con el artículo 29 de la Ley General de Salud, el Cuadro Básico de Insumos de Salud, es el único instrumento mediante el cual la Secretaría de Salud determina la lista de medicamentos y otros esenciales para la salud, a fin de garantizar su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requ coordinación con las autoridades competentes.

Por lo que hace a lo propuesto en el último Artículo, que se propone sea denominado Décimo, es menester t consideración que las recetas deben prescribirse de conformidad con lo establecido en los artículos 28 a 32 del Reglam Insumos para la Salud, así como a lo establecido en la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, cabe hacer mención que, en apego a lo establecido por el artículo 4 d Federal de Procedimiento Administrativo, todos aquellos actos administrativos de carácter general, tales como regla decretos, acuerdos, normas oficiales mexicanas, circulares y formatos, así como los **lineamientos**, criterios, metod instructivos, directivas, reglas, manuales, disposiciones que tengan por objeto establecer obligaciones específicas cu existan condiciones de competencia y cualesquiera de naturaleza análoga a los actos anteriores, que expi dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, deberán publicarse en el Diario C la Federación para que produzcan efectos jurídicos.

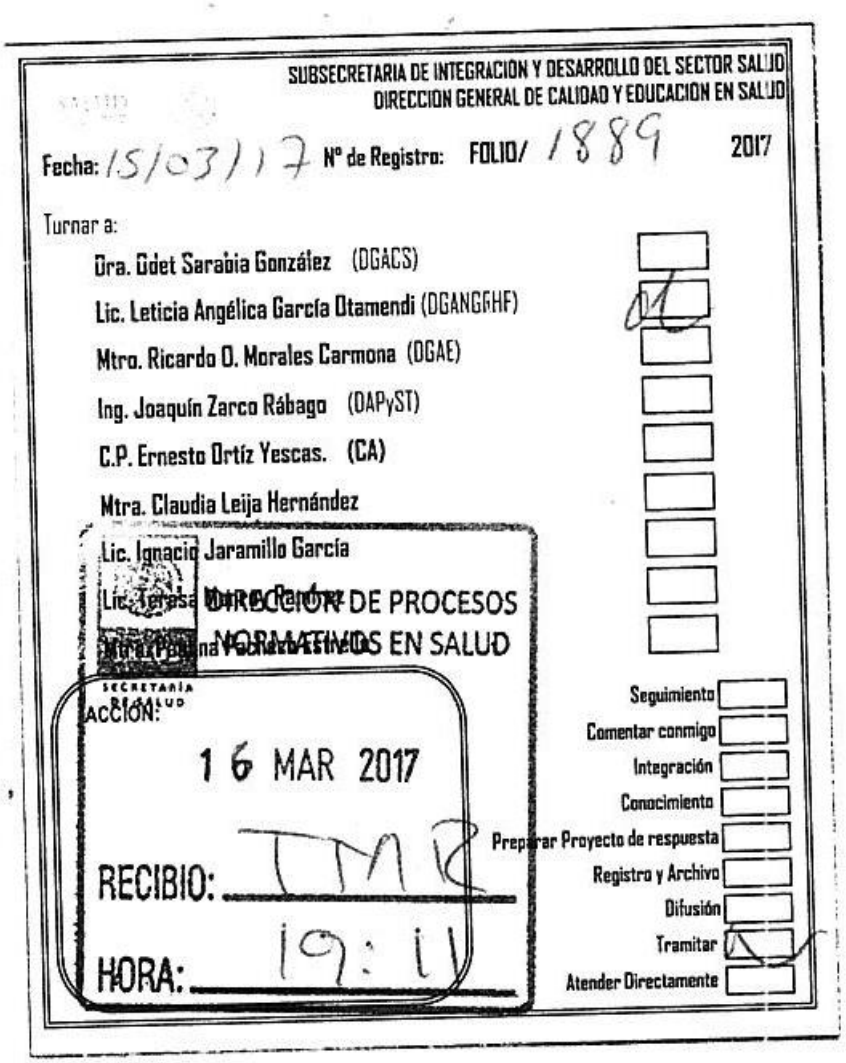
La presente opinión se emite desde el ámbito jurídico, sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a otras uni instancias competentes en los aspectos de índole administrativa, operativa, presupuestaria, técnica, financiera y, der correspondan según su ámbito de facultades, en términos de lo dispuesto en los ordenamientos aplicables.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
SUBDIRECTORA EJECUTIVA DE LEGISLACIÓN Y CONSULTA

LIC. PAULINA RAMÍREZ REQUENA

PRR/PLA
Ref. 7200
Vol. OCF16003313
C.c.p.- Fernando Gutiérrez Domínguez, Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos. Para conocimiento.
Carlos Jesús Yadir Lizardi Álvarez.-Coordinador General Jurídico y Consultivo.- Mismo fin.
Anuar Sesil Sucar Díaz Ceballos.- Secretario Técnico. Mismo fin.



SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Fecha: 15/03/17 Nº de Registro: FOLIO/ 1889 2017

Turnar a:

Dra. Gdet Sarabia González (DGACS)
Lic. Leticia Angélica García Otamendi (DGANGFHF)
Mtro. Ricardo O. Morales Carmona (DGAE)
Ing. Joaquín Zarco Rábago (DAPySTI)
C.P. Ernesto Ortíz Yescas. (CA)
Mtra. Claudia Leija Hernández
Lic. Ignacio Jaramillo García
Lic. Teresa [illegible]
Mtra. [illegible]

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

ACCIÓN:

16 MAR 2017

RECIBIO: TMR

HORA: 19:11

Seguimiento
Comentar conmigo
Integración
Conocimiento
Preparar Proyecto de respuesta
Registro y Archivo
Difusión
Tramitar
Atender Directamente

COLEGIO DE OPTOMETRISTAS DE OAXACA, A.C. 67

" La optometria al servicio de la salud visual"

Oaxaca de Juárez, Oax., 21 de noviembre de 2012.

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Lieja No. 7 PB Col. Juárez
Delegación Cuauhtémoc
CP 06600 México, D.F.

Acorde con la política del gobierno federal de brindar servicios de salud eficientes con calidad y calidez, en donde, la atención de la salud visual también es una prioridad como lo suscribe el programa mundial *" Visión 2020: El derecho a la visión "* iniciativa conjunta de la OMS y la Agencia Internacional para la prevención de la ceguera que tiene como meta eliminar esta discapacidad evitable en todo el mundo para el año 2020 con el fin de dar a todos el derecho a la visión; en donde México como país miembro se adhiere a ese compromiso; este Colegio de Optometristas que me honro presidir, se suma a la citada iniciática para coadyuvar en el logro de los objetivos.

Para tal propósito y conscientes de que el marco jurídico tiene serios vacíos en la regulación de la prestación de servicios optométricos a la población y no garantiza calidad a los usuarios; el pasado 22 de octubre de los corrientes, le entregamos al Lic. Antonio Grimaldo Monroy, Coordinador Jurídico y Consultivo de la COFEPRIS, *una propuesta de anteproyecto de la NOM para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría*; con la intención de que se incluya el tema para su análisis en la agenda 2013 del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e información en salud y se actualicen las NOM´S relacionadas.

Como parte de esta tarea recae en su ámbito de competencia, nos permitimos poner a su disposición una copia fotostática del citado documento y otro, producto del Foro Nacional de Legislación Sanitaria celebrado en septiembre del 2011, que puede ser útil como marco de referencia a lo que se pretende realizar.

C3/x
NO SE
TIENE
ESTOS A

Por lo expuesto, ante el problema de salud pública que representa la forma en que se oferta la salud visual en nuestro país, solicito a Ud. su amable intervención para que promueva el análisis de la mencionada propuesta toda vez que contribuiría a evitar riesgos sanitarios a la salud visual de la población.

TINOCO Y PALACIOS NO. 310, CENTRO, OAXACA, OAX. TELS. 01(951) 5144776 Y 51 4 6969

COLEGIO DE OPTOMETRISTAS DE OAXACA, A.C.

" La optometria al servicio de la salud visual"

Seguro de contar con su valioso apoyo, le expreso en forma anticipada mis agradecimientos.

ATENTAMENTE

LIC. OPT. LETICIA VEZ PANIAGUA

PRESIDENTE

TINOCO Y PALACIOS NO. 310, CENTRO, OAXACA, OAX. TELS. 01(951) 5144776 Y 51 4 6969

10.2 Oficio de respuesta de procedencia / no procedencia a la solicitud recibida

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

Secretaría de Salud
OFICIALÍA DE PARTES
24 ENE 2013
NOMBRE:
HORA: 11:30

Asunto: Opinión técnica a propuesta de creación de una Norma Oficial Mexicana para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría y la modificación de la NOM-005-SSA3-2010.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
28 ENE 2013
RECIBIO:
HORA: 12:57

México, D.F., a, 23 ENE 2013

LIC. OPT. LETICIA VEZ PANIAGUA
COLEGIO DE OPTOMETRISTAS DE OAXACA A.C.
Tinoco y Palacios no. 310
Col. Centro
68000, Oaxaca, Oax.

Me refiero al escrito entregado al Dr. Pablo Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, mediante el cual propone la creación de una Norma Oficial Mexicana para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría y la modificación de la NOM-005-SSA3-2010, ambas propuestas formuladas a través del Colegio de Optometristas de Oaxaca A.C.

Al respecto, me permito hacer de su conocimiento, que el Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3), que es la instancia responsable de emitir regulaciones en materia de prestación de servicios de atención médica, instruyó a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para integrar un grupo técnico multidisciplinario de expertos en materia de normalización, para revisar y analizar con todo detalle la viabilidad de las dos propuestas; dicho grupo formuló las siguientes consideraciones y conclusiones para cada una de las propuestas que se expresan en los siguientes términos:

CONSIDERACIONES:

Propuesta de anteproyecto de la NOM para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la Optometría (sic):

- La optometría es una actividad que forma parte de los servicios de salud, en particular de la atención médica, de conformidad con el artículo 24 fracción I de la Ley General de Salud. Por lo tanto, la optometría es un procedimiento que debe ser realizado en establecimientos de atención médica, por personal profesional que puede ser médico especialista en oftalmología o licenciado en optometría y por personal técnico en sus respectivos ámbitos de formación académica y responsabilidad profesional, de conformidad con los artículos 78 y 79 de la mencionada Ley; mismos que deberán contar con título profesional en su caso,

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

2

certificado de especialización o diploma según corresponda, legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

- Adicionalmente, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establece en su artículo 67 que en los consultorios de optometría, únicamente se podrán efectuar exámenes para medir la refracción del ojo y adaptaciones de prótesis, lentes y ayudas funcionales; actividades que desde luego, puede desarrollar el médico, el licenciado en optometría y el personal técnico, es decir, los exámenes de refracción únicamente pueden ser practicados en establecimientos de atención médica denominados genéricamente consultorios, por personal profesional o técnico del área de la salud.

- Los consultorios pueden ser fijos o móviles, estos últimos deben estar incorporados o formar parte de una unidad móvil debidamente equipada y registrada ante las autoridades sanitarias correspondientes, independientemente del sector público, social o privado al que pertenezcan. Las ópticas donde únicamente se comercializan anteojos, no son establecimientos de atención médica, por lo que no son sujetos de cumplir los requisitos de un consultorio, pero tampoco pueden funcionar como tal, ya que se trata de establecimientos mercantiles y por lo tanto, sus actividades son ajenas al ámbito de la salud. En el caso de coexistir consultorio y óptica, la parte que corresponda al consultorio deberá ser notificada por separado a la autoridad sanitaria, a través de los avisos correspondientes y cumplir con la normatividad aplicable.

- Es pertinente mencionar que para la mejor comprensión, se puede considerar que existen dos tipos de establecimiento, uno como consultorio de la especialidad de oftalmología que atiende el médico y realiza exámenes de refracción entre otras actividades y, otro como consultorio de optometría, que puede ser atendido por un licenciado en optometría o por un técnico, todos ellos personal del área de la salud.

- Todos los consultorios en los que se desarrollan actividades de atención médica, independientemente de su denominación, régimen jurídico o sector público, social o privado al que pertenezcan, deben cumplir con los requisitos que establece la Ley General de Salud, como son, presentar Aviso de Funcionamiento, Aviso de Responsable Sanitario, ser atendido por personal del área de la salud que demuestre tener documentos expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, contar con el mobiliario y equipo específico necesario para los servicios que ofrece y las actividades que lleva a cabo, así como cumplir

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

3

con las Normas Oficiales Mexicanas que correspondan y otras disposiciones jurídicas aplicables.

- Los consultorios mencionados y las actividades que se realizan por parte del personal del área de la salud en sus respectivos ámbitos de responsabilidad profesional y técnica, están reguladas por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo que brinda certidumbre jurídica al prestador de servicios y al usuario de los mismos. La vigilancia del cumplimiento de estas disposiciones en materia jurídico-sanitaria es facultad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y en su caso, de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COEPRIS) de cada Entidad Federativa.

Se actualicen las NOM'S relacionadas y, Sugerencias para la modificación de la NOM 05 SSA3 2010 (sic):

- Las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica, que emite el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3), tienen como propósito establecer los criterios y requisitos mínimos para regular la organización, funcionamiento, personal del área de la salud, infraestructura, mobiliario y equipamiento de los establecimientos de atención médica y están sustentadas en el marco jurídico-sanitario. No tienen como finalidad constituirse en manuales de organización, de funcionamiento, ni de procedimientos, ni mucho menos en un catálogo para caracterizar, tipificar o legitimar la existencia de establecimientos que no son de atención médica.

- La práctica de exámenes de refracción, es una actividad exclusiva del personal profesional y técnico del área de la salud, que académicamente ha sido formado de manera específica para proporcionar esos servicios según corresponda, en establecimientos de atención médica a pacientes y usuarios ambulatorios, por lo que su regulación está determinada por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como por las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas que resulten aplicables, cuyo cumplimiento es obligatorio, como es el caso de las normas siguientes:

  1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el DOF el 15/10/2012.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

4

2. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el DOF el 16/08/2010.

3. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Publicada en el DOF el 08/01/2013.

CONCLUSIONES:

Por lo anteriormente expresado, el grupo técnico multidisciplinario de expertos en materia de normalización, formuló las siguientes conclusiones:

- La optometría es parte de la prestación de servicios de atención médica, por lo que al contar con un marco jurídico-sanitario integrado por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que regula dichos servicios a través de disposiciones para los profesionales, que incluye médicos y licenciados en optometría, así como técnicos, no es necesario elaborar una NOM en esta materia. Por otra parte, podría ser considerada por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria como una sobrerregulación.

- La propuesta de anteproyecto de NOM para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría, objeto del presente análisis, rebasa el ámbito de la prestación de servicios de atención médica, ya que incluye diversos tipos y categorías de establecimientos, recursos humanos, conceptos y elementos operativos, así como requisitos y trámites que no corresponden a una NOM y que son ajenos a la prestación de servicios de atención médica.

- Con base en lo anterior, tampoco se considera necesario modificar las normas relacionadas. En particular la NOM-005-SSA3, establece los criterios y requisitos que debe cumplir todo consultorio de optometría, el cual únicamente puede ser atendido por un licenciado en optometría o por un técnico, ya que el médico especialista deberá cumplir con la NOM-016-SSA3-2012, en lo que aplique al consultorio de la especialidad de oftalmología.

- Todos los establecimientos que en esta materia no cumplen con los criterios y requisitos que de manera específica establecen las mencionadas normas, no son

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

5

considerados consultorios de optometría y por lo tanto están impedidos legalmente para ofertar esos servicios a la población.

Independientemente de las consideraciones y conclusiones antes expresadas, le reitero nuestra mejor disposición para mantener abiertos los canales de comunicación, que permitan recibir y escuchar las propuestas e inquietudes de los optometristas profesionales y técnicos, que contribuyan a mejorar la calidad y seguridad de los servicios dentro del ámbito de nuestras competencias y con estricto apego al marco jurídico-sanitario vigente.

Sin otro particular, aprovecho para saludarle.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL.

DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ TORRES

C.c.p. Dr. Luis Rubén Durán Fontes.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.
C.c.p. Mtro. Jorge Enríquez Hernández.- Director de Procesos Normativos en Salud.- Presente.

JEH/ASM

No. de control SIDSS: 549/2012.
Folio DGCES: 2009/2012.

60. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROPUESTAS DE DOCUMENTOS NORMATIVOS EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y ASISTENCIA SOCIAL

1. PROPÓSITO

1.1 Expedir y actualizar Normas Oficiales Mexicanas y propuestas de documentos normativos a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social, de los sectores público, social y privado, para fortalecer y mantener debidamente actualizado el marco jurídico sanitario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, mismas que están involucradas en el proceso de emisión y actualización de Normas Oficiales Mexicanas de atención médica y asistencia social. 3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la responsable de presentar los Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas al Comité Consultivo Nacional de Normalización correspondiente para su revisión, aprobación y publicación.

La Dirección de Procesos Normativos en Salud, elabora sugerencias con comentarios para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, identifica la viabilidad de las propuestas para la elaboración de documentos normativos, y de las que cumplen su vigencia; la jefatura de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud y desarrolla los proyectos de Normas Oficiales Mexicanas establecidos en el Programa Nacional de Normalización; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, recibe instrucciones de la Subdirección Normativa para el desarrollo de los proyectos de Normas Oficiales Mexicanas, establecidos en el Programa Nacional de Normalización.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento no es aplicable Instancias Externas de los Sectores Público, Social y Privado. Es aplicable a las instancias facultadas para la autorización de los proyectos de Norma Oficial Mexicana y la Manifestación de Impacto Regulatorio; las unidades administrativas y órganos desconcentrados u organismos descentralizados de la Secretaría de Salud, envían sus manuales de procedimientos conforme a la normatividad aplicable, la Subsecretaría de Administración y Finanzas los dictamina, la Secretaría de Salud los autoriza y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto opina sobre los de las entidades agrupadas administrativamente al sector, cuando éstas se lo soliciten

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud, facultada para elaborar Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la responsable de presentar los Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas al Comité Consultivo Nacional de Normalización correspondiente para su revisión, aprobación y publicación.

3.3 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es la responsable de recibir las instrucciones de normalización y elaborar sugerencias con comentarios para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas.

3.4 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es la responsable de identificar la viabilidad de las propuestas para la elaboración de documentos normativos, y es la responsable de la identificación de las Normas Oficiales Mexicanas que cumplen su vigencia.

3.5 La Jefatura de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es la responsable de desarrollar los proyectos de Normas Oficiales Mexicanas establecidos en el Programa Nacional de Normalización y sometimientos de validación.

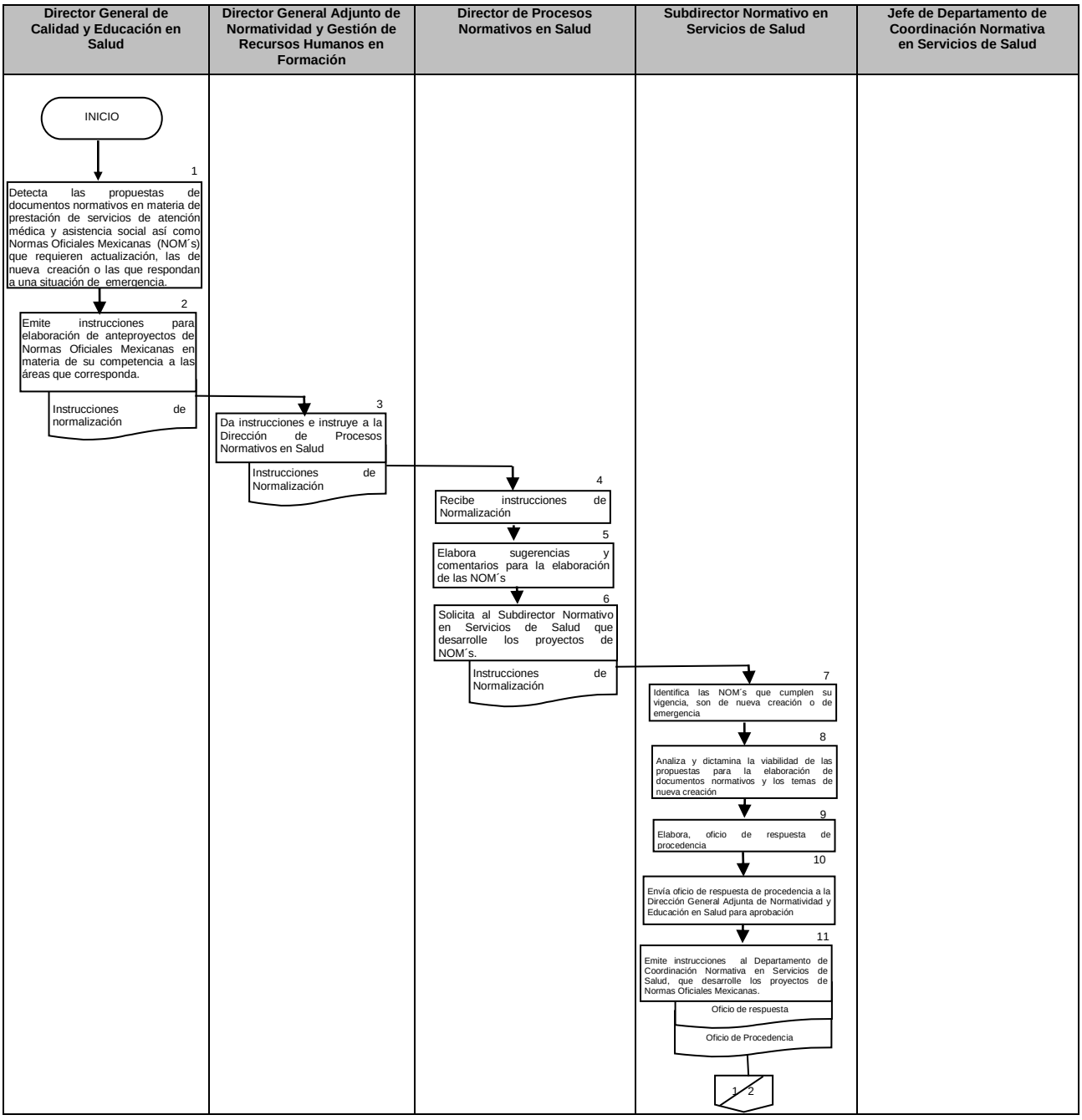
3.6 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, recibe instrucción y desarrolla los proyectos de NOM´s, establecidos en el Programa Nacional de Normalización, así como los que sometan a validación en tiempo y forma.

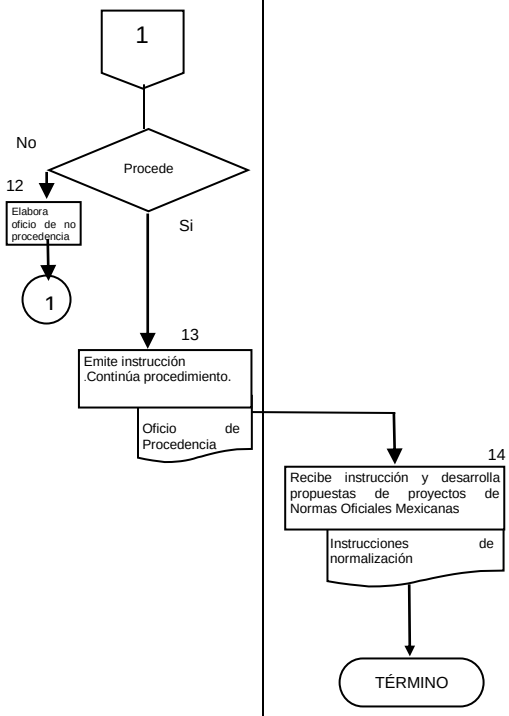
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Detecta las propuestas de documentos normativos en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social así como Normas Oficiales Mexicanas (NOM´s) que requieren actualización, las de nueva creación o las que respondan a una situación de emergencia.	
	2	Emite instrucciones para elaboración de anteproyectos de Normas Oficiales Mexicanas en materia de su competencia a las áreas que corresponda.	Instrucciones de Normalización
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	3	Da instrucciones de normalización a la Dirección de Procesos Normativos en Salud.	Instrucciones de Normalización
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Recibe instrucciones de normalización.	
	5	Elabora sugerencias con comentarios, para la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas.	Instrucciones de Normalización
	6	Solicita a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud que desarrolle los proyectos de NOM´s.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	7	Identifica las NOM´s que cumplen su vigencia, son de nueva creación o de emergencia.	
	8	Analiza y dictamina la viabilidad de las propuestas para la elaboración de documentos normativos y los temas de nueva creación.	
	9	Elabora, oficio de respuesta de procedencia de los temas de nueva creación.	Oficio de procedencia
	10	Envía oficio de respuesta de procedencia a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud para aprobación y dar trámite.	
	11	Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, para que desarrolle los proyectos de Normas	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Oficiales Mexicanas. Procede: 12 No: Elabora oficio de no procedencia. Regresa a la Actividad 1. 13 Si: Emite instrucción. Continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de la Coordinación Normativa en Servicios de Salud	14	Recibe instrucción y desarrolla propuestas de proyectos de Normas Oficiales Mexicanas . **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Instrucciones de normalización.

5.DIAGRAMA DE FLUJO



Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
				

6.DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Guía para la redacción, estructuración y presentación de Normas Oficiales Mexicanas.	NMX-Z13
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Copia de Oficio de no procedencia para elaborar NOM´s nuevas	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Norma Oficial Mexicana: instrumento jurídico-sanitario que impone obligaciones a los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores público social y privado.

8.2. Programa Nacional de Normalización: es el instrumento informativo y de planeación que enlista los temas que serán desarrollados como normas oficiales mexicanas (NOM's), normas mexicanas (NMX) y normas de referencia (NRF's) durante cada año.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Instrucciones de normalización
10.2 Oficio de respuesta

10.1Instrucciones de normalización

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2014, Año de Octavio Paz"

DGCES - DG - 02856 - 2014

México, D.F., a, 24 NOV 2014

24 NOV 2014
RECIBIDO
13:47 Sol

24 NOV 2014
RECIBIDO
13:49 Eley
Oficio Original

ACT. SANDRA ORCÍ GUTIÉRREZ
COORDINADORA DE ASESORES DE
LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN
Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD.
P R E S E N T E.

Me refiero al oficio No. SIDSS-CAS/1222/2014, de fecha 14 de noviembre del presente año, mediante el cual se solicita opinión y análisis a la petición que se formula en los siguientes términos:

> *"El C. Carlos Franzoni Molina solicita sea desarrollada una Guía de Práctica Clínica o Norma oficial Mexicana, en relación al diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad "Neuromielitis Óptica Recurrente".*

Al respecto, con base en análisis efectuado a la propuesta y en el ámbito de competencia de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, me permito hacer de su conocimiento lo siguiente:

- Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM's), en materia de atención médica, tienen su fundamento en la Ley General de Salud y en su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica. Tiene como propósito regular la organización y funcionamiento, la infraestructura, el mobiliario y equipamiento mínimo de los establecimientos, así como hacer explícitos los perfiles académicos del personal del área de la salud que está facultado para el ejercicio profesional en las distintas ramas de la medicina.

- Por tener un fundamento jurídico-sanitario, las NOM's en materia de atención médica, son de observancia obligatoria por parte de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, por lo que en su caso, su incumplimiento se sanciona.

- Las NOM's en materia de prestación de servicios de atención médica, son disposiciones jurídico-sanitarias de carácter general, que no tienen como propósito establecer criterios, procedimientos, ni actividades para el diagnóstico, manejo y tratamiento de alguna enfermedad en particular.

- El diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad denominada "Neuromielitis Óptica Recurrente", no se sustenta, ni se deriva de disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, ni en su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, por lo que no cuenta con un fundamento jurídico-sanitario que justifique y permita la elaboración de una NOM.

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Oficio de respuesta

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

2 02806 24 NOV 2014

En conclusión, derivado del análisis y con base en los argumentos anteriormente planteados, se considera que el diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad denominada "Neuromielitis Óptica Recurrente", no es materia de una NOM en el ámbito de la atención médica.

Por lo anterior, se considera conveniente consultar al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, sobre la pertinencia de que la propuesta pueda ser materia de una Guía de Práctica Clínica.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.

Folio de Delegación DGCES No. 4780.

Sección/Serie: 1S.1

EMG/ASM

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

61. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN DE GRUPOS DE EXPERTOS QUE PARTICIPEN EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN ATENCIÓN MÉDICA, ASISTENCIA SOCIAL E INFRAESTRUCTURA SANITARIA

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar a grupos de expertos que coadyuvan en la elaboración, actualización y adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios para sujetar a los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores público, social y privado.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud, la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, mismas que están involucradas en el proceso de elaboración, actualización y adecuación de Normas Oficiales Mexicanas de atención médica y asistencia social.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, convoca y consulta a expertos para la elaboración, actualización y adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, somete al pleno del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS); la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, lleva el listado de las Instituciones de Educación Superior, Colegios y Academias de los sectores público, social y privado para la integración del Grupo Técnico Interinstitucional (GTI); el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), aprueba las NOM´s; el Subdirector Normativo en Servicios de Salud, coordina la realización de reuniones de trabajo con el GTI para consensuar el documento preliminar e integrar el Anteproyecto de las NOM´s. Revisa e integra el Anteproyecto de las NOM´s derivado de las Reuniones de trabajo con el GTI.

2.2 A nivel externo:

El Procedimiento es aplicable a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales, de los sectores social y privado, que prestan servicios de atención médica y asistencia social. Formalizar solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar, actualizar y adecuar Normas Oficiales Mexicanas (NOM´s) en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, convoca y consulta a expertos de Instituciones de Educación en Salud, Colegios, Academias de los sectores público, social y

privado para la elaboración, actualización y adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios, conforme lo establecen la Ley Federal de Metrología y Normalización y la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, (COFEMER).

3.3 La Dirección General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es la responsable de someter al pleno del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS).

3.4 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es la responsable de llevar a cabo el listado de las Instituciones de Educación Superior, Colegios y Academias de los sectores público, social y privado para la integración del Grupo Técnico Interinstitucional (GTI).

3.5 El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), tiene la facultad de aprobar las NOM´s que requieren actualización, las de nueva creación o las que responden a una situación de emergencia.

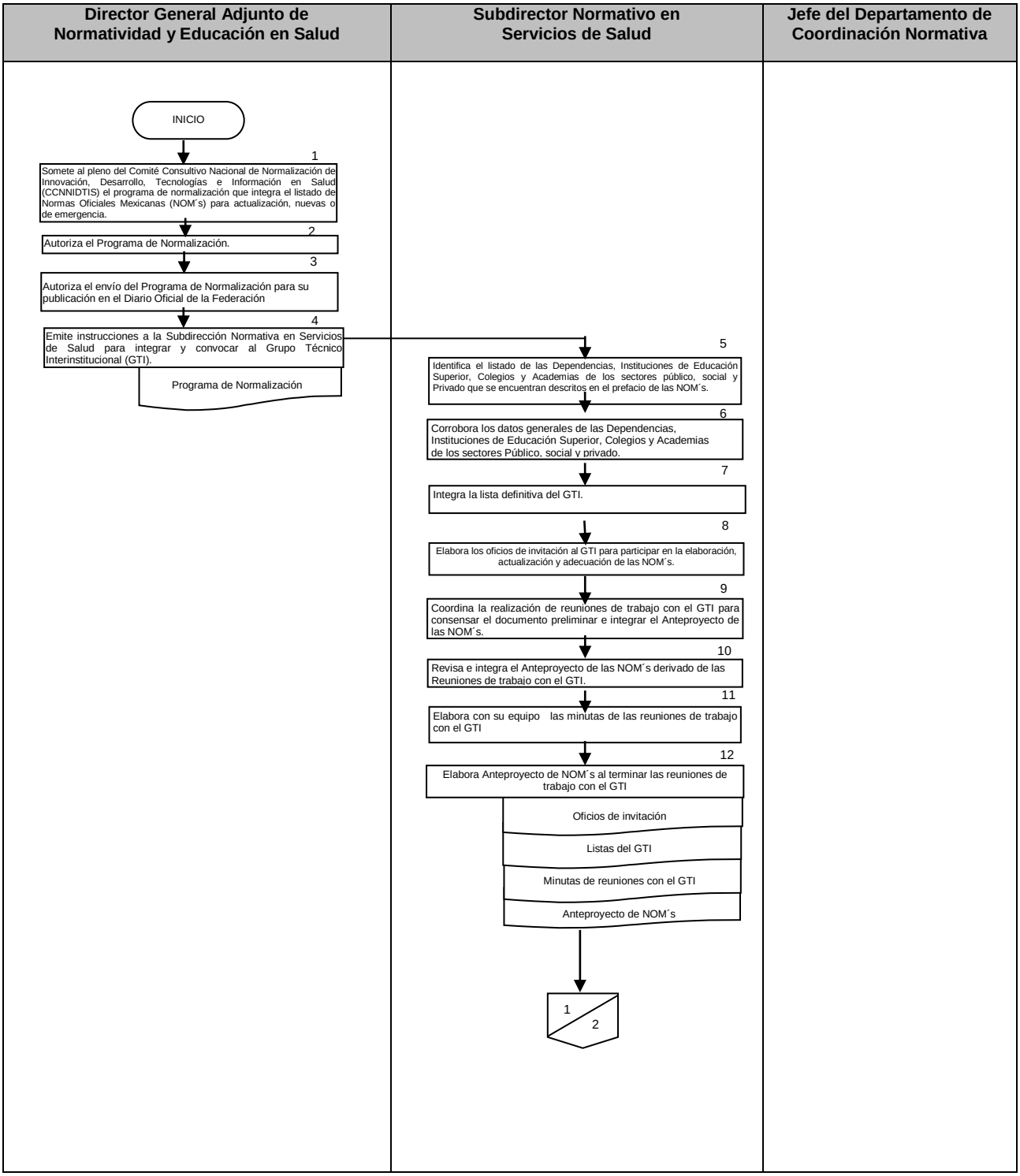
3.6 El Subdirector Normativo en Servicios de Salud: Coordina la realización de reuniones de trabajo con el GTI para consensuar el documento preliminar e integrar el Anteproyecto de las NOM´s.. Revisa e integra el Anteproyecto de las NOM´s derivado de las Reuniones de trabajo con el GTI. Elabora minutas de reuniones. Elabora Anteproyecto de NOM´s Procede: No: Determina se someta al Pleno. Regresa a la actividad 1.Si: Continúa Procedimiento.

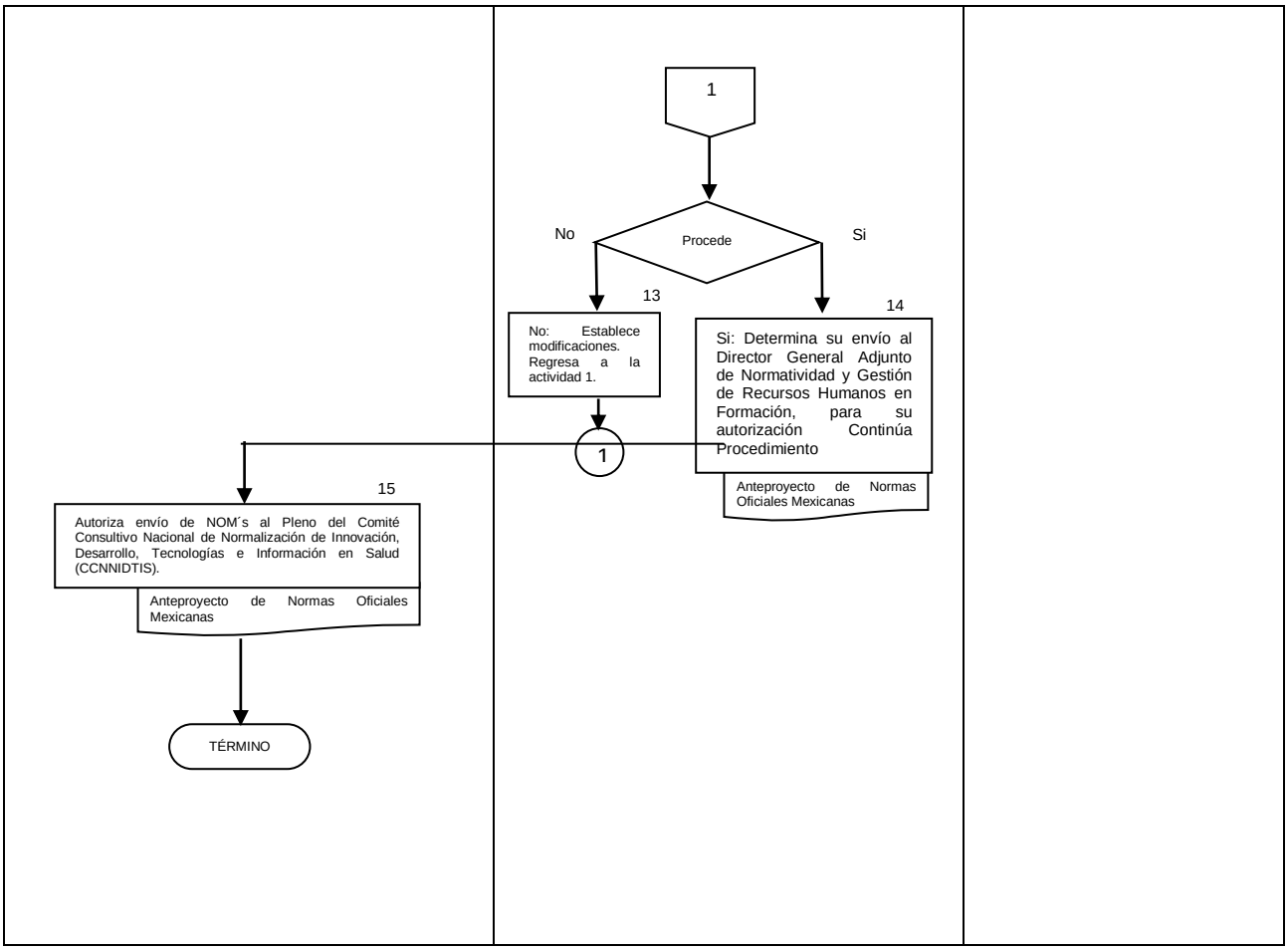
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	1	Somete al pleno del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS) el programa de normalización que integra el listado de Normas Oficiales Mexicanas (NOM´s) para actualización, nuevas o de emergencia.	
	2	Autoriza el Programa de Normalización.	Programa de Normalización
	3	Autoriza el envío del Programa de Normalización para su publicación en el Diario Oficial de la Federación.	
	4	Instruye a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para integrar y convocar al Grupo Técnico Interinstitucional (GTI).	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud Subdirector Normativo en Servicios de Salud	5	Identifica el listado de las Dependencias, Instituciones de Educación Superior, Colegios y Academias de los sectores público, social y privado que se encuentran descritos en el prefacio de las NOM´s.	
	6	Corrobora los datos generales de las Dependencias, Instituciones de Educación Superior, Colegios y Academias de los sectores Público, social y privado.	Lista del GTI
	7	Integra la lista definitiva del GTI.	Oficios de invitación
	8	Elabora los oficios de invitación al GTI para participar en la elaboración, actualización y adecuación de las NOM´s.	Minutas de reuniones con GTI.
	9	Coordina la realización de reuniones de trabajo con el GTI para consensuar el documento preliminar e integrar el Anteproyecto de las NOM´s.	Anteproyecto de las NOM´s.
	10	Revisa e integra el Anteproyecto de las NOM´s derivado de las Reuniones de trabajo con el GTI.	
	11	Elabora con su equipo las minutas de reuniones de trabajo con el GTI.	
	12	Elabora Anteproyecto de NOM´s al terminar las reuniones de trabajo con el GTI.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
		Procede:	
	13	No: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 1.	
	14	Si: Determina su envío al Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para su autorización Continúa Procedimiento.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	15	Autoriza envío de NOM´s al Pleno del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS). **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Anteproyecto de las NOM´s.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




1
Procede
No
Si
13
No: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 1.
14
Si: Determina su envío al Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para su autorización Continúa Procedimiento
Anteproyecto de Normas Oficiales Mexicanas
1
15
Autoriza envío de NOM´s al Pleno del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS).
Anteproyecto de Normas Oficiales Mexicanas
TÉRMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Guía para la redacción, estructuración y presentación de Normas Oficiales Mexicanas.	NMX-Z13
6.4 Guía del Sistema de elaboración de la Manifestación del Impacto Regulatorio y Remisión de Anteproyectos de la COFEMER, Abril, 2001.	N/A
6.5 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1.Copia de Oficios de invitación a Dependencias Gubernamentales, Instituciones de Educación en Salud, Colegios y Academias	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2.Documento preliminar de NOM	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3Listas de control de asistencia de los integrantes del GTI	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.4.Minutas de reuniones con GTI	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.5.Documento de trabajo de NOM y lineamientos	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consenso: es la consulta u opinión que se les solicita a las entidades federativas así como a las diferentes instituciones, dependencias, academias y colegios respecto de las Normas Oficiales Mexicanas y demás instrumentos normativos que requieren actualización para mantener vigente el marco normativo.

8.2 Grupo Técnico Interinstitucional: son los integrantes de las diferentes instituciones, dependencias, academias y colegios convocados a participar para elaborar, actualizar y adecuar las Normas Oficiales Mexicanas y demás instrumentos normativos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Envío del Programa de Normalización a la Comisión Nacional de Normalización
10.2 Lista de asistencia de la reunión con el Grupo de Trabajo Interinstitucional para la revisión de la NOM-008.
10.3 Oficio de convocatoria GTI-008
10.4 Anteproyecto de NOM

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD.

"2014, Año de Octavio Paz"

SIDSS-DGCES- 308 -2014

México, D.F., a 27 de noviembre de 2014

LIC. ALBERTO ULISES ESTEBAN MARINA
DIRECTOR GENERAL DE NORMAS Y
SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN
NACIONAL DE NORMALIZACIÓN
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
P R E S E N T E

Con fundamento en los artículos 56 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 7 fracción IV, 15 fracción I y 16 de las Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), en mi carácter de Presidente del mismo, le remito impreso en papel oficial con firma autógrafa y en medio magnético, el Programa de Normalización del citado Comité para 2015.

No omito mencionar que dicho Programa fue aprobado en la Primera Sesión Ordinaria del 2014 del CCNNIDTIS, celebrada el pasado 17 de octubre del presente año; y su estructura y contenido se ajusta a lo que establecen las "Bases para la integración del Programa Nacional de Normalización y su Suplemento" vigentes.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL SUBSECRETARIO Y PRESIDENTE DEL CCNNIDTIS

DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER

SE
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
DIRECCIÓN GENERAL DE NORMAS
01 DIC 2014
OFICIALÍA DE PARTES
RECIBIDO

C.c.p.- Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente.
SGS
Sección/Serie 1C.15

SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
- 1 DIC 2014
RECIBIÓ: Maxine
HORA: 13:11

SECRETARIA DE SALUD

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD

PRESIDENTE:	DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER
DOMICILIO:	LIEJA No. 07. 1er PISO. COL. JUÁREZ C.P. 06600, MEXICO. D.F.
TELÉFONO:	55 53 69 20 y 55 53 69 30
FAX:	5286 17 26
C. ELECTRÓNICO:	eduardo.gonzalezp@salud.gob.mx

I Temas a ser iniciados y desarrollados como normas

B. Temas reprogramados

B.2) Que no han sido publicados

1. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-018-SSA3-2009, Que establece los criterios para la prestación de servicios de enfermería domiciliarios u hospitalarios que se contratan y ofrecen a través de particulares.

   Objetivo y Justificación: El objetivo de esta norma es evitar riesgos a los usuarios de los servicios de enfermería a través de regular la actividad de los establecimientos que contratan y ofrecen personal de enfermería para dar atención a particulares. Regular la actividad laboral de las enfermeras contratadas por estos establecimientos.

   La justificación de esta norma es que debido a la creciente demanda de servicios de enfermería para la atención y cuidado de las personas, tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario han generado el surgimiento de un sinnúmero de establecimientos, llamados "agencias" que ofrecen servicios privados de enfermería.

   Estas agencias operan sin que medie algún tipo de regulación tanto en el sentido de quien debe coordinar, supervisar y determinar las características del trabajo que debe desempeñar este personal.

   Por otra parte es frecuente encontrar que los prestadores del servicio no reúnen el perfil correspondiente para atender las necesidades de cuidado de los pacientes, lo que pone en riesgo a la población que demanda estos servicios, y afecta la imagen profesional de enfermería.

   Fundamento Legal: Artículos 4º párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 39 fracciones I, VI, VII y VIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 38 fracciones I y II, 40 fracciones III y II, 43, 44, 46 y 47 de la Ley

- Lista de asistencia de la reunión con el Grupo de Trabajo Interinstitucional para la revisión de la NOM-008.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
1.	**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD, DGCES** Homero 213, 11° Piso Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo 11570, México, D.F.	Dra. Odet Sarabia González **Directora General Adjunta de Calidad en Salud** Ext. 53488 E-mail odet.sarabia@salud.gob.mx	
2.	**COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD** Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos **Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad** Periférico Sur No. 4118, Edif. Zafiro, 1er. piso Col. Jardines del Pedregal Deleg. Álvaro Obregón 01900, México, D. F. TELEFONOS: CONM: 5481-1178 EXT. 51051 51062 51067 DIRECTO: 5652-8285 5568-3375 E-mail: g.ruizpalacios@salud.gob.mx lidio.ruiz@salud.gob.mx	Dr. Simón Kawa Karasik **Director General de los Institutos Nacionales de Salud**	

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
4.	**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES)** Dr. Alberto Jonguitud Falcón **Director General de Planeación y Desarrollo en Salud** Viaducto Miguel Alemán No. 806, 7° piso. Col. Nápoles Deleg. Benito Juárez 03810, México, D. F. TÉLEFONOS: 5256-0252 5256-0257 CISCO: 51214 E-mail: alberto.jonguitud@salud.gob.mx	Dra. Dafne Rosario Neme Macal ~~Directora General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud.~~	(1) Dafné R. Neme Macal
		Arq. Mariana Ruelas Ramos **Subdirectora de Diseño e Implementación de Instrumentos para la Infraestructura**	(1C)
		Ing. Arq. Eduardo Noé Ibáñez Sánchez **Subdirector de Diseño de Herramientas Gerenciales**	(17)
5.	**DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (DGTI)** Ing. Enrique Alberto Sánchez Arciniega **Director General de Tecnologías de la Información** Av. Paseo de la Reforma No. 156,Anexo C, 2° piso Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc 06600, México, D. F. Tel. 5062-1600 Ext. 58704, 58716, 58759 Fax. 5546-1428 Directo: 5062-1704 E-mail: enrique.sanchez@salud.gob.mx		

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
6.	**DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)** Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza **Director General de Información en Salud** Av. Paseo de la Reforma No. 450, 11° piso Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc 06600, México, D. F. TÉLEFONOS: 5514-5964 5514-3356 5514-5294 5514-5338 CONMUTADOR: 5533-7703 EXT: 1102 E-mail: carlos.reyes@salud.gob.mx		
7.	**CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC)** M. en A. María Luisa González Retiz **Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud** Av. Paseo de la Reforma No. 450, 13º piso Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc 06600, México, D. F. TÉLEFONOS: 6392-2300 ext.52415 E-mail: marial.gonzalez@salud.gob.mx mlgonzalez@salud.gob.mx mlgonret@gmail.com		Teresita de Jesús Cortés Hernández (05)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y
Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
8.	**COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO** Dr. José Meljem Moctezuma **Comisionado Nacional de Arbitraje Médico** Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur(Eugenia) Col. Narvarte Poniente, Deleg. Benito Juárez, 03600, México, D.F. Tel. 5420 7019 -7020 E-mail: jose.meljem@salud.gob.mx		
9.	**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA** Dr. Alejandro Serrano Sierra **Director General del Instituto Nacional de Pediatría** Av. Insurgentes Sur No. 3700, Letra "C", Col. Insurgentes Cuicuilco, Deleg. Coyoacán, 04530, México, D.F. TÉLEFONOS: 1084-0901 EXT. 1400 E-mail: aserranos@pediatria.gob.mx	Arturo Perea M. Gloria Elena López Navarrete	8/9.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN | AUDITORIO 1° PISO | 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
10.	**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN** Dr. David Kershenobich Stalnikowitz **Director General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán** Vasco de Quiroga No. 15 Colonia Sección XVI Deleg. Tlalpan C.P.14000, México D.F. Tel. 5487 0900, Ext. 2100 E-mail: david.kershenobichs@incmnsz.mx direccion.general@incmnsz.mx		
11.	**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"** Dr. César Athié Gutiérrez **Director General del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"** Eje 2A Sur (Dr. Balmis) 148 Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc 06726 México, D.F. TÉLEFONOS: DIRECTO: 5004-3816 FAX: 5004-3814 CONM: 2789 2000 EXT: 1081 y 1083 E-mail: cesar.athie@salud.gob.mx	Dr. Alfredo Israel Servín Caamaño **Coordinador de la Clínica de Atención Integral al Paciente con Diabetes y Obesidad** ALFREDO SERVIN CAAMAÑO	24

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
12.	**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO** Dr. Martín Antonio Manrique **Director General del Hospital Juárez de México** Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160 Col. Magdalena salinas Deleg. Gustavo A. Madero 07760, México, D.F. Tel. 57477591 57477560 Ext:7350 E-mail: martin.antonio@salud.gob.mx		
13.	**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** Dr. Javier Dávila Torres **Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS)** Av. Paseo de la Reforma No. 476, 3º. Piso, Ala Oriente Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc 06600, México, D. F. TÉLEFONOS: 5553-1848 5727-2814 CONM: 5238-2700 EXT: 10306, 10348 E-mail: javier.davilat@imss.gob.mx ivonnecruzg@imss.gob.mx	Dra. Julia del Carmen Rodríguez García **Jefa de Nutrición y Salud en el Primer Nivel** Lic. Nut. María Nayeli Acosta Gutiérrez **Supervisora de Proyectos de Nutrición** E-mail: nayeli.acosta@imss.gob.mx	Julia del Carmen Rodríguez Ma. Nayeli Acosta Gutiérrez

(26)(25)(15)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
14.	**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO** Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses **Director médico del** **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** Av. San Fernando No. 547, Edif. "A", 8° piso Col. Toriello Guerra Deleg. Tlalpan 14050, México, D. F. Tel. Conmutador. 54471424 Ext. 12901 12962 Tel. Directo 5606-9597, 5606-2393, Fax. 5606-3643 rafael.navarro@issste.gob.mx	M. en C. Irazú Gallardo Wong **Jefe de Unidad de Investigación**	Irazú Gallardo Wong Gallardo Wong
15.	**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL (SEMAR)** Contralmirante Ssn. Mc Ped. Rafael Ortega Sánchez **Director General Adjunto de Sanidad Naval** **Secretaría de Marina, Armada de México** Eje 2 Oriente tramo H. Escuela Naval Militar No. 861 Col. Los Cipreses Deleg. Coyoacán 04830, México, D. F. TÉLEFONOS: CONM: 5624-6500 EXT: 7564, 7567 DIRECTO: 5624-6227 E-mail: digsan@semar.gob.mx		

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
20.	**SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.** Dr. José Luis Sanjurjo García **Director Médico de la Sociedad de Beneficencia Española, I.A.P.** Ejército Nacional No. 613 Unidad Pablo Diez, 1er. piso Col. Granada Deleg. Miguel Hidalgo 11520, México, D.F. TÉLEFONOS: DIRECTO: 5255-9669 FAX: 5255-9764 CONM: 5255-9600 EXT: 9669 E-mail: joseluis.sanjurjo@hespanol.com		
* 21.	**CENTRO MÉDICO AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P.** Contador Alejandro Alfonso Díaz **Director del Centro Médico American British Cowdray Medical Center, I.A.P.** Sur 136 No.116 Col. Las Américas Deleg. Álvaro Obregón 01120, México, D.F. Tel. 5230 8000 ext.8303 E-mail: rrodriguezs@abc.hospital.com		Juana Rocío de la Cruz Velázquez 13

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
22.	**HOSPITAL MEDICA SUR** Dr. Octavio González Chon **Director General Médico del Hospital Médica Sur** Puente de Piedra No.150 Col. Toriello Guerra Deleg. Tlalpan 14050, México, D. F. Tel. 5424-7200 e-mail: gchon@medicasur.org.mx		
23.	**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY** Ing. Alfonso Pompa Padilla **Rector de la Zona Centro-Sur del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey** Av. Carlos Lazo No. 100 Col. Santa Fe Deleg. Álvaro Obregón 01389, México, D. F. TELÉFONOS: 5483-1600 5483-1601 FAX: 5671-8035 E-mail: apompa@itesm.mx		

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN AUDITORIO 1° PISO 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
26.	**ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.** Lic. Alejandro Alfonso Díaz **Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.** Av. Ejército Nacional No. 539, Despacho 902, 9° piso Col. Granada Deleg. Miguel Hidalgo 11520, México, D. F. TELÉFONOS: 5545-3501 E-mail: anhpac@prodigy.net.mx Hospitales@anhp.org.mx		Ivonne de la Cruz Velázquez Maureen Mosti
27.	**HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ** Dr. Mucio Moreno Portillo **Director General del Hospital Dr. Manuel Gea González** Av. Calzada de Tlalpan # 4800 Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan Distrito Federal CP. 14080 TELEFONO 4000-3000 Ext:3018 E-mail: geadirecciongeneral@salud.gob.mx		

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
28.	**HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ** Dr. José Alberto García Aranda **Director General del Hospital Infantil de México Federico Gómez** Dr. Márquez No.162, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc México D.F. C.P 06720 52289917 Ext:9010 E-mail: jaranda@himfg.edu.mx		
✶ 29.	**DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR (SEDENA)** Gral. Bgda. M.C. D.E.M. Daniel Gutiérrez Rodríguez **Director General de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional** Periférico esq. Av. Ejército Nacional. s/n Edificio 2, 3° Nivel Col. Irrigación Deleg. Miguel Hidalgo 11500, México, D. F. TÉLEFONOS: 5626-5975 FAX: 5626-5976 E-mail: dgsanidad@mail.sedena.gob.mx	Tte. Cor. M.C. Juan Carlos Ramírez López.	

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
30.	**HOSPITAL ÁNGELES PEDREGAL** Dra. Raquel Ocampo Lujano **Directora General del Hospital Ángeles Pedregal** Camino a Sta. Teresa No. 1055 Héroes de Padierna, Deleg. Magdalena Contreras 10700 Ciudad de México, D.F. Tel. 5449 5500 E-mail: rocampo@saludangeles.com		
31.	**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES** Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez **Director General del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa De Los Reyes"** Montes Urales No. 800 Col. Lomas Virreyes Deleg. Miguel Hidalgo 11000, México, D. F. Tel. 5520 9900 ext. 108 109 E-mail: dirgral@inper.mx	(2) (3) Dra. Lidia Arce Sánchez María Aurora Fandiño Torres	

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
32.	**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"** Dra. Teresita Corona Vázquez **Directora General del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"** Avenida Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, Deleg. Tlalpan, 14269 México, D.F. Tel. 5606 3822 E-mail: direcciongeneral@innn.edu.mx	Mtra. Claudia Mimiaga Hernández **Jefa de Nutrición** Tel. 5606-3822 Ext. 1078	
33.	**ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA, A.C.** Académico Dr. Francisco Navarro Reynoso **Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A.C.** Av. Cuauhtémoc No. 330, 3º piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc 06720, México, D. F. Tel. 5588-0458, 5761-2581, 57610574, Conmutador IMSS 5627-6900 Ext. 21266 y 21269 E-mail: acameci@yahoo.com.mx; acameci@amc.org.mx		

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
34.	**HOSPITAL ÁNGELES LOMAS** Dra. Elizabeth Castro Milla **Directora del Hospital** **Ángeles Lomas** Av. Vialidad de la Barranca S/N Col. Valle de las Palmas Municipio Huixquilucan 52763, Estado de México Tel. 5246 5000 E-mail: ecastro@saludangeles.com		
35.	**CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL** Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez **Secretario del Consejo de Salubridad** Lieja No. 7, 2º piso Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc 06600, México, D.F. TELÉFONOS: 5062-1648 CONM: 5062-1600 EXT. 55648 E-mail: leobardo.ruiz@salud.gob.mx amalia.junco@salud.gob.mx	Liliana Caracheo Lopez (7)	

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
40.	**COLEGIO DE POSTGRADUADOS EN CIRUGÍA GENERAL, A.C.** Dr. Abraham Pulido Cejudo **Presidente del Colegio de Postgraduados en Cirugía General, A.C.** Calzada General Anaya No. 330 Col. Del Carmen Coyoacán Del. Coyoacán 04100 México, D.F. Teléfonos Lada Nacional (0155) 5658 2431 | 5658 2263 | 5658 2417 5658 2193 | 5658 2492 | 5658 6133 Email: amcg@amcg.org.mx incorporada@amcg.org.mx		
41.	**COLEGIO MEXICANO DE NUTRIÓLOGOS, A.C.** Mtra. Victoria Eugenia Ramos Barragán **Presidenta del Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C.** Avenida San Fernando 12, Tlalpan, 14070, D.F. Teléfono:01 55 5171 4481 presidencia@cmn.org.mx	Mtra. Jeanette Pardío López	Jeanette Pardío Jeanette Pardío López 29

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de recursos Humanos en Formación
Dirección de Procesos Normativos en Salud

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. PUBLICADO EN EL DOF 4 DE AGOSTO DE 2010

1ª. REUNIÓN — AUDITORIO 1° PISO — 18 DE JUNIO DE 2015

No.	INSTITUCIÓN	REPRESENTANTE	FIRMA
42.	**COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES** Dr. Manuel Mondragón y Kalb. **Comisionado Nacional Contra las Adicciones** Av. Paseo de la Reforma No. 156. 3er. Piso. Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F. Tel. 50 62 17 00 Ext. 58976 Email: manuel.mondragon@salud.gob.mx	Luis Miguel Hernández Barrero	
43.	**ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL** M. en C. Manuel Landeros Ledesma **Director de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional** Guillermo Massieu H. 239, Col. Ticomán Deleg. Gustavo A. Madero 07320, México, D.F. Tel. 5729 6000. EXT. 55500 Y 55503 Email: mlanderos@ipn.mx		

- Oficio de convocatoria GTI-008

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. DGCES 02118 -2015

México, D.F., a 01 de junio de 2015

DR. ALBERTO JONGUITUD FALCÓN
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN
Y DESARROLLO EN SALUD
P R E S E N T E

Me permito hacer de su conocimiento, que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), incluyó en el Programa de Normalización 2015 la revisión y actualización de tres Normas Oficiales Mexicanas, que en el transcurso del presente año concluyen su periodo quinquenal, mismas que con base en lo dispuesto por la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y su Reglamento, requieren ser revisadas y en su caso, modificadas a fin de mantener vigente su contenido.

Por tal motivo, me es grato extenderle una cordial invitación para que tenga a bien designar un representante, para asistir a las sesiones de trabajo de cada uno de los Grupos Técnicos Interinstitucionales encargados de la revisión y actualización de las siguientes normas:

- NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis.
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Las reuniones se llevarán a cabo en esta unidad administrativa, sito en Av. Homero 213, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo.

Para tal propósito, anexo al presente un Disco Compacto con el calendario de reuniones y tres archivos electrónicos de los documentos de trabajo en formato de tres columnas, para facilitar su revisión, formulación de comentarios o propuestas y en su caso, la justificación jurídica y técnica que corresponda, el cual constituye el material básico para iniciar las sesiones de trabajo.

Mucho agradeceré tenga a bien confirmar la asistencia y datos de su representante, por este medio, al teléfono 20 00 34 41 o a las direcciones de correo electrónico siguientes: adolfo.serrano@salud.gob.mx o normatividad.dgces@salud.gob.mx.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
sobre cerrado
09 JUN 2015
RECIBIDO
OFICIALÍA DE PARTES
POR: Jessica HR. 11:40

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.-Presente.
C.c.p. Lic. Leticia Angélica Garcia Otamendi.- Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.-Presente.

Anexo: Disco Compacto

SIN FOLIO DE LA DGCES
Sección/Serie: AS.1
EMC/ASM

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F..
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

- Anteproyecto de NOM

LUIS RUBÉN DURÁN FONTES, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3º, fracción XI, 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º, fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracción I y IX, 23, 24, fracción I, 32, 33, 45, 48, 51, 78 y 79, de la Ley General de Salud; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4º, 7º, fracciones I, II, III y V, 8º, 9º, 10, fracción IV, 21, 26, 48, 139, 140, fracción I, 141, 142, 143, 148 al 172, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 2 apartado A fracción I, 8, fracción V y 9, fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, del:

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA-2013, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

El presente proyecto de norma, se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación, presenten sus comentarios por escrito y en medio magnético, en idioma español ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sito en Lieja número 7, 1er. piso, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, código postal 06696, México, D.F., teléfonos (55) 55 53 69 30 y 52 86 17 20, fax 52 86 17 26, correo electrónico XXX@salud.gob.mx.

Durante el lapso mencionado y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización los análisis que sirvieron de base para la elaboración del presente proyecto y la Manifestación de Impacto Regulatorio estará a disposición del público, para su consulta, en el domicilio del Comité, o bien en el portal electrónico de Manifestaciones de Impacto Regulatorio www.cofemermir.gob.mx.

PREFACIO.

En la elaboración de este proyecto de norma participaron:

SECRETARÍA DE SALUD
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Dirección General de Planeación y Desarrollo En Salud.
Dirección General de Tecnologías de la Información.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN DR. SALVADOR ZUBIRÁN.
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ.
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSIO VILLEGAS.
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES.
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.
HOSPITAL INFANTIL FEDERICO GÓMEZ.
HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA.
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

Hospital General Dr. Enrique Cabrera.
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS.
Hospital de Especilidades Pediátricas Dr. José Luis Peñaloza y Sentiez.
Hospital General Dr. Rafael Pasacio Gamboa.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN.
Hospital Dr. Miguel Silva.
Hospital de la Mujer, SSM.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO.
Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer Dr. Felipe Nuñez Lara.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA.
Hospital General Culiacán.
Hospital Pediátrico Sinaloa.
Instituto Sinaloense de Cancerología.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE YUCATÁN.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
Hospital de Especialidades CMN La Raza Dr. Antonio Fraga Mouret.
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI Dr. Bernardo Sepulved.
Hospital General de IMSSCH, Zona No. II.
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Hospital 20 de Noviembre.
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.
Hospital General Dr. Darío Fernandez Fierro.
Hospital del ISSSTECH, Belisario Domínguez.
Hospital de Especialidades del ISSSTECH, Vida Mejor.
Hospital General de Querétaro.
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL.
Hospital Central Militar.
SECRETARÍA DE MARINA, ARMADA DE MÉXICO.
PETRÓLEOS MEXICANOS.
Hospital Central Sur de Alta Especialidad.
CRUZ ROJA MEXICANA.
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL.
Escuela Superior de Medicina.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
Facultad de Medicina.
UNIVERSIDAD ANAHUAC QUERÉTARO.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO.
AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P.
ASOCIACIÓN DE PATOLÓGOS, A.C.
ASOCIACIÓN MEXICANA DE PATÓLOGOS DE LA ZONA CENTRO Y BAJÍO.
COLEGIO DE ANATOPATOLÓGOS DEL ESTADO DE OAXACA.
COLEGIO DE MÉDICOS ANATOMOPATÓLOGOS DEL ESTADO DE SONORA, A.C.
COLEGIO DE MÉDICOS ANATOMOPATÓLOGOS DEL ESTADO DE CHIAPAS, A.C.
COLEGIO DE PATOLOGOS DE VERACRUZ, A.C.
CONSEJO MEXICANO DE ANATOMOPATÓLOGOS, A.C.
CORPORATIVO HOSPITAL SATÉLITE, S.A. DE C.V.
HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL S.A. DE C.V.
HOSPITAL ÁNGELES DE LAS LOMAS S.A. DE C.V.
HOSPITAL ÁNGELES DE QUERÉTARO S.A. DE C.V.

HOSPITAL INFANTIL PRIVADO, S.A. DE C.V.
HOSPITAL MEDICA SUR S.A. DE C.V.
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY.
FEDERACIÓN MEXICANA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA REPÚBLICA MEXICANA, A. C.
SOCIEDAD DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.

ÍNDICE.

0. Introducción.
1. Objetivo.
2. Campo de aplicación.
3. Referencias.
4. Definiciones y abreviaturas.
5. Disposiciones generales.
6. Disposiciones específicas.
7. Contratos de referencia y subrogación de servicios.
8. Higiene y bioseguridad.
9. Publicidad.
10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.
11. Bibliografía.
12. Vigilancia.
13. Vigencia.
Apéndice A (Normativo)

0. Introducción. (pendiente)

La anatomía patológica …

1. Objetivo.

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

2. Campo de aplicación.

Esta norma es de observancia obligatoria en el territorio nacional, para los laboratorios de anatomía patológica, así como para los profesionales y técnicos de los sectores público, social y privado que intervengan, convengan y participen en la organización y funcionamiento de dichos establecimientos para la atención médica.

3. Referencias.

Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1998, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.

3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-1999, Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se manejen, transporten, procesen o almacenen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral.

3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

3.6 Modificación a la NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo.

3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005**,** Que establece las características el procedimiento, la identificación, clasificación y listado de los residuos peligrosos.

3.12 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental -Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

Definiciones y abreviaturas.

4.1 Definiciones

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

4.1.1 Biopsia, al tejido u otro material procedente de un organismo vivo, producto de un procedimiento, para su estudio con fines de diagnóstico.

4.1.2 Carta de consentimiento informado para realizar necropsia, al documento mediante el cual se expresa su aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la persona facultada, para que se realice la necropsia.

4.1.3 Calidad, al conjunto de características o atributos que debe tener el proceso a que se someten los especímenes enviados para su estudio, así como de los resultados obtenidos en los laboratorios de anatomía patológica.

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

4.1.5 Espécimen, a todo tejido o material procedente u obtenido de un organismo vivo.

4.1.6 Estudios de patología molecular, al análisis de ácidos nucleicos o sus transcriptos, proteínas intracelulares y de la membrana celular, mediante la aplicación de técnicas especializadas con fines de diagnóstico, pronóstico y predictivos.

4.1.7 Estudio de Inmunohistoquímica, al procedimiento histológico que permite demostrar antígenos en células y tejidos utilizando anticuerpos específicos con fines de diagnóstico, pronóstico y predictivos.

4.1.8 Estudio de inmunofluorescencia, al procedimiento histológico que permite demostrar antígenos en células y tejidos utilizando anticuerpos específicos marcados con fluorocromos con fines de diagnóstico, pronóstico y predictivos.

4.1.9 Estudio macroscópico, al análisis con fines diagnósticos de un órgano, tejido u otro material procedente de un organismo, lo suficientemente grande como para que pueda ser observado a simple vista.

4.1.10 Estudio transoperatorio, al estudio morfológico que se realiza durante el procedimiento quirúrgico.

4.1.11 Histopatología, al estudio de la estructura y composición microscópica de los tejidos y órganos alterados con fines diagnósticos.

4.1.12 Laboratorio de anatomía patológica, al establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica que tenga como finalidad realizar estudios macroscópicos, citopatológicos o histopatológicos; para fines de diagnóstico, pronostico, predictivos, investigación o docencia.

4.1.13 Manual de calidad, al documento impreso o electrónico que establece la política, sistema y prácticas de calidad del laboratorio de anatomía patológica.

4.1.14 Necropsia, serie de procedimientos basados en observaciones e intervenciones sistematizadas en el cadáver, para establecer los diagnósticos anatomopatológicos finales. La necropsia podrá ser parcial o total.

4.1.15 Servicios de referencia de laboratorio de anatomía patológica, a la remisión de especímenes a un laboratorio de concentración o de mayor capacidad resolutiva, para proporcionar apoyo diagnóstico a otro laboratorio de la misma especialidad, a un especialista independiente en esta materia, con el cual se tiene celebrado un contrato para dicho propósito.

a la remisión de especímenes a un laboratorio de concentración o de mayor capacidad resolutiva o a un especialista independiente en esta materia, para proporcionar apoyo diagnóstico a otro laboratorio de la misma especialidad, con el cual se tiene celebrado un contrato para dicho propósito.

4.1.16 Sistema de calidad, conjunto de técnicas, procedimientos y actividades que se aplican al interior y desde el exterior del laboratorio, para evaluar que los procesos de estudio de los especímenes y sus resultados, cumplan los requisitos de calidad determinados por el establecimiento y se posibilite aplicar acciones de mejora.

4.1.17 Subrogación de los servicios de laboratorio de anatomía patológica, a la realización de estudios que solicita un laboratorio de anatomía patológica a otro laboratorio de la misma especialidad, con el cual se tiene celebrado un contrato para dicho propósito.

4.2 Abreviaturas.

4.2.1 RPBI.- Residuos peligrosos biológico infecciosos.

5. Disposiciones generales.

5.1 Los laboratorios de anatomía patológica independientes o no ligados a un hospital, requieren presentar ante las autoridades sanitarias correspondientes, Aviso de Funcionamiento y Aviso de Responsable Sanitario.

Los laboratorios de anatomía patológica ligados a un hospital, podrán funcionar al amparo de las autorizaciones y avisos del establecimiento en el ámbito sanitario.

5.2 Los laboratorios de anatomía patológica independientes o no ligados a un hospital, deberán contar con un responsable sanitario, que debe ser médico especialista en anatomía patológica con título expedido por la institución de enseñanza superior o de salud reconocida oficialmente y registrado por la autoridad educativa competente.

5.3 En el laboratorio de anatomía patológica, los servicios se deberán sujetar a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y a lo siguiente:

5.3.1 El personal del laboratorio de anatomía patológica, deberá respetar la personalidad, dignidad e intimidad de todos los pacientes, evitando siempre prácticas discriminatorias, incluyendo el manejo y los estudios realizados en el cadáver;

5.3.2 El médico anatomopatólogo en su caso, deberá proporcionar al paciente, información completa, en términos comprensibles, sobre los procedimientos a que será sometido de parte de él, así como los riesgos para su realización. En los procedimientos considerados de riesgo, se deberá recabar la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma;

5.3.3 En toda la información relacionada con los estudios realizados, se deberá mantener la confidencialidad de los datos del paciente, excepto cuando la información sea requerida por la autoridad competente, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables en la materia.

5.4 En el caso de que los estudios y procedimientos que se vayan a realizar sean parte de un proyecto o protocolo de investigación, se deberá informar sobre estos hechos al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas referidas en los numerales 3.1 y 3.5 de esta norma.

Asimismo, en el manejo y estudios realizados en el cadáver, con fines de investigación, que posibiliten la identificación, se deberá notificar al disponente.

5.5 Los laboratorios de anatomía patológica deberán llevar un registro cronológico de los estudios que realicen, en los que conste al menos la fecha, nombre del paciente, tipo de examen realizado y los resultados obtenidos, con nombre y firma del médico especialista que interpretó el estudio, ésta podrá ser autógrafa o en su caso, digitalizada o electrónica, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables. Los registros podrán ser en documentos impresos o electrónicos.

5.6 Los resultados de los estudios se deberán informar en hoja membretada y contener al menos: el nombre o razón social de la institución o establecimiento y el domicilio correspondiente, fecha de emisión del informe, datos del paciente; en su caso, número de registro, expediente, folio del estudio; así como nombre y firma del médico especialista que interpretó el estudio, esta podrá ser de manera autógrafa o en su caso, digitalizada o electrónica, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

5.7 Los laboratorios de anatomía patológica deberán contar con archivos de laminillas y bloques de parafina; así como para el archivo de informes de resultados, mismos que podrán ser impresos o electrónicos.

5.7.1 El tiempo mínimo que se deberá conservar el material archivado, como laminillas y bloques de parafina, será determinado por la institución, establecimiento o el laboratorio de que se trate;

5.7.2 Las laminillas y bloques de parafina, por sus características de inocuidad, no son considerados RPBI.

5.8 El tiempo mínimo de conservación de órganos, tejidos y en su caso cadáveres no relacionados en casos médicos legales, será determinado por la institución o establecimiento de que se trate.

5.9 Para el aseguramiento de la calidad, el laboratorio de anatomía patológica deberá aplicar un sistema de calidad que incluya al menos las etapas de planeación, ejecución, evaluación de resultados y acciones de mejora.

5.10 Los laboratorios de anatomía patológica deberán observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.6, 3.9 y 3.10 de esta norma.

5.11 En los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado, el responsable sanitario, representante legal o persona facultada para tal efecto, podrá solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6. Disposiciones específicas.

6.1 Del responsable sanitario

El responsable sanitario deberá cumplir, al menos con las siguientes funciones:

6.1.1 Comunicar en su caso, por escrito a la Secretaría de Salud el horario de asistencia al establecimiento, así como cualquier modificación al mismo.

6.1.2 Comunicar por escrito a la Secretaría de Salud la fecha de su designación, renuncia o sustitución.

6.1.3 Vigilar que los procesos se realicen conforme lo establecen los manuales de procedimientos de la institución o establecimiento de que se trate.

6.1.4 Vigilar que se mantenga actualizado el expediente del personal que labora en él, cuando el laboratorio sea independiente o no ligado a un hospital.

6.1.5 Vigilar que el personal profesional y técnico, reciba la capacitación y actualización necesaria.

6.1.6 Vigilar que se lleven a cabo las técnicas, procedimientos y actividades del sistema de calidad, que adopte la institución o establecimiento.

6.1.7 Firmar los informes de los estudios realizados y vigilar que sean firmados por el personal profesional o técnico autorizado, de manera autógrafa o en su caso, digitalizada o electrónica, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

6.1.8 Establecer las medidas necesarias para evitar que el personal del laboratorio que no esté autorizado, emita opiniones o sugerencias al paciente o usuario sobre los resultados de los estudios.

6.1.9 Vigilar que dentro del establecimiento se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal ocupacionalmente expuesto, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas referidas en los numerales 3.2, 3.3 y 3.8 de esta norma.

6.1.10 Atender, documentar y dar seguimiento en forma directa a las reclamaciones que se formulen en la prestación de los servicios y coadyuvar para su resolución.

6.1.11 Notificar al ministerio público y demás autoridades competentes, los casos en que se presuma la comisión de hechos ilícitos; en los términos que para tal efecto establezca la institución o establecimiento de atención médica.

6.1.12 Las demás que señalen otros ordenamientos legales aplicables.

6.2 Del establecimiento

6.2.1 Los laboratorios de anatomía patológica deberán cumplir con las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.7, de esta norma y contar al menos con las siguientes áreas:

6.2.1 Recepción, registro de especímenes y entrega de resultados;

6.2.2 Área para toma de muestras;

6.2.3 Área de disección y toma de cortes;

6.2.4 Área de procesos técnicos;

6.2.5 Área de patología molecular;

6.2.6 Área de inmunohistoquímica e inmunofluorecencia;

6.2.7 Área de microscopia electrónica;

6.2.8 Área de necropsias;

6.2.9 Área para archivo de informes de resultados, guarda de laminillas y bloques de parafina.

6.2.10 Instalaciones sanitarias; y

6.2.11 Área de depósito y estación temporal de RPBI, materiales y reactivos, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas referidas en los numerales 3.11 y 3.12 de esta norma.

6.3 Recursos humanos

Los laboratorios de anatomía patológica deberán contar con personal profesional y técnico suficiente e idóneo:

6.3.1 Deberán contar con personal profesional especializado o capacitado en el área de laboratorio de anatomía patológica. El personal profesional deberá contar con título o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

6.3.2 En su caso, deberán contar con personal histotecnólogo y citotecnólogo con diplomas legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. De acuerdo con el grado de complejidad y capacidad resolutiva podrán contar con otros técnicos que estén debidamente reconocidos por la institución o establecimiento de atención médica y por las autoridades educativas competentes.

6.3.3 En su caso, deberá contar con personal capacitado en necropsias, preferentemente técnico con diploma legalmente expedido y registrado por la autoridad educativa competente.

6.4 Recursos materiales y tecnológicos

6.4.1 Los laboratorios de anatomía patológica, deberán contar con los recursos materiales y tecnológicos de acuerdo con el tipo de estudios que realicen en cada una de las áreas que se especifican en el Apéndice "A" (Normativo).

6.4.2 Las jeringas, agujas y hojas de bisturí utilizadas para la toma de biopsias con aguja fina o disección de especímenes quirúrgicos, deberán ser desechables, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma.

6.5 De la organización

Los laboratorios de anatomía patológica deberán contar con los siguientes documentos actualizados:

6.5.1 Manual de organización, que deberá contener como mínimo los apartados siguientes:

6.5.1.1 Índice;

6.5.1.2 Introducción;

6.5.1.3 Estructura orgánica;

6.5.1.4 Objetivo;

6.5.1.5 Descripción de puestos y funciones.

6.5.2 Manual de procedimientos administrativos y técnicos, que deberá contener como mínimo los apartados siguientes:

6.5.2.1 Índice;

6.5.2.2 Presentación;

6.5.2.3 Objetivo del manual;

6.5.2.4 Normas generales de operación;

6.5.2.5 Descripción de actividades;

6.5.2.6 Diagramas de flujo;

6.5.2.7 Formatos.

6.5.3 Bitácora de mantenimiento y calibración de cada equipo, que deberá incluir al menos:

6.5.3.1 Nombre del equipo, marca, modelo y número de serie;

6.5.3.2 Fecha de compra o adquisición y fecha de inicio de operaciones del equipo;

6.5.3.3 Fechas de mantenimiento preventivo y correctivo, especificando las calibraciones y verificaciones realizadas al equipo, de acuerdo con el programa y tipo de mantenimiento que corresponda.

6.4.5 Manual de manejo de cada equipo en idioma español, que incluya como mínimo los apartados siguientes:

6.4.5.1 Nombre del equipo, marca y modelo;

6.4.5.2 Procedimientos de uso;

6.4.5.3 Cuidados especiales;

6.4.7.4 Mantenimiento preventivo;

6.5.5 Manual de seguridad e higiene ocupacional, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3 y 3.8 de esta norma.

6.5.7 Manual de procedimientos para el manejo de residuos peligrosos, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, referida en los numerales 3.11 y 3.12 de esta norma.

6.5.8 Programa de mantenimiento preventivo y correctivo, así como las bitácoras correspondientes.

6.5.9 Programa de desinfección y desinfestación del establecimiento, así como la bitácora correspondiente.

6.5.10 Todos los manuales y programas anteriores, deberán integrarse con información en español que el fabricante envíe con los reactivos o equipos, o bien ser elaborados y aprobados por el propio laboratorio de anatomía patológica y quedar contenidos en uno o varios volúmenes, mismos que podrán tenerse disponibles en medios impresos o electrónicos.

7. Contratos de referencia y subrogación de servicios.

7.1 Los laboratorios de anatomía patológica podrán suscribir contratos con establecimientos nacionales o extranjeros, para la referencia, recepción o subrogación de servicios, mismos que deberán cumplir con lo establecido en esta norma y en otras disposiciones jurídicas aplicables.

En el caso de que los servicios de referencia, recepción o subrogación se realicen en el extranjero, los prestadores de dichos servicios deberán cumplir con las regulaciones del país en el que se ubiquen. El laboratorio referente, receptor o subrogado estará obligado a cumplir con las disposiciones vigentes en México para el envió al extranjero de los especímenes a analizar y recepción de resultados.

7.2 Los responsables que suscriban los contratos de servicios de referencia o subrogación, asumirán la responsabilidad de los resultados en los términos del contrato.

7.3 Los resultados podrán transmitirse por medios electrónicos, para lo cual deberá cumplir con lo dispuesto en el numeral 5.6 de esta norma.

7.4 El médico anatomopatólogo que realice su práctica profesional no ligada a un hospital o de manera independiente, podra suscribir contratos con establecimientos nacionales o extranjeros para la referencia, recepción o subrogación de servicios, mismos que deberán cumplir con lo establecido en esta norma y en otras disposiciones jurídicas aplicables.

8. Higiene y bioseguridad.

8.1 Todo el personal del laboratorio deberá adoptar las medidas preventivas para su protección en el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias tóxicas o biológico-infecciosas, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.8, 3.11 y 3.12 de esta norma.

8.2 El responsable sanitario deberá informar al personal sobre los riesgos que implica el uso y manejo de sustancias tóxicas, corrosivas, irritantes y en su caso, fuentes de radiación ionizante; así

como del material infectocontagioso y los inherentes a los procesos de las muestras, con el fin de que cumplan con las normas de seguridad correspondiente y utilicen el equipo necesario de protección personal.

9. Publicidad.

9.1 Deberá ser exclusivamente de carácter informativo sobre el tipo, características, finalidades de la prestación de servicios y cumplir con las disposiciones legales aplicables.

9.2 El mensaje deberá tener contenido orientador, educativo y en idioma español.

9.3 No podrá ofrecer tratamientos preventivos, curativos o rehabilitatorios de carácter médico o técnico.

10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.

Esta norma no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana.

11. Bibliografía.

11.1 Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology. Am J Surg Pathol 2006;30:1469–1471.

11.2 Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories CDC/NIH. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (4a. Ed.) Washington, 1999.

11.3 Ley General de Salud.

11.4 Recommendations for Quality Assurance and Improvement in Surgical and Autopsy Pathology.

11.5 Redefinición de la productividad y la calidad de los diagnósticos del patólogo en un hospital de oncología. Alvarado Cabrero Isabel. Gaceta Mexicana de Oncología. 2012; 11:145-51.

11.6 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

11.7 R E Nakhleh. What is quality in surgical pathology? J. Clin. Pathol. 2006;59;669-672.

12. Vigilancia de la norma.

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

13. Vigencia de la norma.

Esta norma, entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Apéndice A (Normativo)

Equipamiento de las áreas del laboratorio de anatomía patológica.

Las áreas de laboratorio de anatomía patológica, deberán contar con el mobiliario, equipo, materiales e instrumental necesarios para cada técnica o procedimiento que se realicen.

A.1 Recepción, registro de especímenes y entrega de resultados.
A.1.1 Mobiliario adecuado a las características y necesidades específicas de cada laboratorio de anatomía patológica.

A.2. Área para toma de muestras.
A.2.1 Mobiliario, equipo, instrumental y material para toma de muestras.

A.3 Área de disección y toma de cortes.
A.3.1 Sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y estudios transoperatorios.

A.4 Área de procesos técnicos.
A.4.1 Sistema de proceso de tejidos y células, manual o automatizado;
A.4.2 Sistema para inclusión de tejidos en parafina u otros materiales, manual o automatizado;
A.4.3 Equipo de corte histológico, tinción, montaje y etiquetado, manual o automatizado; y
A.4.4 Equipo de protección para el personal.

A.5.Área de patología molecular.
A.5.1 Áreas con sistemas de descontaminación para el manejo de muestras histológicas y citológicas de acuerdo con cada técnica de biología molecular que se lleven a cabo en el establecimiento; y
A.5.2 Deberá contar con las áreas de: conservación, preparación, extracción y amplificación de ácidos nucleicos de acuerdo con cada técnica de biología molecular que se lleven a cabo en el establecimiento.

A.6 Área de Inmunohistoquímica e inmunofluorescencia.
En caso de contar con esta área, deberá tener al menos el mobiliario, equipo e insumos para aplicar los siguientes sistemas de:
A.6.1 Recuperación de antígenos;
A.6.2 Incubación;
A.6.3 Revelado;
A.6.4 Observación de acuerdo con la técnica que se utilice; y
A.6.6 Conservación y almacenamiento de reactivos y muestras.

A.7 Área de microscopia electrónica
En caso de contar con esta área, deberá tener al menos:
A.7.1 Áreas de proceso, corte, contraste y observación con sistema de captura y almacenamiento de imágenes; y
A.7.2 Mobiliario para almacenamiento de reactivos y material.

A.8 Área de necropsias
En caso de contar con esta área, deberá tener al menos el mobiliario, equipo e instrumental siguiente:
A.8.1 Almacén de especímenes;
A.8.2 Mesa de necropsias;
A.8.3 Tarja para lavado de material;
A.8.4 Sistema de refrigeración para cadáveres;
A.8.5 Equipo e instrumental de corte y disección para necropsia;
A.8.6 Charolas y recipientes herméticos;
A.8.7 Mueble para guarda de instrumental;

A.8.8 Contenedores para la disposición de residuos peligrosos;
A.8.9 Balanza;
A.8.10 Equipo fotográfico;
A.8.11 Equipo de protección personal;
A.8.12 Extractor de aire; y
A.8.13 Área de conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres.

A.9 Área para archivo de informes de resultados, guarda de laminillas y bloques de parafina.
A.9.1 Mobiliario para archivo adecuado para cada concepto.

A.10 Instalaciones sanitarias
A.10.1 Acordes a las características y necesidades específicas de cada laboratorio de anatomía patológica.

A.11 Área de depósito y estación temporal de RPBI, materiales y reactivos.
A.11.1 Recipientes acordes a las características y necesidades específicas de cada laboratorio de anatomía patológica.

62. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER MODALIDADES DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Proponer modalidades de convenios de colaboración entre la Federación, Entidades Federativas y sus jurisdicciones sanitarias para promover y supervisar la aplicación de la normatividad vigente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, mismas que están involucradas en proponer y emitir convenios de colaboración entre la Federación y las Entidades Federativas y sus jurisdicciones sanitarias correspondientes.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establece instrumentos normativos necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, establece los mecanismos que deban de ser utilizados para llevar a cabo las propuestas de convenios de colaboración en servicios de atención médica; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, instruye a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, analiza la propuesta de modalidad de convenio en servicios de salud, determina la personalidad jurídica de las partes, define obligaciones de las partes, integra la propuesta del convenio en servicios de salud, elabora propuesta de convenio.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a instancias externas de los Sectores Público, Social y Privado. Es aplicable a las instancias facultadas para la autorización de convenios de colaboración en materia de salud, las unidades administrativas y órganos desconcentrados u organismos descentralizados de la Secretaría de Salud, envían sus manuales de procedimientos conforme a la normatividad aplicable, la Subsecretaría de Administración y Finanzas los dictamina, la Secretaría de Salud los autoriza y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto opina sobre los de las entidades agrupadas administrativamente al sector, cuando éstas se lo soliciten

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud como órgano rector y coordinador del Sistema Nacional de Salud, impulsará la permanente actualización de las disposiciones legales e instrumentos jurídico-sanitarios en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer instrumentos normativos necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover y supervisar su cumplimiento.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, establecerá los mecanismos que deban de ser utilizados para llevar a cabo las propuestas de convenios de colaboración en servicios de atención médica.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, instruye a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.

3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, recibe instrucción, analiza asunto, objeto y alcance, compila información de la base legal de la propuesta de modalidad de convenio en servicios de salud, determina la personalidad jurídica de las partes, define las obligaciones de las partes, integra las cláusulas, integra la propuesta del convenio en servicios de salud, elabora una propuesta de convenio. Envía propuesta y oficio de repuesta del convenio para su aprobación a la Dirección de Procesos Normativos en Salud.

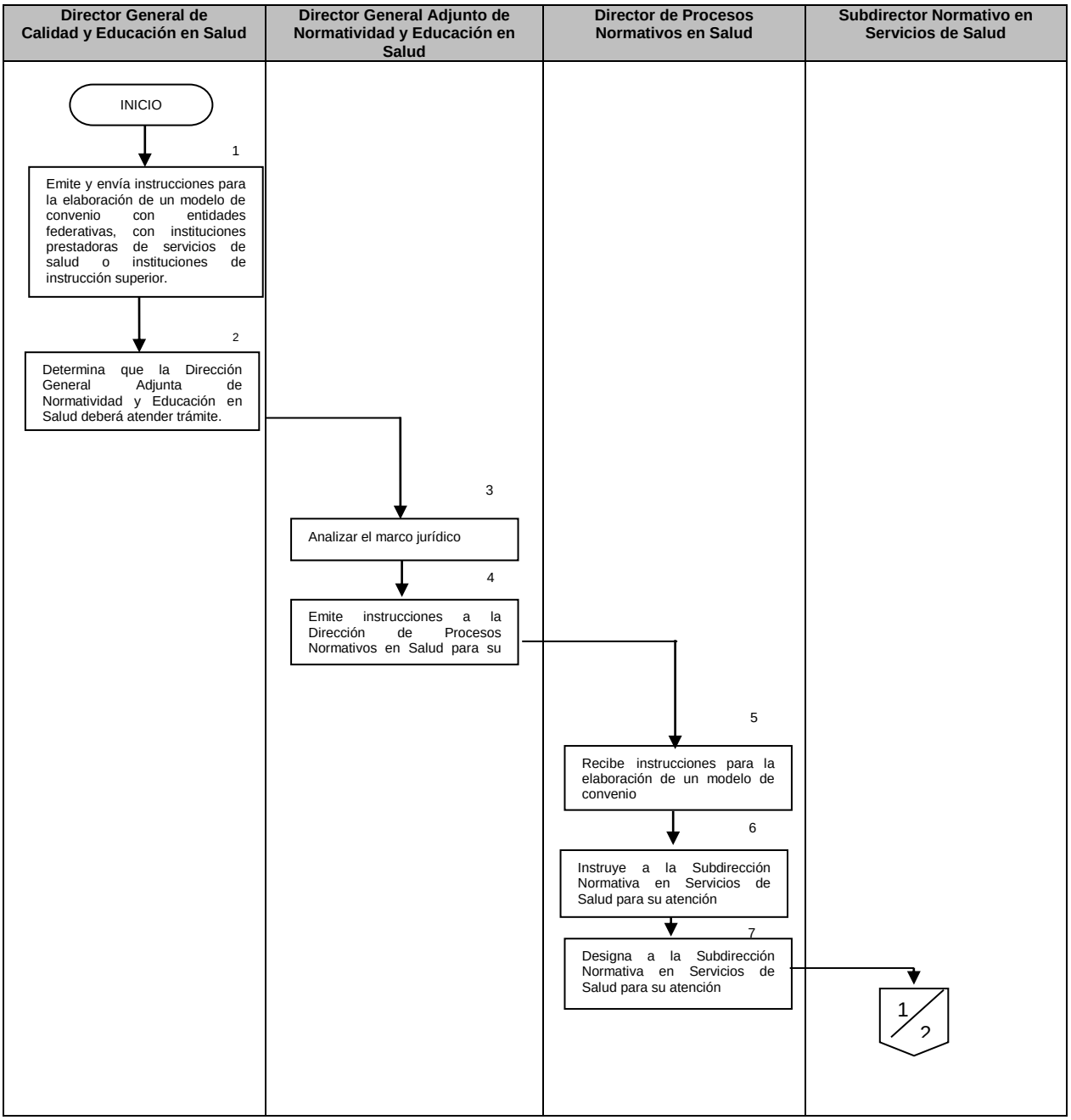
3.6 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, recibe y revisa la propuesta de modalidad del convenio de servicios de salud y oficio de respuesta. Procede: No: Emite oficio de no procedencia. Regresa a la actividad 4. Si: Emite oficio de repuesta del convenio. Continúa Procedimiento

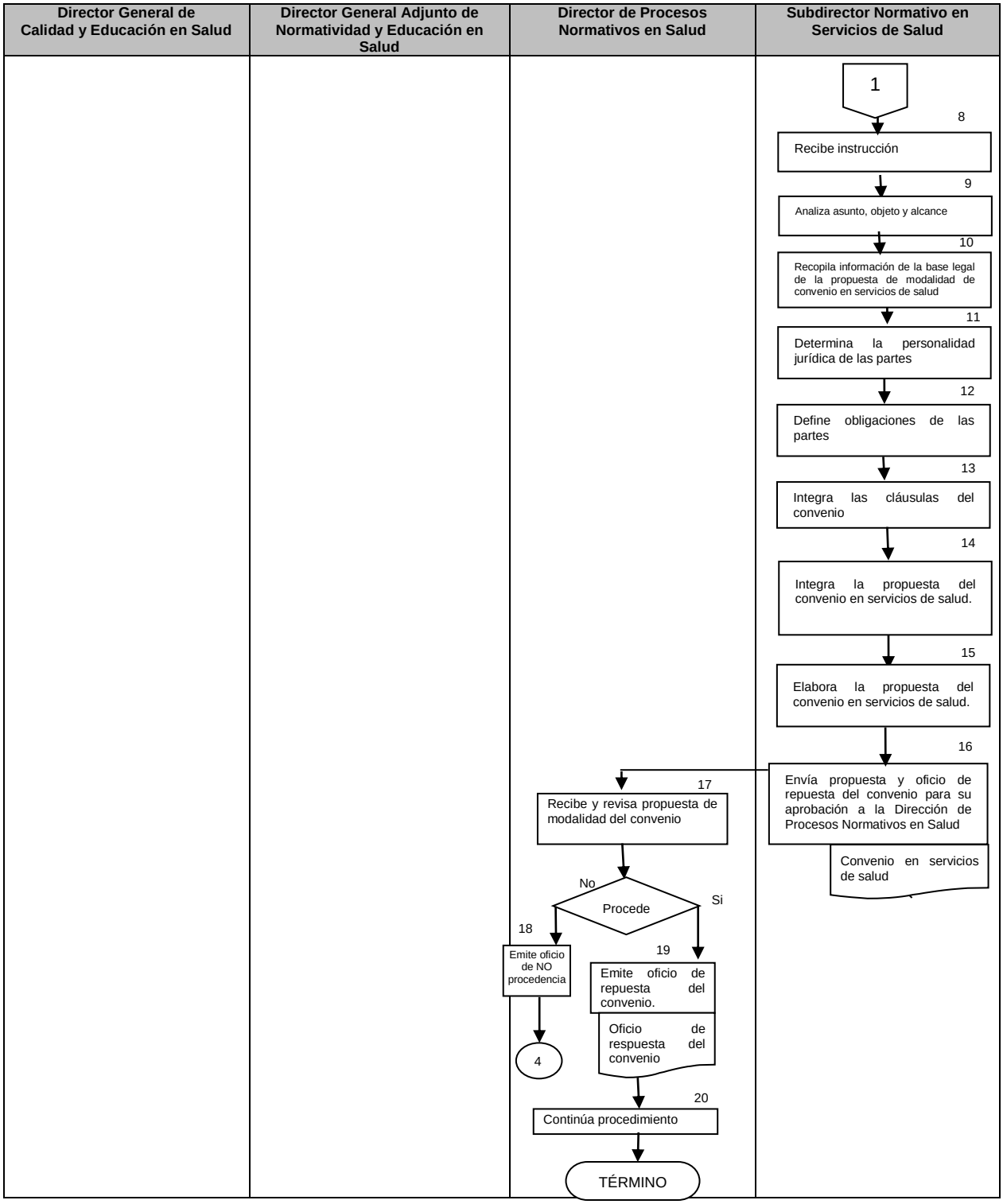
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Emite y envía instrucciones para la elaboración de un modelo de convenio con entidades federativas, con instituciones prestadoras de servicios de salud o instituciones de instrucción superior.	
	2	Determina que la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud deberá atender trámite.	
Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud	3	Analiza el marco jurídico.	
	4	Emite instrucciones a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	
Director de Procesos Normativos en Salud	5	Recibe instrucciones para la elaboración de un modelo de convenio.	
	6	Instruye a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.	
	7	Designa a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	8	Recibe instrucción.	
	9	Analiza asunto, objeto y alcance.	
	10	Recopila información de la base legal de la propuesta de modalidad de convenio en servicios de salud.	
	11	Determina la personalidad jurídica de las partes.	
	12	Define las obligaciones de las partes.	Convenio en Servicios de salud.
	13	Integra las cláusulas del convenio.	
	14	Integra la propuesta del convenio en servicios de salud.	
	15	Elabora la propuesta de convenio.	
	16	Envía propuesta y oficio de repuesta del convenio para su aprobación de la Dirección de Procesos Normativos en Salud.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	17	Recibe y revisa propuesta de modalidad del convenio de servicios de salud y oficio de respuesta.	
		Procede:	Oficio de no procedencia
	18	No: Emite oficio de no procedencia. Regresa a la actividad 4.	
	19	Si: Emite oficio de repuesta del convenio.	
	20	Continúa Procedimiento	Oficio de repuesta Convenio.
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director General de Calidad y Educación en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
1
8
Recibe instrucción
9
Analiza asunto, objeto y alcance
10
Recopila información de la base legal de la propuesta de modalidad de convenio en servicios de salud
11
Determina la personalidad jurídica de las partes
12
Define obligaciones de las partes
13
Integra las cláusulas del convenio
14
Integra la propuesta del convenio en servicios de salud.
15
Elabora la propuesta del convenio en servicios de salud.
16
Envía propuesta y oficio de repuesta del convenio para su aprobación a la Dirección de Procesos Normativos en Salud
Convenio en servicios de salud
17
Recibe y revisa propuesta de modalidad del convenio
Procede
No
Si
18
Emite oficio de NO procedencia
4
19
Emite oficio de repuesta del convenio.
Oficio de respuesta del convenio
20
Continúa procedimiento
TÉRMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley General de Salud	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.6 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.7 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 .La solicitud de convenio que se registra como Convenio de servicios de salud	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Convenio:** es un pacto o acuerdo entre las partes involucradas.

8.2 **Marco Jurídico-sanitario:** es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Convenio en Servicios de Salud

10.1 Convenio en Servicios de Salud

DGCES-CCTR- INNN-PROCAM 15

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS CUYO PROPÓSITO ES CONTRIBUIR A DESARROLLAR EL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "SECRETARÍA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD, ASISTIDO POR EL DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ, DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD, EN LO SUCESIVO "DGCES", Y POR LA OTRA PARTE, EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "INSTITUTO" REPRESENTADO POR LA DRA. TERESITA CORONA VÁZQUEZ, DIRECTORA GENERAL, ASÍ COMO POR EL DR. MARCOS HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN, EN CALIDAD ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DE TESTIGO, Y A QUIENES CUANDO ACTUEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Que conforme a lo establecido en el Artículo 6 fracción I de la Ley General de Salud "El Sistema Nacional de Salud" tiene entre sus objetivos: "Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas".

II. Que el Objetivo 2.3 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 es asegurar el acceso a los servicios de salud y la Estrategia 2.3.4 es garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en la que se incluyen entre otras, las Líneas de Acción: Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, e Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.

III. Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) define en su Segundo Objetivo: Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad mediante su Estrategia 2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

IV. Que el Programa Calidad en la Atención Médica, en lo sucesivo "PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA", tiene como uno de sus objetivos fundamentales coadyuvar a consolidar la calidad de la atención en los establecimientos de atención médica de los servicios de salud, mediante el impulso al desarrollo de proyectos de mejora de la calidad y el reconocimiento de experiencias exitosas en materia de calidad y seguridad del paciente en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

V. Que el "PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA" integra los siguientes componentes:

1. **El financiamiento a Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica** que incluyan componentes relativos tanto a la dimensión interpersonal como a la técnica con énfasis en la seguridad del paciente, enfocados en atender las prioridades nacionales.

2. **El otorgamiento del Premio Nacional de Calidad en Salud** que reconoce en diversas categorías a los establecimientos que han alcanzado un grado de avance y consolidación del Sistema de Gestión de Calidad Total.

VI. Que con fecha 29 de Diciembre de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se dan a conocer las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, en lo sucesivo "Reglas de Operación" mismas que se sujetan a lo establecido en los artículos 29 y 30 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2015, con el propósito de fortalecer la calidad de la atención en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud a través del impulso a la ejecución de proyectos y reconocimientos que contribuyan al acceso efectivo de los servicios de salud.

VII. Que las convocatorias para participar en el apoyo a proyectos del Programa Calidad en la Atención Médica corresponden a "Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica" y "Premio Nacional de Calidad en Salud", se difunden en la página electrónica de la DGCES: http://www.calidad.salud.gob.mx y se publican junto con las "Reglas de Operación". Las convocatorias están dirigidas a los Establecimientos de Atención Médica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como áreas administrativas y de calidad, de los Servicios Estatales de Salud de los 31 estados de la República, la Secretaría de Salud del

Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

VIII. Que el recurso será asignado de acuerdo a lo solicitado para cada uno de los proyectos que resulten beneficiarios por el Comité Sectorial para el otorgamiento de financiamiento a proyectos de mejora de la calidad, en lo sucesivo "COMITÉ SECTORIAL", dentro de los límites establecidos en las "Reglas de Operación", y hasta agotar el total de los recursos presupuestarios federales disponibles para el apoyo a "Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica" así como, "Premio Nacional de Calidad en Salud". El número final de proyectos a apoyar dependerá del presupuesto total asignado al programa, así como del monto solicitado por los proyectos beneficiarios, de acuerdo al dictamen del "COMITÉ SECTORIAL".

IX. Que el "INSTITUTO" participó en las Convocatorias 2015 del Programa Calidad en la Atención Médica emitidas por la "SECRETARÍA", con el registro de sus proyectos en tiempo y forma.

DECLARACIONES

I. LA "SECRETARÍA" POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA:

I.1. Con fundamento en los artículos 2 fracción I, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud es una Dependencia del Ejecutivo Federal, a la cual corresponde, entre otras atribuciones, la de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

I.2. Que es materia de salubridad general, la promoción de la formación de recursos humanos para la salud; que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieren para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud. La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo con los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes, atendiendo a lo dispuesto por los artículos 3, fracción VIII, 90, fracción I y 95, último párrafo de la Ley General de Salud.

I.3. Que el Dr. Eduardo González Pier, acredita su carácter de Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, con el nombramiento de fecha 1° de marzo de 2014, expedido a su favor por el Lic. Enrique Peña Nieto, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, del que se adjunta copia al presente como Anexo 1A y cuenta con las atribuciones y legitimación para suscribir el presente instrumento, de conformidad con lo establecido en los artículos 2, literal A, fracción I, 8 fracción XVI y 9 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que le otorga, entre otras competencias, la de elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica y asistencia social; así como promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil, para la realización de acciones conjuntas y suma de esfuerzos en favor de la calidad de los servicios de salud que recibe la población.

I.4. Que el Dr. Sebastián García Saisó, fue designado como Director General de Calidad y Educación en Salud, tal y como lo acredita con copia de su nombramiento de fecha 1° de junio de 2014, expedido a su favor por la Dra. María de las Mercedes Martha Juan López, Secretaria de Salud, del que se adjunta copia al presente como Anexo 2A y que cuenta con la competencia y legitimación para asistir en la suscripción del presente instrumento, de conformidad con lo establecido en los artículos 2, literal B, fracción II, y 18, fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que le otorga, entre otras atribuciones, diseñar, operar y evaluar mecanismos que promuevan la calidad en los servicios de atención médica y asistencia social, conforme estándares de desempeño mediante instrumentos y proyectos estratégicos para la gestión de calidad entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas.

I.5. Que el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el Capítulo X de las Unidades Administrativas, artículo 18, fracción XI, faculta a la "DGCES", como la instancia para desarrollar y operar modelos de gestión financiera y mecanismos para el control administrativo de recursos financieros, orientados a apoyar el desarrollo de las estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud.

I.6. Que cuenta con la disponibilidad presupuestaria correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento, ya que los recursos comprometidos forman parte del presupuesto autorizado a la "SECRETARÍA" para la ejecución del Programa Calidad en la Atención Médica, en los términos de sus Reglas de Operación para el ejercicio fiscal 2015.

I.7. Que para efectos del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado la calle de Lieja número 7, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06696, en México, Distrito Federal.

I.8. Que cuenta con Registro Federal de Contribuyentes SSA-630502-CU1.

II. EL "INSTITUTO" POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA:

II.1. Que su representado es un Organismo Público Descentralizado del gobierno federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, debidamente constituido en términos de los artículos 1o., tercer párrafo; 3o., fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1o., 2o., y 14 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 1o., 2o. fracción III, 3o, y 5o., fracción V de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, teniendo como actividad preponderante la atención al público para las afecciones del sistema nervioso, contando con personal altamente capacitado y reconocido, además de contar con los equipos más sofisticados y modernos en materia de neurociencias.

II.2. Que su titular, la Dra. Teresita Corona Vázquez, conforme al artículo 19 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud se encuentra facultada para suscribir el presente convenio y de acuerdo al nombramiento otorgado en su favor, el 16 de febrero de 2012, por el Mtro. Salomón Chertorivski Woldemberg, Secretario de Salud y Presidente de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, esto con fundamento en los dispuesto por los artículos 17 y 21 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, 18 y 20 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, nombramiento registrado en la Secretaría de Salud ante la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (antes Dirección General de Asuntos jurídicos) el día 21 de febrero de 2012, en el libro número 2 de nombramientos, firmas y rúbricas, bajo el número f1/12 a foja _18 vta._, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjunta al presente como Anexo 1B.

II.3. Que entre sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son el sujetarse a los términos y requerimientos que para el desarrollo de proyectos orientados a la mejora de la calidad y Seguridad del Paciente de los servicios de salud que se otorguen, conforme a los requisitos que se establecen en este Convenio y en su anexo técnico que forman parte del proyecto.

II.4. Que para todos los efectos legales relacionados con este Convenio de Colaboración señala como domicilio el ubicado Av. Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama, C.P. 14269, México, D.F.

I.5. Que cuenta con Registro Federal de Contribuyentes INNN900727UE1

III. Declaran "LAS PARTES"

III.1. Que conforme al artículo 7 de la Ley General de Salud, corresponde a la "SECRETARÍA", la coordinación del Sistema Nacional de Salud.

III.2. Que cuentan con los recursos necesarios para cumplir con los compromisos que se deriven del presente Convenio de Colaboración.

III.3. Que se reconocen ampliamente su personalidad con las atribuciones y capacidades con que se ostentan.

Una vez expuesto lo anterior y toda vez que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en sus artículos 74, 75 y 77, que el Ejecutivo Federal, autorizará la ministración de los subsidios para los programas sujetos a reglas de operación, que con cargo a los presupuestos de las dependencias, se aprueben en el Presupuesto de Egresos.

Dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad, en tal virtud, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Colaboración al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO

El presente Convenio tiene por objeto la transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios en lo sucesivo los "Subsidios" que la "SECRETARÍA" transferirá al "INSTITUTO", para la ejecución de proyectos cuyo propósito es contribuir a desarrollar el Programa Calidad en la Atención Médica ("PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA"), conforme a los términos de las convocatorias públicas, de "Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica" así como, "Premio Nacional de

Calidad en Salud", en los términos señalados en el Anexo Técnico de cada proyecto beneficiario, el cual una vez suscrito por "LAS PARTES", forma parte del presente Convenio.

El "INSTITUTO" deberá garantizar la correcta utilización y comprobación de los "Subsidios" y el resguardo de los bienes adquiridos con dichos recursos.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA

Para la realización de las acciones objeto del presente Instrumento la "SECRETARÍA" transferirá al "INSTITUTO" recursos presupuestarios federales referidos en el Anexo Técnico, de acuerdo a los términos que se precisan en las "Reglas de Operación" en el apartado 4.9.1.1 Transferencias de recursos.

El mecanismo, de transferencia de los "Subsidios", ejecución y comprobación deberán llevarse a cabo de conformidad con las "Reglas de Operación" y demás disposiciones aplicables.

La transferencia de los recursos se realizará, una vez que el Comité Sectorial para el otorgamiento de financiamiento a proyectos de mejora de la calidad avale el dictamen de los proyectos seleccionados para ser apoyados.

La "SECRETARÍA" transferirá al "INSTITUTO" los recursos presupuestarios para la ejecución de los proyectos, conforme a lo dispuesto en la Cláusula anterior, para desarrollo del "PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA".

Los recursos que la "SECRETARÍA" transfiere al "INSTITUTO" se destinarán en forma exclusiva a los proyectos señalados en la Cláusula Primera. Dichos recursos no podrán traspasarse a otros programas, unidades o acciones distintas a las previstas en el presente Convenio y su Anexo Técnico.

"Los Subsidios" que se transfieran en los términos de este Convenio de Colaboración no pierden su carácter federal, en consecuencia, para efectos de su administración se deberán observar las disposiciones legales y normativas federales que resulten aplicables y estarán sujetos a la disponibilidad del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2015.

Queda expresamente estipulado, que la transferencia de los "Subsidios" otorgada en el presente instrumento no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios siguientes; por lo que no implica el compromiso de transferencias posteriores, ni a ejercicios fiscales subsecuentes con cargo a la Federación, para complementar cualquier otro gasto administrativo o de operación vinculado con el objeto del mismo.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, como gasto corriente o gasto de capital.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere esta Cláusula, deberán destinarse al objeto del presente Convenio, es decir, a los proyectos beneficiarios de conformidad con lo que establece la Cláusula Primera.

Los "Subsidios" que transfiere la "SECRETARÍA", se aplicarán al concepto y hasta por los importes que se detallan en el Anexo Técnico que acompaña a este Convenio

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio de Colaboración, "LAS PARTES" se sujetarán a lo establecido en las "Reglas de Operación", así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

TERCERA.- TIPOS DE PROYECTOS SUSCEPTIBLES DE RECIBIR FINANCIAMIENTO

Se otorgarán apoyos financieros mediante transferencias conforme a lo siguiente y de acuerdo a lo señalado en el Anexo Técnico que acompaña a este instrumento:

I. Proyectos de Gestión: son proyectos de mejora que se desarrollan en los Establecimientos de Atención Médica con la finalidad de incidir en la mejora de procesos, y en el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Estos proyectos deberán enfocarse en la integración de Redes de Servicios de Salud que incidan en los temas señalados como prioritarios en las Reglas de Operación del Programa.

   - Hasta un importe máximo de $3, 000,000.00 (Tres millones de pesos 00/100 M.N.) por proyecto conforme a la convocatoria respectiva.

II. Proyectos de Capacitación: que desarrollan las Áreas de Calidad de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de que los profesionales de la salud, adquieran conocimientos, técnicas, herramientas y habilidades que coadyuven a mejorar la calidad de los servicios de salud

- Hasta un importe máximo de $350,000.00 (Trescientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) por proyecto conforme a la convocatoria respectiva.

III. Proyectos de Investigación Operativa: que desarrollan los Establecimientos de Atención Médica en materia de calidad, con énfasis en la Seguridad del Paciente con la finalidad de generar conocimientos basados en la evidencia científica mismos que deberán ser innovadores.

- Hasta un importe máximo de $200,000.00 (Doscientos mil pesos 00/100 M.N.) por proyecto conforme a la convocatoria respectiva.

IV. Premio Nacional de Calidad en Salud: que se otorga mediante cinco categorías a los Establecimientos de Atención Médica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como áreas administrativas y de calidad definidos en la población objetivo, en función del grado de avance y consolidación del sistema de gestión de la calidad basado en el Modelo de Gestión de Calidad Total

- **Categoría 01: Unidades de Primer Nivel de Atención en la que se otorgará un reconocimiento por un monto de $750,000.00 (Setecientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).**

  Esta categoría considera la participación de las Unidades de Consulta Externa, Unidades de Atención Primaria, los Centros de Salud Rurales y Urbanos, Hospitales Comunitarios, Centros de Servicios de Especialidades (Unidades Médicas Especializadas en Salud; Centros de Atención para pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual o VIH-Sida; Centros de Atención Primaria en Atenciones; Centros Integrales de Salud Mental, Centros de Atención de Enfermedades Crónico Degenerativas y a los Centros de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama) o sus similares en las diversas instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

- **Categoría 02: Hospitales Generales y de Especialidad, $650,000.00 (Seiscientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)**

  Dirigida a los Establecimientos de Atención Médica que ofrecen servicios de especialidades básicas de servicios de salud, con capacidad resolutiva en medicina familiar, urgencias y padecimientos de alta prevalencia que requieren de servicios de medicina interna, cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría.

- **Categoría 03: Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales Federales de Referencia $550,000.00 (Quinientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)**

  Que considera a los servicios médicos de alta especialidad que comprenden para su operación subespecialidades médicas e incorporan tecnologías de punta, infraestructura, equipo de avanzada y se ocupa de la formación de sub-especialistas. Se incluye a la docencia, el trabajo académico y de investigación, asociada a la función asistencial, incorpora aspectos innovadores al interior de las disciplinas existentes.

  En esta categoría agrupa a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales, Hospitales Centrales, Hospitales Generales de Referencia, Establecimientos de Atención Médica de Alta Especialidad y Centros Médicos.

- **Categoría 04: Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento $300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 M.N.),**

  Laboratorios de Salud Pública, Centros de Transfusión Sanguínea y otros servicios orientados a complementar el diagnóstico o procedimientos terapéuticos

- **Categoría 05: Áreas Administrativas y de Calidad $250,000.00 (Doscientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)**

  Unidades organizacionales, locales, estatales, regionales o nacionales, dedicadas a la administración de recursos financieros, bienes muebles e inmuebles y recursos humanos.

CUARTA.- REINTEGRO DE LOS RECURSOS

"LAS PARTES" deberán ejercer "Los Subsidios" a más tardar el último día del ejercicio fiscal 2015, en caso de que al 31 de diciembre no se encuentren devengados en términos de lo señalado por el artículo 176 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, los "Subsidios" junto con sus rendimientos financieros deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, a más tardar en los siguientes 15 días naturales al cierre del ejercicio, conforme a lo establecido en el artículo 54 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. En este sentido, el "INSTITUTO" deberá de comprobar que "Los Subsidios" han sido devengados, en la forma y términos establecidos en el presente instrumento y en "Las Reglas de Operación".

Los recursos se entenderán devengados para cada una de" LAS PARTES" conforme a lo establecido por la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

Asimismo, procederá que el "INSTITUTO" reintegre a la Tesorería de la Federación los recursos que le fueron transferidos cuando:

I. Hayan sido utilizados en fines distintos a los pactados, y

II. Cuando la "SECRETARÍA" así se lo requiera, por haber incumplido cualquiera de las obligaciones contraídas.

En los supuestos señalados en los numerales I y II, el reintegro se hará dentro de los 30 días siguientes a los que la "SECRETARÍA" le requiera el reintegro.

QUINTA.- OBLIGACIONES DE LA "SECRETARÍA"

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, la "SECRETARÍA" por conducto de la "DGCES" se compromete a:

I. El proceso de evaluación de los proyectos participantes y reportes de calidad estará a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que será la encargada de integrar un comité de evaluación con la finalidad de analizar y evaluar las solicitudes susceptibles de apoyo financiero para contar con el dictamen de resultados que avalará el Comité Sectorial para el otorgamiento de financiamiento a proyectos de mejora de la calidad en la atención médica.

El "COMITÉ SECTORIAL", es órgano colegiado facultado para avalar el Dictamen de los proyectos a beneficiar. La integración y funciones del "COMITÉ SECTORIAL" se describen en el punto 4.8.2 de las "Reglas de Operación".

II. Transferir al "INSTITUTO" los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, , a efecto de que sean aplicados específicamente para el financiamiento de cada uno de los proyectos que resultaron beneficiarios mediante el dictamen emitido por el "COMITÉ SECTORIAL", conforme al proceso de elegibilidad, descrito en las "Reglas de Operación", sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD", para cumplir con el objeto del presente Instrumento.

III. Proporcionar al "INSTITUTO" a través de la "DGCES" la asesoría técnica necesaria para la ejecución de "Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica", así como "Premio Nacional de Calidad en Salud", para el desarrollo del Programa Calidad en la Atención Médica orientados a mejorar la calidad de los mismos.

IV. Supervisar que los recursos presupuestarios federales que en virtud de este instrumento se transfieran, no permanezcan ociosos y sean aplicados únicamente para la realización del objeto al que son destinados, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.

V. Apoyar al "INSTITUTO" a través de la "DGCES" con asesoría técnica para el desarrollo de los compromisos y obligaciones que deriven del presente Convenio.

VI. Evaluar en coordinación con el "INSTITUTO", Evaluar en coordinación con "EL OPD", el impacto de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este instrumento y, en su caso, de acuerdo con los indicadores que se consignan en este Convenio.

VII. En coordinación con el "INSTITUTO", dar seguimiento y evaluar la ejecución de los "Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica", así como "Premio Nacional de Calidad en Salud", para el desarrollo del Programa Calidad en la Atención Médica, orientados a mejorar la calidad en las unidades prestadoras de servicios de salud seleccionadas.

VIII. Solicitar la entrega del expediente que contenga el informe de actividades por escrito de los avances en el cumplimiento del objeto del presente instrumento, el reporte de cumplimiento de metas e indicadores de resultados de los proyectos, así como la "relación de gastos" que sustenten y fundamenten la aplicación de los recursos presupuestarios federales al "INSTITUTO", de acuerdo al numeral 4: "Lineamientos" de las "Reglas de Operación".

IX. Aplicar las medidas que procedan de acuerdo con la normativa e informar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública Federal, a la Auditoría Superior de la Federación y a la Secretaría de Contraloría en el ámbito estatal, el caso o casos en que los recursos presupuestarios federales, permanezcan ociosos o que no hayan sido aplicados por el "INSTITUTO" para los fines que en este instrumento se determinan, ocasionando como consecuencia el reintegro de los recursos al Erario Federal (Tesorería de la Federación).

X. Informar en la cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos transferidos con motivo del presente Convenio.

XI. Realizar los registros presupuestarios correspondientes.

XII. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con el "INSTITUTO", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

SEXTA.- OBLIGACIONES DEL "INSTITUTO"

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, el "INSTITUTO" se compromete a:

I. Que los "Subsidios" que se transfieren, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados por el "INSTITUTO" en su contabilidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública, sin que por ello pierdan su carácter federal.

II. Gestionar la apertura de una cuenta bancaria productiva, única y específica que permita la identificación de los recursos que se transferirán, para efectos de comprobación de su ejercicio y fiscalización.

III. Aplicar los recursos exclusivamente para la ejecución de los proyectos, conforme a lo establecido en la Cláusula primera del presente convenio para el desarrollo puntual del "PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA", sujetándose a los objetivos, metas e indicadores convenidos específicamente en el presente instrumento.

IV. Observar y vigilar que en la aplicación de los recursos federales derivados del presente instrumento, se atienda lo señalado en las "Reglas de Operación".

V. Dar seguimiento a las acciones definidas en cada uno de los proyectos beneficiarios, a efecto de verificar el cumplimiento de las metas establecidas en los mismos.

VI. Verificar que el ejercicio del presupuesto asignado a los proyectos beneficiarios, se realice de conformidad con las acciones establecidas en los mismos.

VII. Remitir en un plazo no mayor a 15 días hábiles posteriores a la recepción de la ministración correspondiente, a la "SECRETARÍA", a través de la "DGCES", el recibo que acredite la recepción de dicha ministración, de conformidad con lo establecido en las "Reglas de Operación".

VIII. Los recursos presupuestarios federales transferidos, que después de radicados en el "INSTITUTO", no hayan sido aplicados para la ejecución de los proyectos beneficiarios serán considerados por la "SECRETARÍA" como incumplimiento del presente instrumento y será causa de reintegro de los recursos transferidos con los rendimientos financieros obtenidos al Erario Federal (Tesorería de la Federación) dentro de los 15 días siguientes en que los requiera la "SECRETARÍA".

IX. Informar a la "SECRETARÍA", a través de la "DGCES" la fecha en que recibieron los recursos presupuestarios federales objeto de transferencia, conforme a lo dispuesto en las "Reglas de Operación".

X. Difundir en la página de Internet el Programa financiado con los recursos presupuestarios federales que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.

XI. Entregar trimestralmente a la "SECRETARÍA", a través de la "DGCES", la relación detallada sobre las erogaciones del gasto elaborada y validada por la Unidad Ejecutora.

XII. Informar a la "SECRETARÍA" a través de la "DGCES", a los 10 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre de que se trate, sobre el avance técnico y financiero de los proyectos previstos en este instrumento.

XIII. Proporcionar la información y documentación que en relación con los recursos que se deriven de la aplicación del presente Convenio, y que requieran los órganos de inspección y control facultados para tal efecto, así como permitir a éstos las visitas de fiscalización que en el ejercicio de sus respectivas atribuciones lleven a cabo. La documentación que se derive del presente Convenio deberá ser identificada con un sello que indique el nombre del programa, origen del recurso y el ejercicio correspondiente.

XIV. Atender todas las indicaciones y recomendaciones que la "SECRETARÍA" le comunique, para el mejor desarrollo del objeto del presente Convenio.

SÉPTIMA.- REGLAS DE OPERACIÓN

Todo lo relativo a mecanismos de control y seguimiento, resguardo de los soportes administrativos y los anexos técnicos, evaluación e indicadores se realizará conforme a lo dispuesto por "las Reglas de Operación".

OCTAVA.- CONTROL, VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

Las acciones de inspección, control, vigilancia y evaluación de los recursos, corresponderá a la Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), a la Secretaría de la Función Pública (SFP) y a la Auditoría Superior de la Federación (ASF) conforme a las atribuciones que les confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley de Fiscalización Superior de la Federación y demás disposiciones aplicables, sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice el Órgano Interno de Control correspondiente.

Las responsabilidades administrativas, civiles o penales derivadas de afectaciones a la Hacienda Pública Federal que en su caso, incurran los servidores públicos federales, estatales o locales, así como los particulares, serán sancionados en los términos de la legislación aplicable.

NOVENA.- VERIFICACIÓN

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio, la "SECRETARÍA" y el "INSTITUTO" se comprometen a adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requerida para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

DÉCIMA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

"LAS PARTES" convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios señalados por "LAS PARTES" en el apartado de Declaraciones.

En caso de que alguna de las partes cambie de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con 30 días naturales de anticipación a que dicho cambio de ubicación se realice.

DÉCIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO

"LAS PARTES" acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse, de común acuerdo y por escrito, mediante convenio modificatorio, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables, el cual surtirá sus efectos al momento de su firma y pasará a ser parte integrante del presente instrumento.

Las modificaciones al Convenio obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de la entidad federativa, a la brevedad.

En caso de contingencias para la realización del programa previsto en este instrumento, ambas partes acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del Convenio Modificatorio correspondiente.

DÉCIMA SEGUNDA.- RELACIÓN LABORAL

Queda expresamente estipulado que "LAS PARTES" suscriben el presente Convenio en atención a que cada una cuenta con el personal necesario y los elementos propios para realizar las actividades objeto de este instrumento legal, por lo que tanto, aceptan que en relación con el personal que cada una de ellas designe para la ejecución de este instrumento, no existirá relación alguna de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la contraparte, a la que no podrá considerársele como patrón sustituto o solidario; asumiendo cada una de ellas las responsabilidades que les corresponda respecto de su personal designado.

DÉCIMA TERCERA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

"LAS PARTES" no tendrán responsabilidad por los daños y perjuicios que pudieran ocasionarse por causas de fuerza mayor o caso fortuito que impidan, la ejecución total o parcial de las obligaciones derivadas del presente instrumento.

Una vez superados dichos eventos se reanudarán las actividades en la forma y términos que señalen "LAS PARTES".

DÉCIMA CUARTA.- CAUSAS DE TERMINACIÓN

"LAS PARTES" acuerdan que el presente Convenio podrá darse por terminado anticipadamente, previa notificación escrita que se realice con 30 días naturales de anticipación, cuando se presente alguna de las siguientes causas:

I. Por cumplimiento del objeto por el que fue celebrado, y

II. Por acuerdo de "LAS PARTES".

DÉCIMA QUINTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN

El presente Convenio podrá rescindirse, por el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas en el presente instrumento.

DÉCIMA SEXTA.- ACCESO A LA INFORMACIÓN

La información que se presente obtenga o produzca en virtud del cumplimiento del presente instrumento será clasificada atendiendo a los principios de confidencialidad, reserva y protección de datos personales que derivan de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que "LAS PARTES" se obligan a utilizarla o aprovecharla únicamente para el cumplimiento del presente instrumento.

En consecuencia "LAS PARTES" se obligan a no revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, modificar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información que tenga carácter de confidencial, sin la autorización previa y por escrito del titular de la misma y de "LAS PARTES".

DÉCIMA SÉPTIMA.- DIFUSIÓN

El Ejecutivo Federal, a través de la "SECRETARÍA" y el "INSTITUTO" convienen elevar los niveles de transparencia en el ejercicio de los recursos a que se refiere este Convenio; para tal efecto, promoverán, en su caso, la publicación de los resultados de los proyectos financiados, en las páginas de Internet que tengan disponibles, así como en los medios y con la frecuencia que establece el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015.

DÉCIMA OCTAVA.- VIGENCIA

El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos desde el momento de su firma, y tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015.

DÉCIMA NOVENA.- INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO

"LAS PARTES" reconocen que el presente Convenio Específico de Colaboración es producto de la buena fe, por lo que en caso de que surgieran diferencias respecto al alcance, interpretación o ejecución del mismo, a afecto de determinar sus derechos y compromisos que deban prevalecer, ambas partes se comprometen a agotar todas las medidas conciliatorias, respondiendo a los principios de buena fe, equidad y justicia, apoyándose en las "Reglas de Operación" para el ejercicio fiscal 2015. En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, se someterán a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este Convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

Leído el presente Convenio Específico de Colaboración y enteradas "LAS PARTES" de su contenido y consecuencias legales, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los xx días del mes de xxx del ejercicio fiscal 2015.

POR LA "SECRETARÍA"	POR EL "INSTITUTO"
DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD	DRA. TERESITA CORONA VÁZQUEZ DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	**TESTIGO** DR. MARCOS HERNÁNDEZ GONZÁLEZ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

HOJA DE FIRMAS DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN SUSCRITO POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ EL XX DEL MES DE XXXX DE 2015.

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

63. PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA DIFUSIÓN DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA, ASISTENCIA SOCIAL E INFRAESTRUCTURA SANITARIA

1. PROPÓSITO

1.1 Dar a conocer las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás instrumentos normativos vigentes a las que deben sujetarse los sectores público, social y privado, así como al interior de los Servicios Estatales de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, mismas que están involucradas en promover la difusión de la normatividad vigente en materia de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar, actualizar y adecuar Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, coadyuva a difundir las Normas Oficiales Mexicanas en los sectores público, social y privado, así como al interior de los Servicios Estatales de Salud; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, revisa las publicaciones del Diario Oficial de la Federación e identifica las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica, asistencia social y hospitales; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, integra las listas de correos electrónicos de los representantes del Grupo Técnico Interinstitucional y tramita el envió de los oficios y folletos a las diferentes Instituciones, Sociedades y Dependencias Gubernamentales; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, analiza la información y en su caso aprueba.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar, actualizar y adecuar Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable de coadyuvar a difundir las Normas Oficiales Mexicanas en los sectores público, social y privado, así como al interior de los Servicios Estatales de Salud.

3.3 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable revisar las publicaciones del Diario Oficial de la Federación e identificar las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica, asistencia social y hospitales.

3.4 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de integrar las listas de correos electrónicos de los representantes del Grupo Técnico Interinstitucional y realizar el trámite ante la oficialía de partes para el envió de los oficios y folletos a las diferentes Instituciones, Sociedades y Dependencias Gubernamentales.

3.5 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud, Recibe y analiza la información, en su caso aprueba continuar con los trámites. Envía comunicación al Departamento de Sistemas de Información, para incorporar las NOM´s en la página WEB Procede: No: Objeta la continuidad con los trámites: Regresa a la actividad 5.
SI: Autoriza los trámites: Continúa Procedimiento. Recibe y analiza la información, en su caso aprueba continuar con los trámites. Envía comunicación al Departamento de Sistemas de Información, para incorporar las NOM´s en la página WEB. No procede: No: Regresa a la actividad 5. Si procede: Continúa Procedimiento.

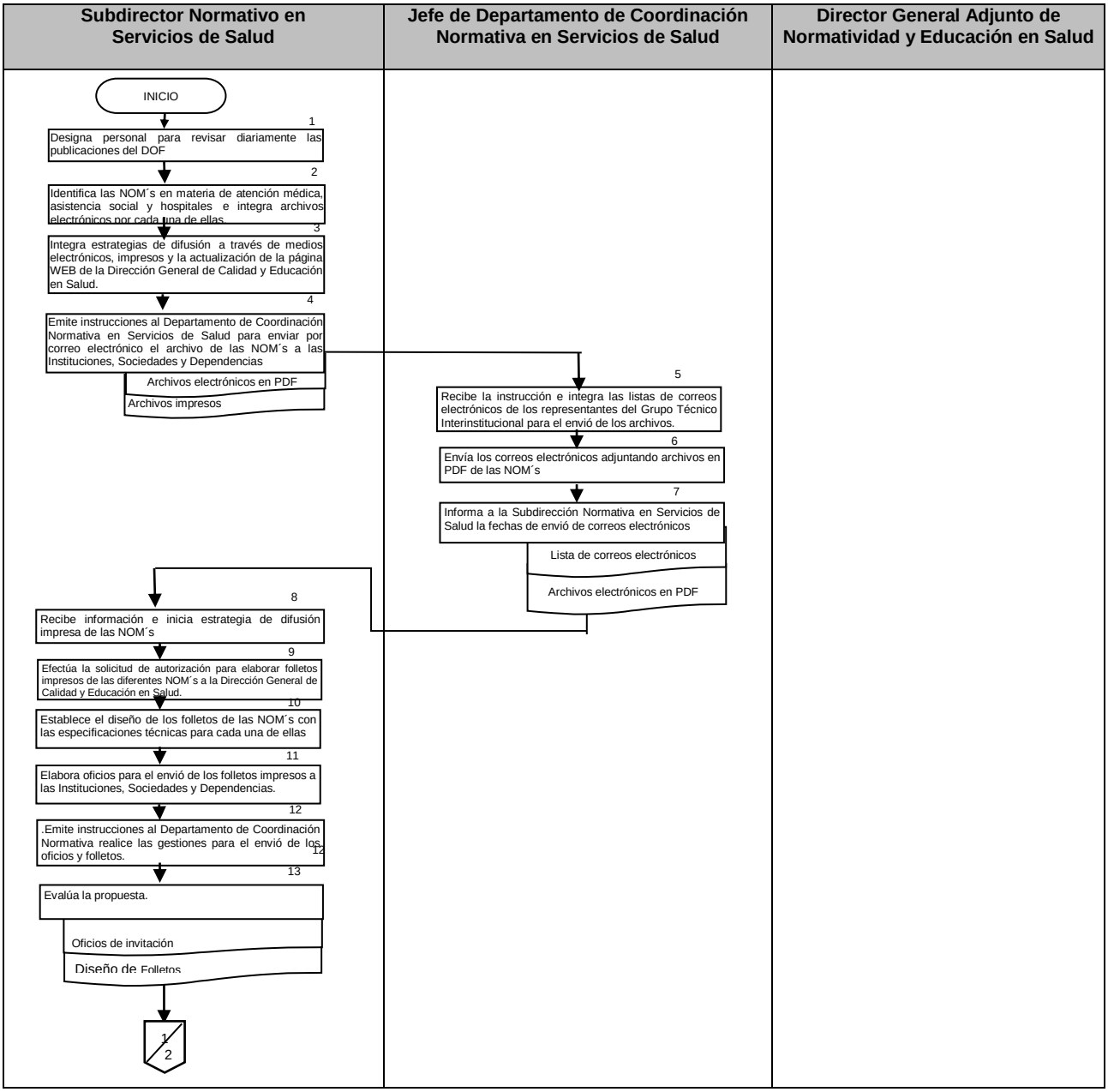
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Designa personal para revisar diariamente las publicaciones del Diario Oficial de la Federación.	
	2	Identifica las Normas Oficiales Mexicanas (NOM´s) en materia de atención médica, asistencia social y hospitales e integra archivos electrónicos por cada una de ellas.	Archivos electrónicos en PDF de las NOM´s
	3	Integra estrategias de difusión a través de medios electrónicos, impresos y la actualización de la página WEB de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Archivos Impresos
	4	Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud para enviar por correo electrónico el archivo de las NOM´s a las Instituciones, Sociedades y Dependencias.	
Jefe de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	5	Recibe la instrucción e integra las listas de correos electrónicos de los representantes del Grupo Técnico Interinstitucional para el envió de los archivos.	Lista de correos electrónicos
	6	Envía correos, adjuntando archivos en PDF de las NOM´s	Archivos electrónicos en PDF de las NOM´s
	7	Informa a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud la fechas de envió de correos electrónicos	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	8	Recibe información e inicia estrategia de difusión impresa de las NOM´s	Oficios
	9	Efectúa la solicitud de autorización para elaborar folletos impresos de las diferentes NOM´s a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Diseño de folletos
	10	Establece el diseño de los folletos de las NOM´s con las especificaciones técnicas para cada una	

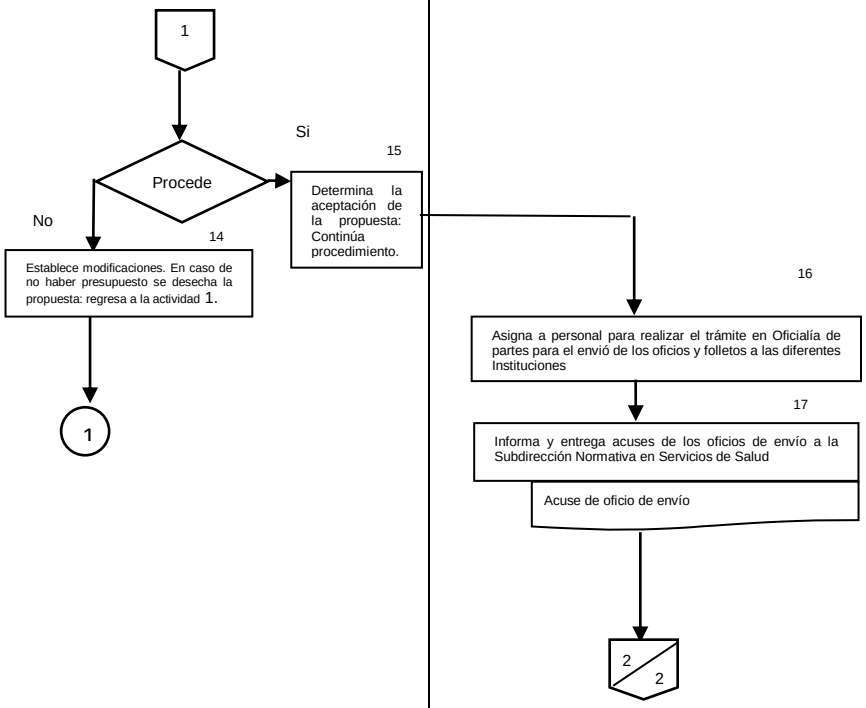
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		de ellas.	
	11	Elabora oficios para el envió de los folletos impresos a las Instituciones, Sociedades y Dependencias.	
	12	Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa realice las gestiones para el envió de los oficios y folletos.	
	13	Evalúa la propuesta.	
	14	Procede:	
	15	NO: Establece modificaciones. En caso de no haber presupuesto se desecha la propuesta: regresa a la actividad 1.	
		SI: Determina la aceptación de la propuesta: Continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	16	Asigna personal para realizar el trámite en oficialía de partes, para el envió de los oficios y folletos a las diferentes Instituciones, Sociedades y Dependencias Gubernamentales.	
	17	Informa y entrega acuses de los oficios de envío a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud	Acuse de oficio de envío
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	18	Prepara la información general de las NOM´s en medio electrónico.	
	19	Envía a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud para su aprobación	Archivo electrónico de las NOM´s
Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud	20	Recibe y analiza la información, en su caso aprueba continuar con los trámites.	
	21	Envía comunicación al Departamento de Sistemas de Información, para incorporar las NOM´s en la	

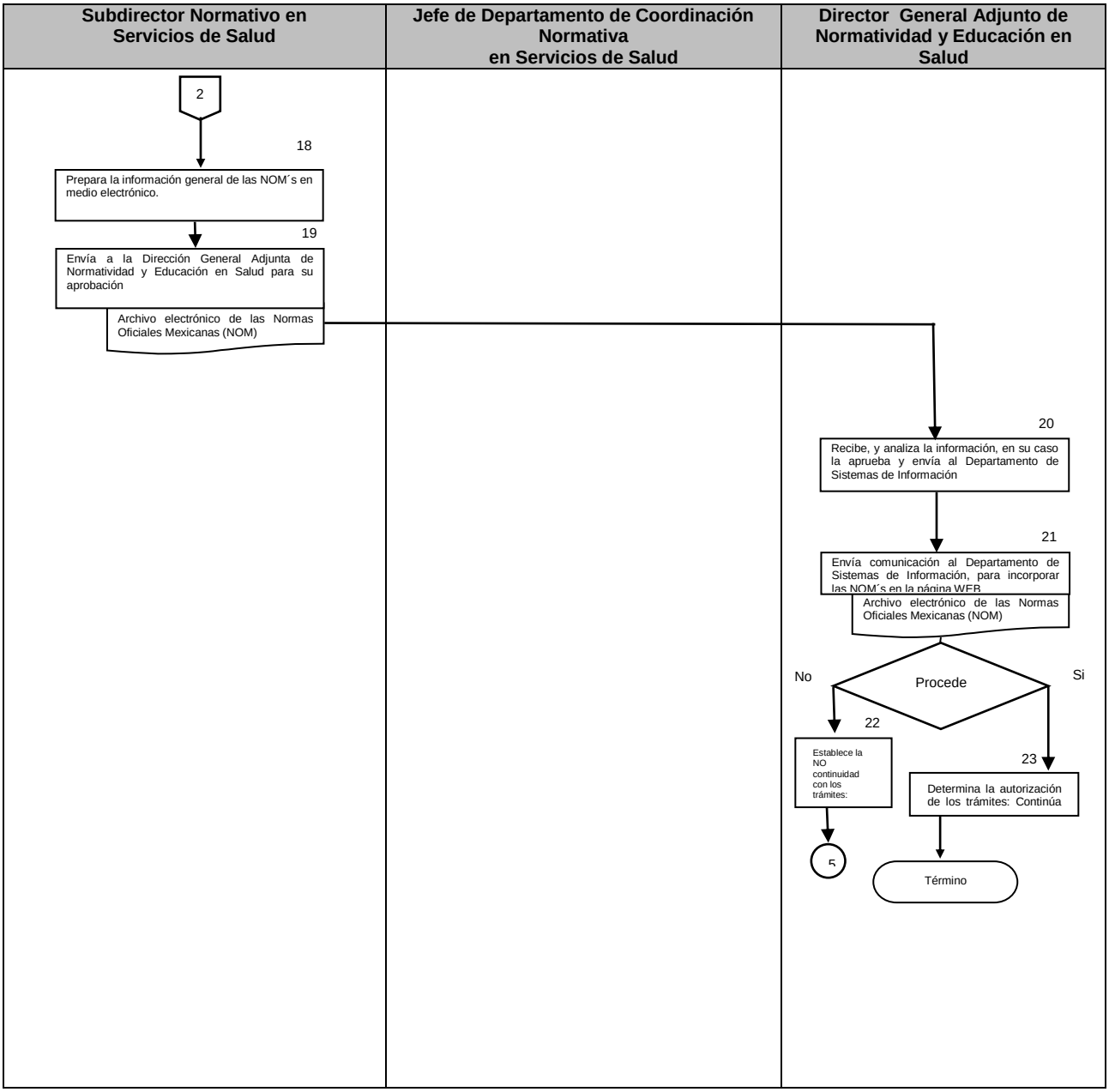
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		página WEB Procede:	
	22	No: Establece la NO continuidad con los trámites: Regresa a la actividad 5.	
	23	SI: Determina la autorización de los trámites: Continúa Procedimiento	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5.DIAGRAMA DE FLUJO



Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud




Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Jefe de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Educación en Salud
2
18
Prepara la información general de las NOM´s en medio electrónico.
19
Envía a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Educación en Salud para su aprobación
Archivo electrónico de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM)
20
Recibe, y analiza la información, en su caso la aprueba y envía al Departamento de Sistemas de Información
21
Envía comunicación al Departamento de Sistemas de Información, para incorporar las NOM´s en la página WEB
Archivo electrónico de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM)
Procede
No
Si
22
Establece la NO continuidad con los trámites:
5
23
Determina la autorización de los trámites: Continúa
Término

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.2 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.4 Guía para la redacción, estructuración y presentación de Normas Oficiales Mexicanas.	NMX-Z13
6.5 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Copia de Oficios de invitación a Instituciones, Dependencias, Colegios y Academias	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2. Archivos electrónicos e impresos de las NOM´s en Formato PDF	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 .Lista de correos electrónicos	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.4.Folletos impresos de las NOM´s	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Difusión de la Normatividad: es la divulgación por medios impresos o electrónicos, a través los cuales se dan a conocer las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos jurídico-sanitarios a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado.

8.2 Marco Jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2.	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficios de invitación
10.2 Lista de Correos electrónicos
10.3 Folletos impresos de las NOM´s
10.4 Archivo electrónico de las NOM´s

10.2 Oficios de Invitación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. DGCES- 02118 -2015

México, D.F., a 01 de junio de 2015

DRA. ELIZABETH CASTRO MILLA
DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL
ÁNGELES LOMAS, S.A. DE C.V.
P R E S E N T E

Me permito hacer de su conocimiento, que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), incluyó en el Programa de Normalización 2015 la revisión y actualización de tres Normas Oficiales Mexicanas, que en el transcurso del presente año concluyen su periodo quinquenal, mismas que con base en lo dispuesto por la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y su Reglamento, requieren ser revisadas y en su caso, modificadas a fin de mantener vigente su contenido.

Por tal motivo, me es grato extenderle una cordial invitación para que tenga a bien designar un representante, para asistir a las sesiones de trabajo de cada uno de los Grupos Técnicos Interinstitucionales encargados de la revisión y actualización de las siguientes normas:

- NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Las reuniones se llevarán a cabo en esta unidad administrativa, sito en Av. Homero 213, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo.

Para tal propósito, anexo al presente un Disco Compacto con el calendario de reuniones y tres archivos electrónicos de los documentos de trabajo en formato de tres columnas, para facilitar su revisión, formulación de comentarios o propuestas y en su caso, la justificación jurídica o técnica que corresponda, el cual constituye el material básico para iniciar las sesiones de trabajo.

Mucho agradeceré tenga a bien confirmar la asistencia y datos de su representante, por este medio, al teléfono 20 00 34 41 o a las direcciones de correo electrónico siguientes: adolfo.serrano@salud.gob.mx o normatividad.dgces@salud.gob.mx.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

HOSPITAL ANGELES
Sucs. Lomas
11 JUN 2015
11:48hrs
DIRECCION GENERAL

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.-Presente.
C.c.p. Lic. Leticia Angélica García Otamendi.- Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.-Presente.

Anexo: Disco Compacto

SIN FOLIO DE LA DGCES
Sección/Serie: 1S.1
EMC/ASV

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato.

10.2Lista de correos electrónicos

De: "Normatividad de la Direccion Geneal de Calidad y Educacion en" <normatividad.dgces@salud.gob.mx>
Fecha: martes, 23 de septiembre de 2014 09:48 a.m.
Para: <alarcon2410@hotmail.com>; <guidocoello@hotmail.com>; <emergency1adrian@hotmail.com>; <ivillarreal@cruzrojamexicana.org.mx>; <avillavicencio@medicamovil.com>; <irenevillegascenetec@gmail.com>; <avillegas@ssp.df.gob.mx>; "Hector Roman de la Llata Dominguez" <hector.delallata@salud.gob.mx>; "Luis Canton Garcia" <luis.canton@salud.gob.mx>; "Laura Rocío Espinosa Cervantes" <laura.espinosa@salud.gob.mx>; "Ricardo Cardenas Orosco" <ricardo.cardenas@salud.gob.mx>; "Nancy Grisell Ramirez Herrera" <nancy.ramirez@salud.gob.mx>; "Maria Eugenia Fragoso Castañeda" <maria.fragoso@salud.gob.mx>; "Adolfo Serrano Moya" <adolfo.serrano@salud.gob.mx>
CC: "Normatividad de la Direccion Geneal de Calidad y Educacion en" <normatividad.dgces@salud.gob.mx>
Adjuntar: NOM 034 SSA3 2013.pdf
Asunto: Publicación de la NOM-034-SSA3-2013

DISTINGUIDOS INTEGRANTES DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL (GTI) QUE PARTICIPÓ EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA NOM-034-SSA3-2013, ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA Y PARTICIPANTES DE OTROS GTI QUE NOS HAN HECHO EL FAVOR DE ACOMPAÑARNOS.

En cumplimiento de los acuerdos y compromisos establecidos en las reuniones de trabajo con el GTI, anexo les enviamos el archivo electrónico de la **NORMA oficial mexicana NOM-034-SSA3-2013, ATENCIÓN MEDICA PREHOSPITALARIA.**

Dicha Norma se publicó el día de hoy 23 de Septiembre de 2014, en el Diario Oficial de la Federación.

Agradeciendo su apoyo y colaboración.

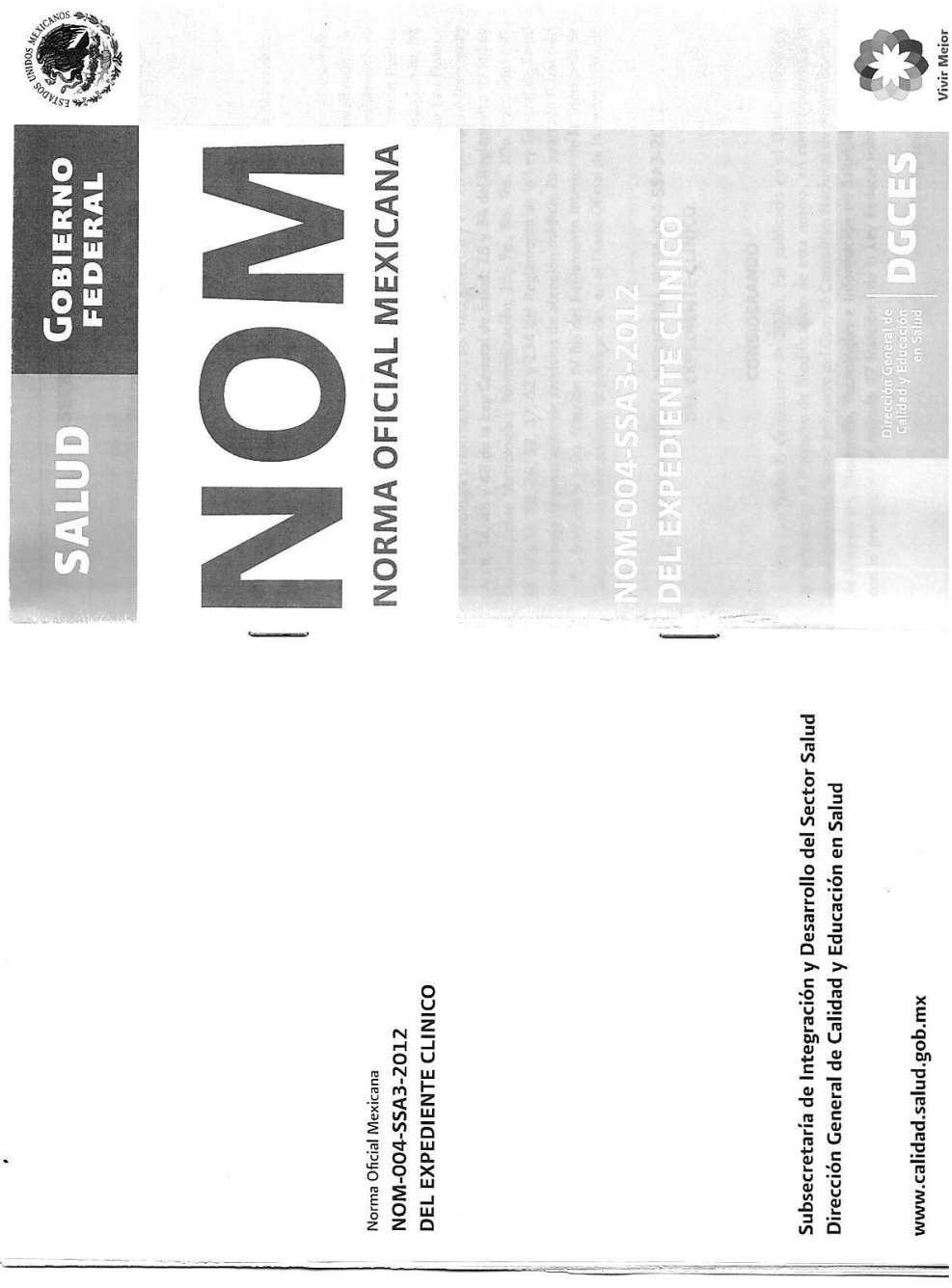
Sin otro particular, nos es grato enviarles un cordial saludo.

Atentamente:

Coordinación Normativa en Servicios de Salud

Normatividad.dgces@salud.gob.mx

10.3Folletos impresos de las NOM´s



10.4 Archivos Electrónicos de las Normas Oficiales Mexicanas

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

VIGENTES

Subcomité de Regulación de Servicios y Educación en Salud

Normas	Documento
NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	P D F WORD
NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.	P D F WORD
NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodíalisis.	P D F WORD
NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	P D F WORD
NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	P D F WORD
NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.	P D F WORD
NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.	P D F WORD
NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.	P D F WORD

64. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA REVISIÓN DE LA NORMATIVIDAD EXISTENTE Y PROPONER ALTERNATIVAS PARA ACTUALIZAR LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN CONCORDANCIA CON LA MODIFICACIÓN DE LA BASE JURÍDICA QUE LES DA SUSTENTO

PROPÓSITO

1.1 Actualizar los instrumentos jurídico-sanitarios que regulan la prestación de servicios de atención médica y asistencia social, para mantener vigente el marco jurídico en materia de prestación de servicios de salud de la población nacional.

ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud determina, los instrumentos y disposiciones legales; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, establece mecanismos para llevar a cabo los procedimientos de actualización de las disposiciones legales en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social ;la Dirección de Procesos Normativos en Salud, coordina los trabajos de las áreas responsables de elaborar las propuestas de modificación a las disposiciones que se determinen; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, determina los instrumentos jurídicos para al proceso de actualización; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, elabora la propuesta de actualización.

2.2 A nivel externo:

El Procedimiento es aplicable a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales, de los sectores social y privado, que prestan servicios de atención médica y asistencia social. Formalizar solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Secretaría de Salud como órgano rector y coordinador del Sistema Nacional de Salud, impulsará la permanente actualización de las disposiciones legales e instrumentos jurídico-sanitarios en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social.

3.2. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de determinar, por si sola o atendiendo recomendaciones y solicitudes de instancias legislativas externas, los instrumentos y disposiciones legales que requieren ser actualizados y modificadas para mantenerlas vigentes en la prestación de servicios de atención médica.

3.3. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, establecerá los mecanismos que deban de ser utilizados para llevar a cabo los procedimientos de actualización de las disposiciones legales en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social que corresponda. Recibe propuestas y formaliza solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

3.4. La Dirección de Procesos Normativos en Salud, coordinará los trabajos de las áreas responsables de elaborar las propuestas de modificación a las disposiciones que se determine.

3.5. La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, Revisará los Instrumentos Jurídico Sanitarios y determinara cuales se someterán al proceso de Actualización.

3.6. El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de analizar los ordenamientos respectivos y elaborar la propuesta de actualización.

3.7. Las instancias facultadas para llevar a cabo la actualización de las disposiciones jurídico-sanitarias, establecerán comunicación con la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, de la Secretaría de Salud, para dar seguimiento a las propuestas de actualización.

3.8 El Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación. Autoriza propuesta final de actualización. Formaliza oficio de solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos. Recibe dictamen jurídico favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos. Autoriza la elaboración de la solicitud para publicación del instrumento actualizado en el Diario Oficial de la Federación y la firma.

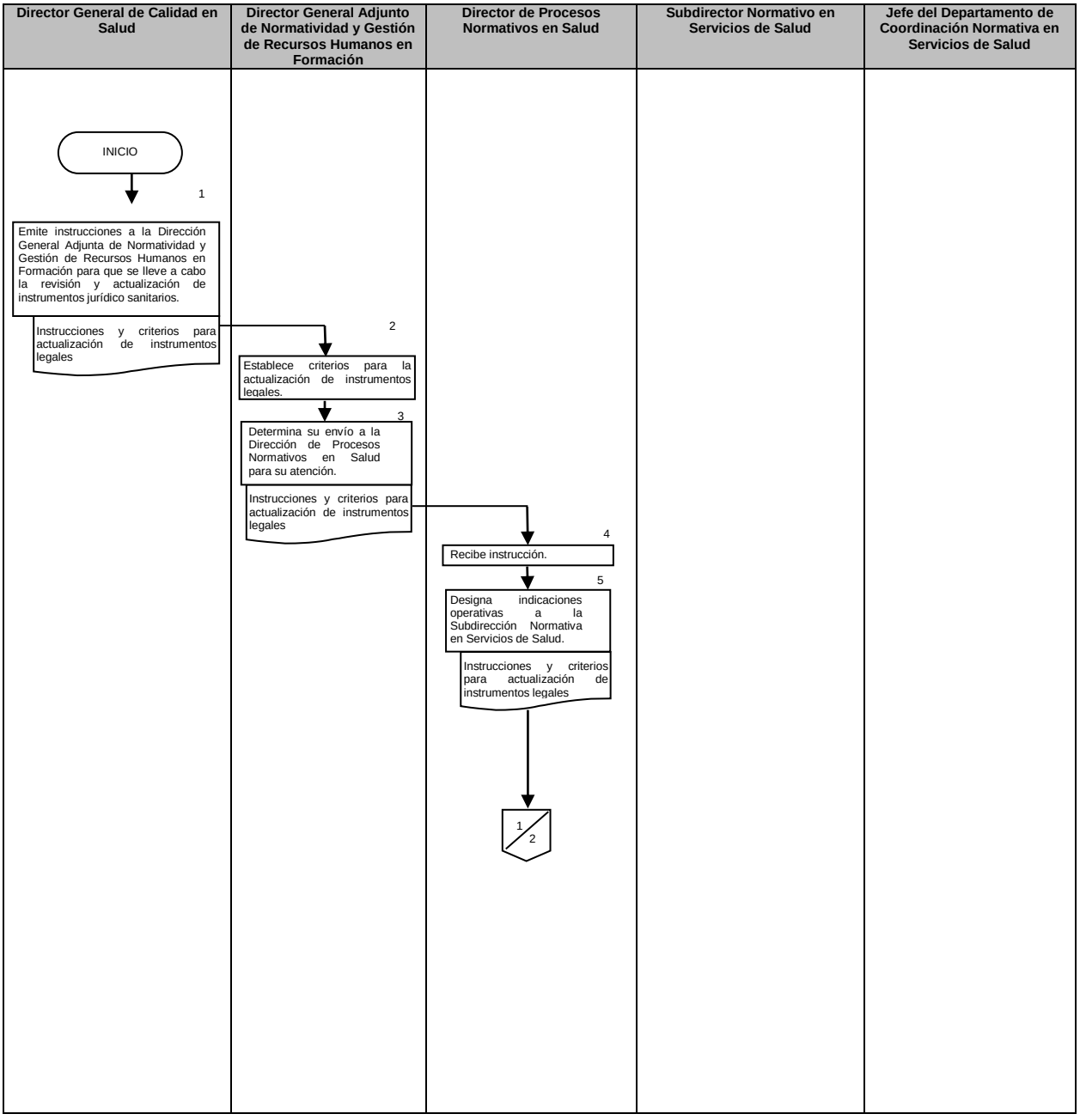
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

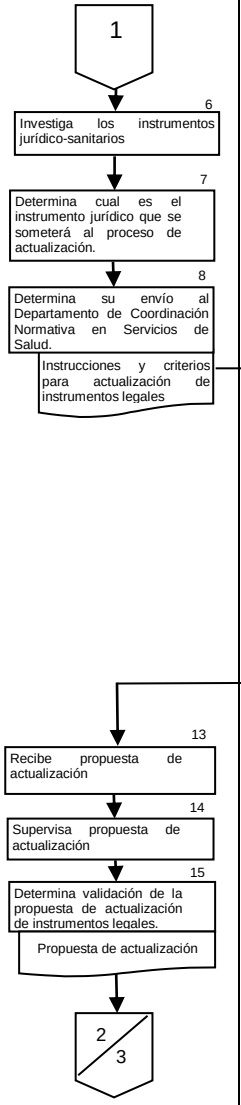
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Emite instrucciones a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para que se lleve a cabo la revisión y actualización de instrumentos jurídico sanitarios.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	2 3	Establece criterios para la actualización de instrumentos legales. Determina su envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	Instrucciones y criterios para actualización de instrumentos legales
Director de Procesos Normativos en Salud	4 5	Recibe instrucción. Designa indicaciones operativas a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.	Instrucciones y criterios para actualización de instrumentos legales
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	6 7 8	Investiga los instrumentos jurídico-sanitarios. Determina cual es el instrumento jurídico que se someterá al proceso de actualización Determina su envío al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud.	Instrucciones y criterios para actualización de instrumentos legales

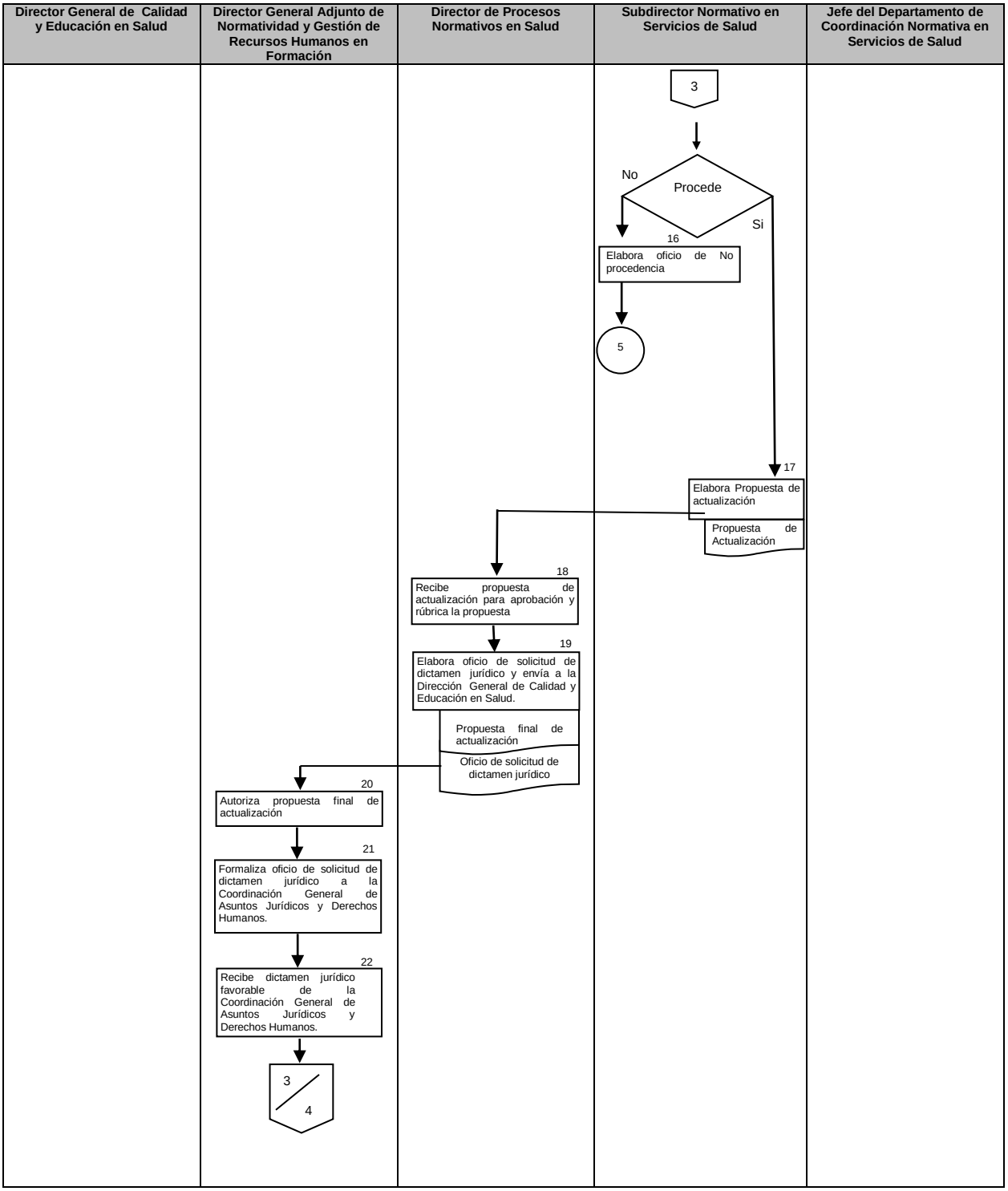
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	9	Recibe instrucción.	
	10	Revisa y analiza los ordenamientos respectivos	
	11	Elabora propuesta de actualización de instrumentos legales.	Propuesta de actualización
	12	Envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para revisión.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	13	Recibe propuesta de actualización	
	14	Supervisa propuesta de actualización	
	15	Determina validación de la propuesta de actualización de instrumentos legales. Procede:	Propuesta de actualización
	16	No: Elabora oficio de No procedencia. Regresa a la actividad 5	
	17	Si: Elabora Propuesta de Actualización.	
Director de Procesos Normativos en Salud	18	Aprueba y rubrica la propuesta de actualización.	Propuesta final de actualización
	19	Elabora oficio de solicitud de dictamen jurídico y envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Oficio de solicitud de dictamen jurídico

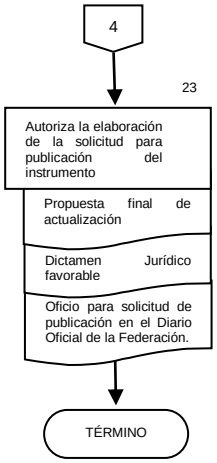
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	20	Autoriza propuesta final de actualización	Propuesta final de actualización
	21	Formaliza oficio de solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	Oficio de solicitud de dictamen
	22	Recibe dictamen jurídico favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	Dictamen jurídico favorable
	23	Autoriza la elaboración de la solicitud para publicación del instrumento actualizado en el Diario Oficial de la Federación y la firma. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficio solicitud de publicación en el Diario Oficial de la Federación.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director General de Calidad en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe del Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
				


Director General de Calidad y Educación en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director de Procesos Normativos en Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Jefe del Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
3
No
Procede
Si
16
Elabora oficio de No procedencia
5
17
Elabora Propuesta de actualización
Propuesta de Actualización
18
Recibe propuesta de actualización para aprobación y rúbrica la propuesta
19
Elabora oficio de solicitud de dictamen jurídico y envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Propuesta final de actualización
Oficio de solicitud de dictamen jurídico
20
Autoriza propuesta final de actualización
21
Formaliza oficio de solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.
22
Recibe dictamen jurídico favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.
3
4

Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe del Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
				

6. DOOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)	N/A
6.2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.3 Ley de los Institutos Nacionales de Salud	N/A
6.4 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.5 Ley Federal de Responsabilidades administrativas de los Servidores Públicos	N/A
6.6 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.7 Ley General de Salud	N/A
6.8 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.9 Reglamento de Insumos y Decreto por el que se reforma el reglamento de insumos y la Ley de Propiedad Intelectual	N/A
6.10 Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	N/A
6.11 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación	N/A
6.12 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica	N/A
6.13 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud	N/A
6.14 Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)	N/A
6.15 Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico	N/A
6.16 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.17 Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General	N/A
6.18 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.19 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio con solicitud de actualización de ordenamientos jurídico sanitarios	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2 Propuesta de actualización	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 Oficio para solicitar la aprobación de la propuesta de actualización	5 años	Subdirección Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.4 Copia del documento actualizado con formato de publicación en el D.O.F.	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco jurídico-sanitario: Es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Ordenamiento jurídico: Instrumento legal que establece los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Instrucciones y criterios para actualización de instrumentos legales
10.2 Oficio de solicitud de dictamen jurídico
10.3 Oficio de solicitud publicación en el D.O.F.

10.1 Instrucciones y criterios para actualización de instrumentos legales

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud
Subdirección Normativa en Servicios de Salud

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

No. de oficio: 01407

México, D.F., a, 12 AGO 2013

Asunto: Se remite para opinión jurídica, proyecto de NOM-037-SSA3-2012, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

Salud Secretaría de Salud
OFICIALÍA DE PARTES
13 AGO 2013
RECIBIDO
NOMBRE:
HORA: 11:00

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS
JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS.
Guadalajara No. 46, 2° Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700, México, D.F.
Presente.-

En mi carácter de Secretario Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), con fundamento en el artículo 8 de las Reglas de Operación del mencionado Comité, remito a usted los documentos relativos al proyecto de la norma NOM-037-SSA3-2012, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, que se describen a continuación:

- Impresión en papel bond del proyecto de la NOM-037-SSA3-2012, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
- Medio magnético con el archivo correspondiente al proyecto de norma.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, la experta opinión jurídica de la Coordinación General a su digno cargo, a fin de poder llevar a cabo en su caso, los ajustes que resulten necesarios, previos a la solicitud formal de publicación como proyecto en el Diario Oficial de la Federación. No omito mencionar que dicho proyecto está incluido en el Programa Nacional de Normalización 2013.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD Y SECRETARIO
TÉCNICO DEL CCNNIDTIS.

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO
13 AGO 2013
CONTROL DE GESTIÓN
NOMBRE
ANEXO 1 medio CD

Anexos: Los documentos que se describen en el cuerpo del oficio.
C.c.p. Dr. Luis Rubén Durán Fontes.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.
C.c.p. Lic. Elvia Macedo de la Concha.- Directora de Procesos Normativos en Salud.- Presente.

EMC/ASM
Sin Folio DGCES.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
30 AGO 2013
Roma 13:54

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 2000 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Oficio de solicitud de dictamen jurídico

0146

SALUD

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
Dirección General Adjunta Consultiva y Contenciosa

Oficio número 0604

México, D.F., a 29 ENE 2014

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO
Director General de Calidad y Educación en Salud y Secretario Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud
P R E S E N T E

Me refiero a sus oficios números 02521 y 00122, mediante los cuales remitió a esta Unidad Jurídica, para su revisión, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

Sobre el particular, de conformidad con las atribuciones que le confiere, a esta Unidad Jurídica, como órgano de asesoría, el artículo 11 Bis, fracción VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, le informo que una vez analizado el documento, en nuestra opinión, no existe inconveniente jurídico con su contenido, toda vez que fueron atendidas las observaciones realizadas por esta Unidad Jurídica, mediante correos electrónicos de fechas 23 de diciembre de 2013 y 24 de enero de 2014.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO

LIC. SERGIO SALVADOR VALDÉS TREJO

SALUD SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO 29 ENE
RECIBIO: Marina
HORA: 14:09

c.c.p. **LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ.**- Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.- Para su conocimiento.- Presente.

ACHE/BEMD/JAGG

Vte. 10584/2013 y 809/2014
Exp. 27428

Guadalajara 46, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, México, D.F.
Tel. (55) 5062 1600 Exts. 53340# y 53335#

10.3 Oficio de solicitud de publicación en el D.O.F

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud
Subdirección Normativa en Servicios en Salud

Oficio No. 00722

México, D.F., a 25 MAR 2014

Asunto: Se remiten documentos para su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | OFICIALÍA DE PARTES
25 MAR. 2014
RECIBIDO

DR. SEBASTIAN GARCÍA SAISÓ.
COORDINADOR DE ASESORES DE LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD.
Lieja No. 7, 1er. Piso
Col. Juárez
Deleg. Cuauhtémoc
06600, México, D.F.

Adjunto al presente, remito a usted en impresión y medio magnético los documentos que se especifican a continuación:

- Respuesta a los comentarios recibidos al PROY-NOM-014-SSA3-2012, así como la versión definitiva de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.
- Respuesta a los comentarios recibidos al PROY-NOM-034-SSA3-2012, así como la versión definitiva de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

Asimismo, remito a usted, en impresión original, los proyectos de oficios para solicitar su publicación como Norma definitiva y Proyectos de Norma, en el Diario Oficial de la Federación, con la atenta solicitud de que, por su amable conducto, sean pasados a la consideración y en su caso, firma del Dr. Eduardo González Pier, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS) y de no tener inconveniente, que puedan ser enviados directamente a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

No omito mencionar que la publicación de los mencionados documentos fue aprobada en la Segunda Sesión Ordinaria 2013 del CCNNIDTIS, celebrada el 25 de noviembre de 2013 e inscritos en el Programa Nacional de Normalización 2014.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO TÉCNICO
DEL CCNNIDTIS.

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO.

03 ABR 2014
RECIBIO: Norma
HORA: 9:20

Anexos: Impresión en papel opalina oficial y medio magnético de documentos descritos en el cuerpo del oficio.

C.c.p. Lic. Elvia Macedo De la Concha.- Directora de Procesos Normativos en Salud.- Presente.

EMC/ASM

Homero No, 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. DGCES-3072 - 2015

México, D.F., a 24 de agosto de 2015.

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS
JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
P R E S E N T E

En mi carácter de Secretario Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), con fundamento en el artículo 8 de las Reglas de Operación del mencionado Comité, remito a usted el documento y disco compacto, que se describen a continuación:

- Impresión en papel bond de la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2014, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Medio magnético con el archivo correspondiente al Anteproyecto de Norma.

Lo anterior con la finalidad de solicitarle atentamente la opinión jurídica de la Coordinación General a su digno cargo, con el propósito de poder llevar a cabo en su caso, los ajustes que resulten necesarios y estar en posibilidades de someter el documento a la aprobación del CCNNIDTIS en la próxima sesión ordinaria, previo a la solicitud formal de publicación como proyecto de norma en el Diario Oficial de la Federación (DOF). No omito mencionar que dicho tema está incluido en el Programa Nacional de Normalización 2015 publicado en el DOF el 24 de abril de 2015.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

Firma con fundamento en el Artículo 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Lic. Leticia Angélica García Otamendi, Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.

15 SEP

SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO
03 SEP 2015
CONTROL Y GESTIÓN

C. c. p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.
C. c. p. Lic. Leticia Angélica García Otamendi.- Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.- Presente.

Anexo: Documento y disco compacto que se describen en el cuerpo del oficio.
SIN FOLIO DE LA DGCES
Sección/Serie: 1S.1
LAGO/ASM/LREC

SALUD OFICIALÍA DE PARTES
04 SEP 2015
RECIBIDO
NOMBRE
HORA

OFICIALÍA
03-09-15
04 SEP 2015
RECIBIDO
HORA

SECRETARIA DE SALUD

SALUD | DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO 11 ENE 2017
RECIBIÓ:
HORA:

Oficio No. SIDSS-3-2017

Ciudad de México, a 3 de enero de 2017

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ,
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS
JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS.

En mi carácter de Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), me permito enviar a usted impresión en papel oficial con firma autógrafa y archivo electrónico, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SSA3-2015, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, que en términos de lo dispuesto por el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, sea el amable conducto para gestionar la publicación de dicho Proyecto en el Diario Oficial de la Federación e inicie el periodo de consulta pública durante 60 días.

No omito mencionar que el Proyecto citado cuenta con la opinión favorable de la Coordinación General a su digno cargo (se anexa copia simple), asimismo, hago de su conocimiento que fue aprobado en la Primera Sesión Extraordinaria del CCNNIDTIS, celebrada el 28 de noviembre de 2016 y se encuentra inscrito en el Programa Nacional de Normalización 2016 y 2017, con el propósito de garantizar la continuidad del proceso de elaboración.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

EL SUBSECRETARIO,

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | OFICIALÍA DE PARTES
10 ENE. 2017
16:10

SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO 10 ENE 2017

JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA.

C.c.p. Dr. José Narro Robles.- Secretario de Salud.
C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.

Sección/Serie: 1C. 15
SGS

65. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER REFORMAS AL MARCO JURÍDICO SANITARIO VIGENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Proponer reformas al marco jurídico-sanitario que regula la prestación de servicios de atención médica y asistencia social, para mantener vigentes las disposiciones regulatorias en materia de prestación de servicios de salud, de la población nacional.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, determina las propuestas de reforma al marco jurídico-sanitario; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, establece los mecanismos para llevar a cabo las propuestas de reformas a las disposiciones legales en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social que corresponda y recibir dictamen favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos y autoriza solicitud de publicación al Diario Oficial de la Federación; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, coordina los trabajos de las áreas responsables de elaborar las propuestas a las disposiciones que se determinen; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, identifica la publicación de decretos de reforma al marco jurídico, dentro del Diario Oficial de la Federación y elabora solicitud para publicación del Decreto de Reforma al Reglamento o Norma Oficial Mexicana (NOM) en el Diario Oficial de la Federación.

2.2. A nivel externo:

El Procedimiento es aplicable a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de atención médica y asistencia social.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Secretaría de Salud como órgano rector y coordinador del Sistema Nacional de Salud, impulsará la permanente actualización de las disposiciones legales e instrumentos jurídico-sanitarios en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social.

3.2. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, tiene la facultad de determinar las propuestas de reforma al marco jurídico-sanitario, para mantenerlas vigentes en la prestación de servicios de atención médica.

3.3. La Dirección General Adjunta de Recursos Humanos en Formación establecerá los mecanismos que deban de ser utilizados para llevar a cabo las propuestas de reformas a las disposiciones legales en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social que corresponda.

3.4. La Dirección de Procesos Normativos en Salud, coordinará los trabajos de las áreas responsables de elaborar las propuestas de reforma a las disposiciones que se determinen.

3.5. La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de identificar la publicación de decretos de reforma al marco jurídico dentro del Diario Oficial de la Federación.

3.6. Las instancias facultadas para llevar a cabo la actualización de las disposiciones jurídico-sanitarias, establecerán comunicación con la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud para dar seguimiento a las propuestas de actualización.

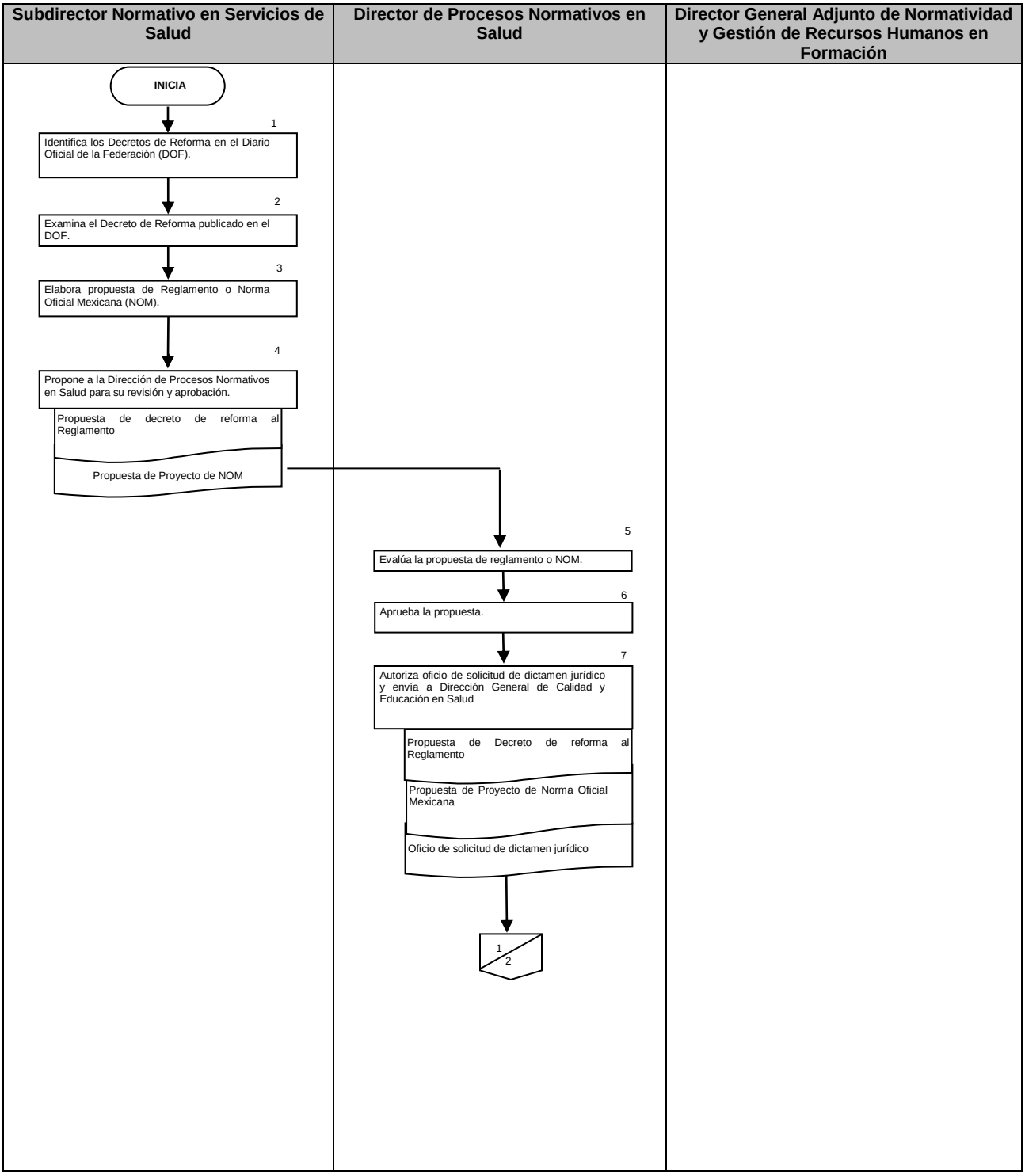
3.7. Director General Adjunto de Recursos Humanos en Formación. Autoriza propuestas y formaliza solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos Recibe dictamen jurídico favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos. Autoriza la elaboración de la solicitud para publicación del Decreto de reforma al Reglamento o Norma Oficial Mexicana (NOM) en el Diario Oficial de la Federación. Autoriza envío de la solicitud de publicación del Decreto de Reforma al Reglamento o Proyecto de Norma Oficial Mexicana en el DOF.

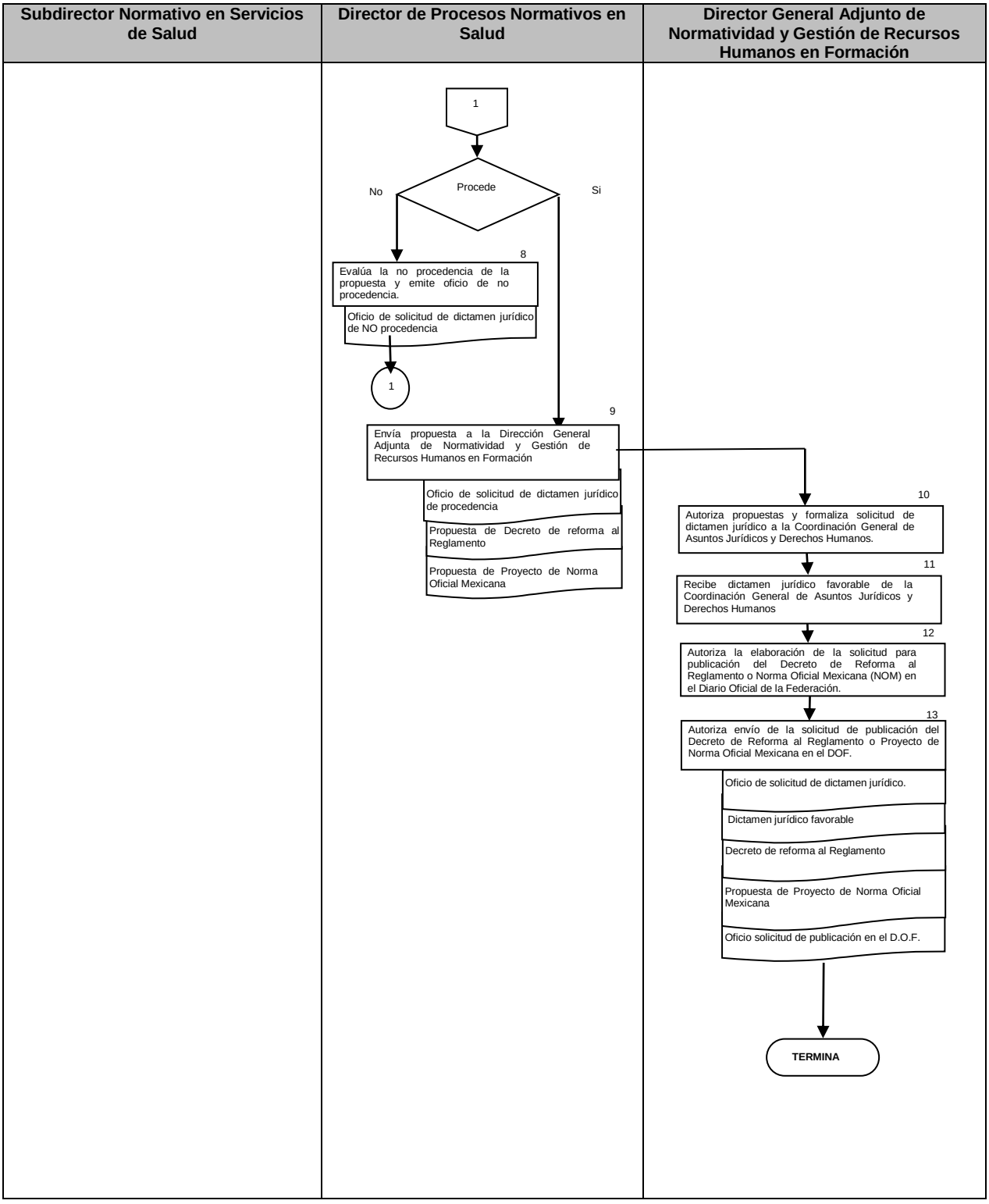
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Identifica los Decretos de Reforma en el Diario Oficial de la Federación (DOF).	
	2	Examina el Decreto de Reforma publicado en el DOF.	Propuesta de Decreto de reforma al Reglamento
	3	Elabora propuesta de Reglamento o Norma Oficial Mexicana (NOM).	
	4	Propone a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su revisión y aprobación.	Propuesta de proyecto de Norma Oficial Mexicana
Director de Procesos Normativos en Salud	5	Evalúa la propuesta de Reglamento o NOM.	
	6	Aprueba la propuesta.	Propuesta de Decreto de Reforma al Reglamento o Propuesta de Proyecto de Norma Oficial Mexicana
	7	Autoriza oficio de solicitud de dictamen jurídico y envía a Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
	8	Procede: No: Evalúa la no procedencia de la propuesta y emite oficio de no procedencia. Regresa a la actividad 1	Oficio de solicitud de dictamen jurídico de NO procedencia o de procedencia
	9	Si: Envía propuesta a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación. Continúa procedimiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	10	Autoriza propuestas y formaliza solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	Oficio de solicitud de dictamen jurídico.
	11	Recibe dictamen jurídico favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	Dictamen jurídico favorable
	12	Autoriza la elaboración de la solicitud para publicación del Decreto de Reforma al Reglamento o Norma Oficial Mexicana (NOM) en el Diario Oficial de la Federación.	Decreto de reforma al Reglamento Propuesta de Proyecto de Norma Oficial Mexicana.
	13	Autoriza envío de la solicitud de publicación del Decreto de Reforma al Reglamento o Proyecto de Norma Oficial Mexicana en el DOF **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficio solicitud de publicación en el D.O.F.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
1
Procede
No
Si
8
Evalúa la no procedencia de la propuesta y emite oficio de no procedencia.
Oficio de solicitud de dictamen jurídico de NO procedencia
1
9
Envía propuesta a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Oficio de solicitud de dictamen jurídico de procedencia
Propuesta de Decreto de reforma al Reglamento
Propuesta de Proyecto de Norma Oficial Mexicana
10
Autoriza propuestas y formaliza solicitud de dictamen jurídico a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.
11
Recibe dictamen jurídico favorable de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
12
Autoriza la elaboración de la solicitud para publicación del Decreto de Reforma al Reglamento o Norma Oficial Mexicana (NOM) en el Diario Oficial de la Federación.
13
Autoriza envío de la solicitud de publicación del Decreto de Reforma al Reglamento o Proyecto de Norma Oficial Mexicana en el DOF.
Oficio de solicitud de dictamen jurídico.
Dictamen jurídico favorable
Decreto de reforma al Reglamento
Propuesta de Proyecto de Norma Oficial Mexicana
Oficio solicitud de publicación en el D.O.F.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2Ley de los Institutos Nacionales de Salud	N/A
6.3Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4Ley General de Salud	N/A
6.5Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.6Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica	N/A
6.7Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.8Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.9Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documento de Decreto de reforma	5 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.2 Propuesta de reforma	5 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.3 Oficio para solicitar el dictamen jurídico	5 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.4 Oficio de solicitud de publicación en el D.O.F.	5 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco jurídico-sanitario: Es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Ordenamiento jurídico: Instrumento legal que establece los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de Proyecto de Reforma

10.2 Dictamen Jurídico

10.3 Oficio de Solicitud de Publicación en el DOF

10.1 Oficio de Proyecto de Reforma

65

SALUD
SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2017. Año del Centenario de la Promulgación
de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- 01005 -2017
México, D. F, a 12 de mayo de 2017

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUIMANOS
P R E S E N T E

Me refiero a su oficio No. CGAJDH-CG-3164-2017, de fecha 26 de abril de 2017, SIDSS/CAS/1195/2017, mediante el cual remite fotocopia del escrito del Dr. Abraham Bromberg Alterowics, Presidente del Consejo Optometría México A. C., en el que solicita se derogue el artículo 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Reglamento).

Al respecto, le comento que posterior al análisis de la información enviada y dado que la optometría es parte de la prestación de servicios de atención médica que se refiere a la atención del órgano de la vista únicamente, y que debe ser realizada exclusivamente en consultorios legalmente establecidos por parte de personal ad hoc, que incluye médicos especialistas, licenciados en optometría y personal técnico y, en consideración a la limitación expresa que hace el artículo 67 del Reglamento, en cuando a la regulación de las actividades que realiza el personal profesional y técnico en los consultorios de optometría, se realizan las consideraciones siguientes:

- Los artículos 56 a 67 del Reglamento, establecen las características y requisitos que deben cumplir los consultorios de medicina y de especialidad, en los cuales además se expiden recetas con distintos propósitos; incluyendo por supuesto a los consultorios de optometría, por lo que se elaboró una propuesta de adecuación a los artículos 60, 64, 66 y 67 del Reglamento para precisar la infraestructura de los establecimientos, la presencia de personal de salud específico en aquellos en los que se brinda atención especializada y en lo relativo a la emisión de las recetas

.../

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

(2)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

DGCES-DG- 01005 -2017

- 2 -

- En concordancia con la reforma a la Ley General de Salud, en el Proyecto de NOM-005-SSA3-2016, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2017, con motivo de la revisión y actualización quinquenal y para brindar certeza jurídica, se incluyó el consultorio de optometría, para su regulación expresa, considerando el perfil del personal profesional y técnico, así como el mobiliario y equipamiento mínimo del consultorio, para llevar a cabo las actividades genéricas correspondientes, mismas que se encuentran en período de análisis.

Con base en lo anteriormente expuesto, remito para su consideración, una propuesta específica impresa en papel bond, que permitirá iniciar las actividades de análisis y discusión entre las áreas técnico-médica y jurídica para determinar su viabilidad; quedando en espera de sus comentarios sobre el particular.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C. c. p. Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.

Folio de Delegación DGCES No. 3222.
Sección/Serie: 2C.12
LAGO/TMR

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Dictamen Jurídico

De: Blanca Estela Mendoza Díaz
Enviado el: lunes, 24 de marzo de 2014 03:20 p.m.
Para: Adolfo Serrano Moya; Elvia R Macedo De la Concha; 'elvia_macedo@hotmail.com' (elvia_macedo@hotmail.com)
CC: Sergio Salvador Váldes Trejo; Alberto Hernandez Escorcia; Alberto Guzman Garcia; Laura Rocío Espinosa Cervantes
Asunto: RV: RC Y DEFINITIVA NOM-034-SSA3-2013 ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
Datos adjuntos: NOM-034-SSA3-2013, AMP.doc; R-C-034-SSA3-2013, AMP.doc

Estimado Dr. Serrano:

Por instrucciones del Lic. Sergio Salvador Valdés Trejo, Director General Adjunto Consultivo y Contencioso, me refiero al comunicado que se adjunta, de fecha 21 de marzo, mediante el cual nos fueron enviados el documento de **Respuesta a los comentarios recibidos recibidos respecto del Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas** y a la versión definitiva de la Norma Oficial Mexicana, con la finalidad de corroborar los cambios derivados de diversos comentarios y observaciones formulados por esta Unidad Jurídica.

Sobre el particular, de conformidad con las atribuciones que le confiere el artículo 11 Bis, fracción VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud a esta Unidad Jurídica, como órgano de asesoría, le informo que una vez analizados los documentos de mérito, en nuestra opinión, no existe inconveniente jurídico con su contenido, toda vez que fueron atendidas las observaciones realizadas por esta Coordinación General, mediante correos electrónicos de fechas 24 de diciembre de 2013 y 20 de marzo de 2014.

Sin otro particular por el momento reciba un cordial saludo.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

LIC. BLANCA ESTELA MENDOZA DÍAZ
SUBDIRECTORA DE NORMATIVIDAD, REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN
Dirección Consultiva
Dirección General Adjunta Consultiva y Contenciosa
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guadalajara 46, Col. Roma Norte, Deleg. Cuauhtemoc, C.P. 06700, México
D.F. Tel. 50621600 Ext. 53340#
blanca.mendoza@salud.gob.mx

10.3 Oficio de Solicitud de Publicación en el DOF

SECRETARIA DE SALUD

SALUD | DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
11 ENE 2017
RECIBIO:
HORA:

Oficio No. SIDSS-3-2017

Ciudad de México, a 3 de enero de 2017

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ,
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS
JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS.

En mi carácter de Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), me permito enviar a usted impresión en papel oficial con firma autógrafa y archivo electrónico, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SSA3-2015, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, que en términos de lo dispuesto por el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, sea el amable conducto para gestionar la publicación de dicho Proyecto en el Diario Oficial de la Federación e inicie el periodo de consulta pública durante 60 días.

No omito mencionar que el Proyecto citado cuenta con la opinión favorable de la Coordinación General a su digno cargo (se anexa copia simple), asimismo, hago de su conocimiento que fue aprobado en la Primera Sesión Extraordinaria del CCNNIDTIS, celebrada el 28 de noviembre de 2016 y se encuentra inscrito en el Programa Nacional de Normalización 2016 y 2017, con el propósito de garantizar la continuidad del proceso de elaboración.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

EL SUBSECRETARIO,

JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA.

SALUD | OFICIALÍA DE PARTES
10 ENE. 2017
16:10

SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO
10 ENE 2017

C.c.p. Dr. José Narro Robles.- Secretario de Salud.
C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.

Sección/Serie: 1C. 15
SGS

Lieja No. 7, Piso 1, Col. Juárez. Deleg. Cuauhtémoc, México, Ciudad de México C.P. 06600
Tel. (55) 5553 6920, 5553 6930, 5283 1720 www.gob.mx/salud

66. PROCEDIMIENTO PARA EMITIR OPINIÓN TÉCNICA SOBRE DOCUMENTOS JURÍDICO-SANITARIOS, PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES DE LAS DEPENDENCIAS U ORGANISMOS PÚBLICOS, PRIVADOS Y SOCIALES

1. PROPÓSITO

1.1 Definir los criterios jurídico-sanitarios necesarios para interpretar adecuadamente el marco legal que rige el desarrollo de las actividades de servicios de atención médica y asistencia social, mismos que deben ser observados por prestadores de servicios y del conocimiento de cualquier persona interesada en la materia.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora y emite Opiniones Técnico-Sanitarias en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, revisa y analiza las solicitudes de opinión técnica y establece los criterios de atención; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, lleva a cabo la clasificación las solicitudes y emite opinión de atención; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, establece los criterios técnicos sanitarios e instrucciones para elaborar el proyecto de opinión técnica, así como la revisión final y aprobación; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, elabora del Proyecto de Opinión Técnica.

2.3 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de atención médica y asistencia social y que presenten la solicitud de opinión técnica correspondiente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del marco jurídico sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, tiene la facultad de elaborar y emitir Opiniones Técnico-Sanitarias en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social a los promoventes que lo soliciten a efecto de que desarrollen sus actividades conforme lo determine la Secretaría de Salud.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de revisar y analizar las solicitudes de opinión técnica, establece los criterios de atención.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de llevar a cabo la clasificación las solicitudes y emite opinión de atención por tipo a cada una de las solicitudes.

3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de establecer los criterios técnicos sanitarios e instrucciones para elaborar el proyecto de opinión técnica, así como la revisión final y aprobación.

3.6 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de la elaboración del Proyecto de Opinión Técnica

3.7 En todos los casos, las Opiniones Técnico-Sanitarias deberán estar sustentadas en los aspectos técnico-médico y jurídico-sanitario que correspondan, lo dispuesto en la Ley General de Salud, así como en su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica y del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de conformidad en el artículo 18.

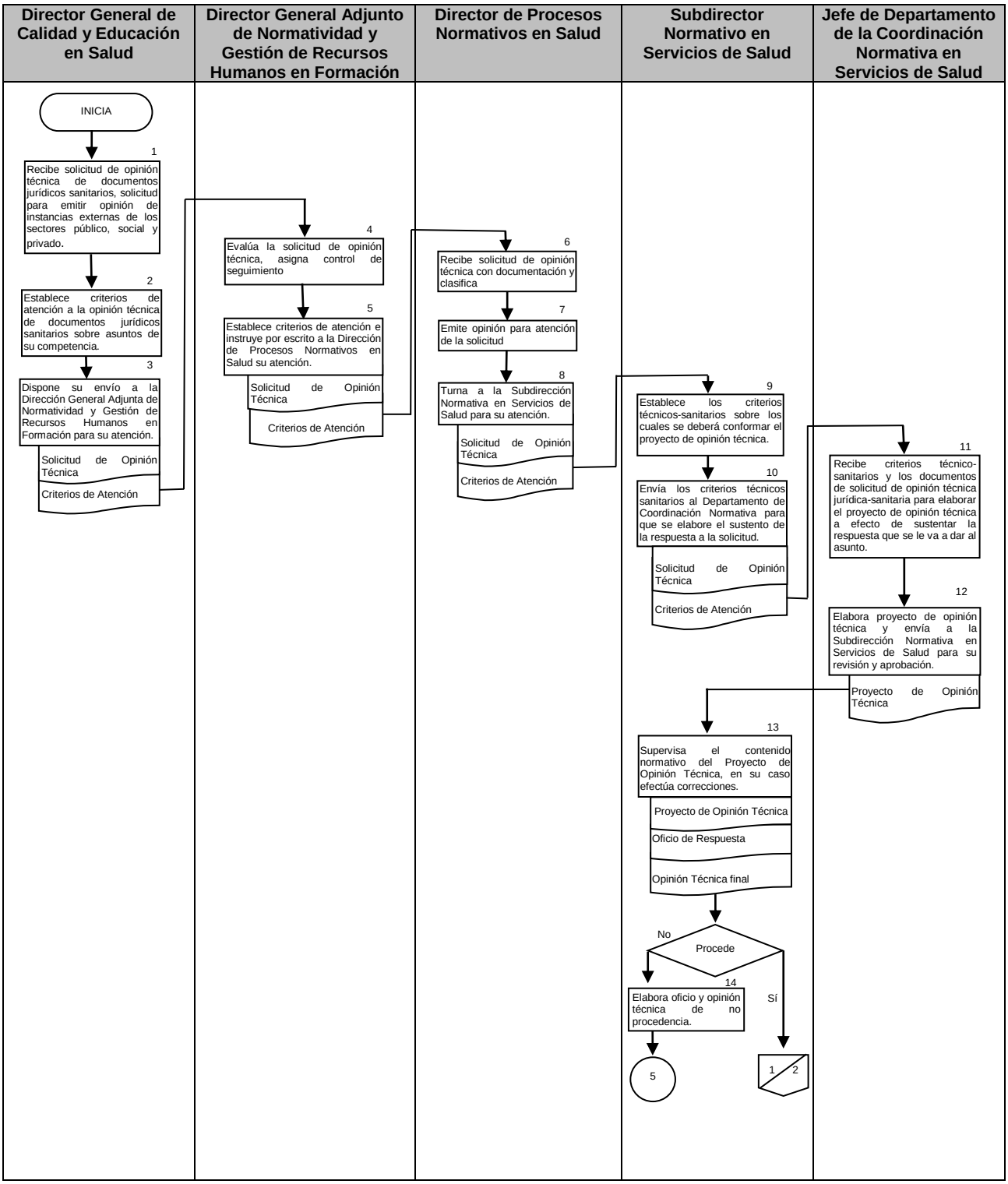
3.8 Director General de Calidad y Educación en Salud. Firma y remite respuesta de opinión técnica jurídico sanitaria solicitada por el promovente.

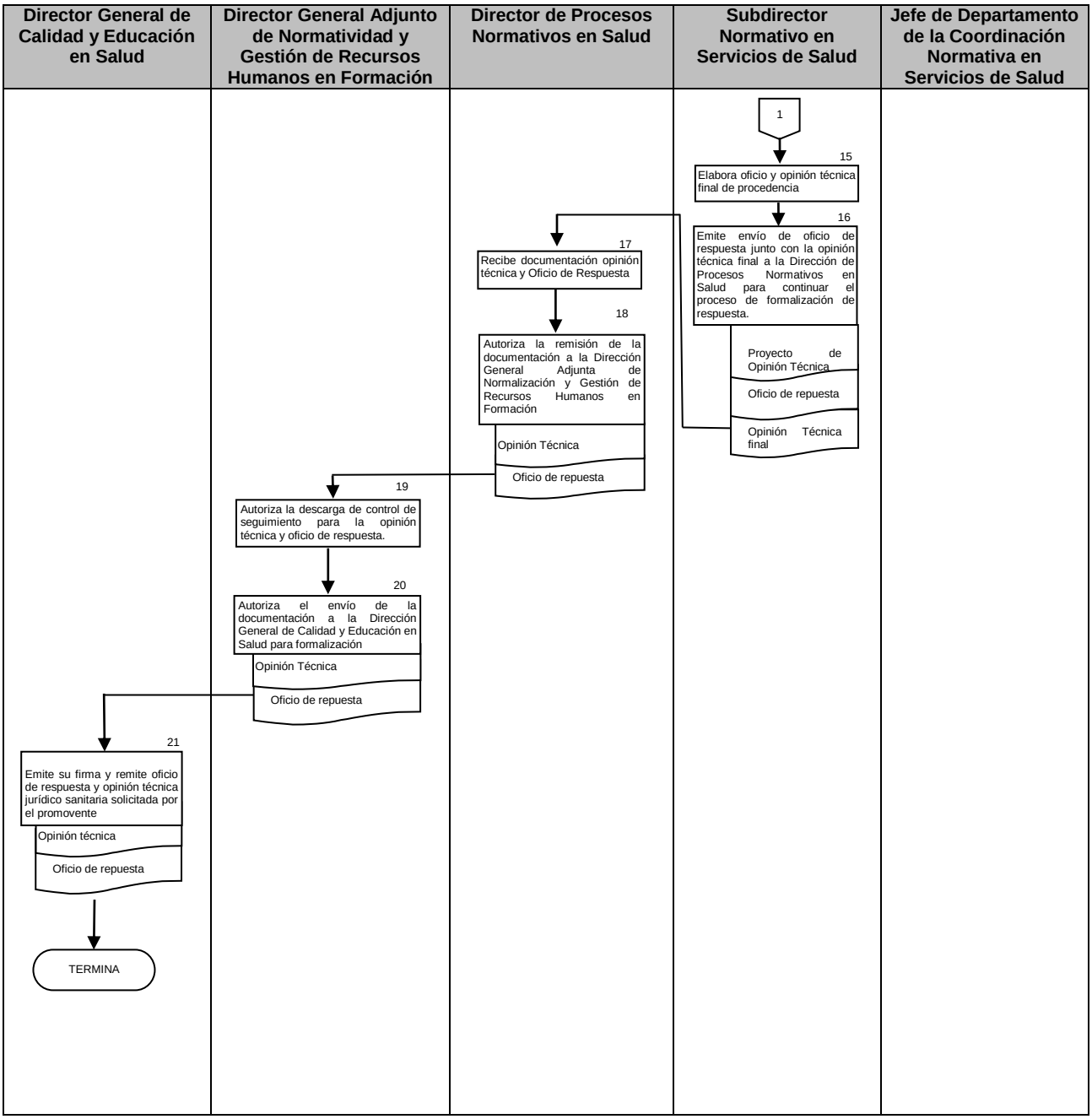
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe solicitud de opinión técnica de documentos jurídicos sanitarios, solicitud para emitir opinión de instancias externas de los sectores público, social y privado.	Solicitud de Opinión Técnica
	2	Establece criterios de atención a la opinión técnica de documentos jurídicos sanitarios sobre asuntos de su competencia.	Criterios de Atención
	3	Dispone su envío a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su atención.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	4	Evalúa la solicitud de opinión técnica, asigna control de seguimiento.	Solicitud de Opinión Técnica
	5	Establece criterios de atención e instruye por escrito a la Dirección de Procesos Normativos en Salud su atención.	Criterios de atención
Director de Procesos Normativos en Salud	6	Recibe solicitud de opinión técnica con documentación y clasifica	
	7	Emite opinión para atención por tipo de solicitud	Solicitud de Opinión Técnica
	8	Turna a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.	Criterios de atención
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	9	Establece los criterios técnicos-sanitarios sobre los cuales se deberá conformar el proyecto de opinión técnica.	Solicitud de Opinión Técnica
	10	Envía los criterios técnicos sanitarios al Departamento de Coordinación Normativa para que se elabore el sustento de la respuesta a la solicitud.	Criterios de atención

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Jefe de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	11	Recibe criterios técnico-sanitarios y los documentos de solicitud de opinión técnica jurídica-sanitaria para elaborar el proyecto de opinión técnica a efecto de sustentar la respuesta que se le va a dar al asunto.	Proyecto de opinión técnica
	12	Elabora proyecto de opinión técnica y envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	13	Supervisa el contenido normativo del Proyecto de Opinión Técnica, en su caso efectúa correcciones.	Proyecto de Opinión Técnica
	14	Procede: No: Elabora oficio y opinión técnica de no procedencia. Regresa a la actividad 5.	Oficio de respuesta y
	15	Si: Elabora oficio y opinión técnica final de procedencia: Continúa procedimiento.	Opinión Técnica final
	16	Emite envío de oficio de respuesta junto con la opinión técnica final a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar el proceso de formalización de respuesta.	
Director de Procesos Normativos en Salud	17	Recibe documentación: Opinión técnica y oficio de respuesta.	Opinión Técnica
	18	Autoriza la remisión de la documentación a la Dirección General Adjunta de Normalización y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Oficio de respuesta
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	19	Autoriza la descarga de control de seguimiento para la opinión técnica y oficio de respuesta.	Opinión Técnica
	20	Autoriza el envío de la documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalización.	Oficio de respuesta
Director General de Calidad y Educación en Salud	21	Emite su firma y remite oficio de respuesta y opinión técnica jurídico sanitaria solicitada por el promovente **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Opinión Técnica Oficio de respuesta

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director General de Calidad y Educación en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director de Procesos Normativos en Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Jefe de Departamento de la Coordinación Normativa en Servicios de Salud
1
15
Elabora oficio y opinión técnica final de procedencia
16
Emite envío de oficio de respuesta junto con la opinión técnica final a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar el proceso de formalización de respuesta.
Proyecto de Opinión Técnica
Oficio de repuesta
Opinión Técnica final
17
Recibe documentación opinión técnica y Oficio de Respuesta
18
Autoriza la remisión de la documentación a la Dirección General Adjunta de Normalización y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Opinión Técnica
Oficio de repuesta
19
Autoriza la descarga de control de seguimiento para la opinión técnica y oficio de respuesta.
20
Autoriza el envío de la documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalización
Opinión Técnica
Oficio de repuesta
21
Emite su firma y remite oficio de respuesta y opinión técnica jurídico sanitaria solicitada por el promovente
Opinión técnica
Oficio de repuesta
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Código Federal de Procedimientos Civiles	N/A
6.6 Protocolo de Estambul	N/A
6.7 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.8 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.9 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.10 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos	N/A
6.11 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.12 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.13 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.14 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficios de Solicitud	2 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.2. Opinión Técnica	2 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.3. Oficio con Respuesta	2 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Opinión Técnica-Sanitaria: Documento técnico-sanitario emitido por especialistas en la materia medica, jurídica, técnica y sanitaria que establece criterios generales, basados en las disposiciones jurídico-sanitarias vigentes, para la correcta interpretación del marco legal aplicable en situaciones habituales, cuando es requerido, o de controversia o indefinición.

8.2 Servicios de Asistencia Social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo del 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de opinión técnica

10.2 Opinión técnica

10.3 Oficio de respuesta

10.1 Solicitud de opinión técnica

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
COORDINACIÓN DE ASESORES

DG-03955

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. SIDSS/CAS/ 0491 - - /2015

México D. F., a 16 de junio de 2015

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD
PRESENTE

Con el fin de atender la solicitud del Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, de manera anexa le envío copia de la iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adiciona el inciso n) a la fracción I del artículo 4 de Ley de Asistencia Social, en materia de partos múltiples, presentada por la Senadora Lorena Cuéllar Cisneros, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

Lo anterior, solicitando su amable intervención a fin de que en el ámbito de competencia de la Dirección General a su digno cargo, se sirva enviar su opinión a esta Coordinación de Asesores, en impresión y archivo electrónico, a más tardar el próximo viernes 19 de junio del año en curso.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
18 JUN 2015
RECIBIO:
HORA:

ATENTAMENTE
LA COORDINADORA DE ASESORES

ACT. SANDRA ORCÍ GUTIÉRREZ

SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
18 JUN 2015
RECIBIO: Carlos
HORA: 1540

SAS/DRAR
Sección Serie 2C.12
CAS/0854/15

Recibí doc.
19/06/15

Lieja No. 7, Piso 1, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, México Distrito Federal C.P. 06600 Tel. (55) ...

10.2 Opinión Técnica

SECRETARIA DE SALUD
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
Dirección General Adjunta de Vinculación Social

Formato de opinión de iniciativas
(Sistema de Automatización de Opiniones de la Secretaría de Gobernación)

Nombre de la iniciativa:	Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona el inciso **n)** a la fracción I del artículo 4 de la Ley de Asistencia Social, en materia de Partos múltiples.
Legislador promovente:	Senadora Lorena Cuéllar Cisneros (PRD).
Fecha de presentación:	30 de abril de 2015.

1. Análisis jurídico

1.1. Señale la opción que considere cierta:

a) El documento que se opina NO contraviene ninguna disposición del orden jurídico nacional	Marque "X" en la siguiente casilla y pase al apartado 1.4.	
b) El documento que se opina contraviene una o más disposiciones del orden jurídico nacional	Marque "X" en la siguiente casilla:	X

1.2. Si señaló la segunda opción (b), indique las disposiciones que contraviene el documento que se opina y especifique los artículos, apartados, fracciones, párrafos, etcétera, según sea el caso.

Marque "X"	Legislación	¿Qué artículos, apartados, fracciones, párrafos, etcétera, contraviene?
	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	
	Tratados Internacionales suscritos por el Estado Mexicano	
X	Leyes Generales o Federales	Artículo 167 de la Ley General de Salud. Artículo 3 de la Ley de Asistencia Social.
	Reglamentos	
	Plan Nacional de Desarrollo vigente	
	Programas	
	Otras	

1.3. Escriba las razones que considere contravienen los artículos señalados en el numeral anterior, utilizando para cada apartado sólo una disposición jurídica vulnerada, de acuerdo al orden del apartado 1.2

Legislación	Razones por que contraviene
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	
Tratados Internacionales suscritos por el Estado Mexicano	
Leyes Generales o Federales	El artículo 167 de la Ley General de Salud y el artículo 3 de la Ley de Asistencia Social, definen lo que se debe entender por Asistencia Social, estableciendo que: La Asistencia Social es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Por lo que la iniciativa al pretender adicionar dentro de los individuos y familias que tienen derecho a la asistencia social, a los nacidos de un parto múltiple, trasgrede y contraviene lo establecido en la Ley General de Salud y en la Ley de Asistencia Social, debido a que rebasa

	el espíritu y alcance de la Asistencia Social conforme a la Ley, ya que los individuos nacidos en un parto múltiple, no necesariamente requieren de acciones tendientes a modificar y mejorar sus circunstancias de carácter social que le impidan su desarrollo integral o necesitan protección física, mental y social debido a su estado de necesidad, indefensión o desventaja, para que puedan lograr su incorporación a una vida plena y productiva.
Reglamentos	
Plan Nacional de Desarrollo vigente	
Programas	
Otras	

1.4. Señale la opción que considere cierta:

a) El documento que se opina NO duplica ninguna disposición del orden jurídico nacional	Marque "X" en la siguiente casilla y pase al apartado 1.7	X
b) El documento que se opina duplica una o más disposiciones del orden jurídico nacional	Marque "X" en la siguiente casilla:	

1.5. Si señaló la segunda opción, indique las disposiciones que duplica el documento que se opina y especifique los artículos, apartados, fracciones, párrafos, etcétera, según sea el caso.

Marque "X"	Legislación	¿Qué artículos, apartados, fracciones, párrafos, etcétera, duplica?
	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	
	Tratados Internacionales suscritos por el Estado Mexicano	
	Leyes Generales o Federales	
	Reglamentos	
	Plan Nacional de Desarrollo vigente	
	Programas	
	Otras	

1.6. Escriba las razones que considere duplican los artículos señalados en el numeral anterior, utilizando para cada apartado sólo una disposición jurídica duplicada, de acuerdo al orden del apartado 1.5:

Legislación	Razones por que duplica
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	
Tratados Internacionales suscritos por el Estado Mexicano	
Leyes Generales o Federales	
Reglamentos	
Plan Nacional de Desarrollo vigente	
Programas	
Otras	

1.7. Señale la opción que considere correcta:

a) Es necesaria su aprobación, puesto que permitiría el cumplimiento de mandatos constitucionales y/o legales, que no se han regulado; o bien, mejoraría los mecanismos existentes para cumplir con dichos mandatos; o de acuerdo con su criterio hay otra razón que permita afirmar dicha necesidad.	Marque "X" en la siguiente casilla	
b) Es innecesaria su aprobación, ya que existen disposiciones, programas, políticas públicas, entre otros medios, que atienden la situación que se pretende resolver; o bien de acuerdo con su criterio hay otra razón que permita afirmar lo innecesario de la propuesta.	Marque "X" en la siguiente casilla:	X

1.8. Escriba los argumentos correspondientes:

Dentro del ámbito de competencia esta Unidad Administrativa se considera que la adición propuesta es innecesaria, debido a que Contraviene el espíritu de la Ley, como se explicó en el numeral 1.3. del presente Formato de Opinión de Iniciativas, por lo que de aprobarse podría romper con el principio de igualdad que gozan totas las personas que habitan el territorio nacional. Se considera conveniente solicitar la opinión de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos en su respectivo ámbito de competencia.

2. Análisis técnico operativo

2.1. El proyecto presenta problemática operativa

SI	Marque "X" en la siguiente casilla	
NO	Marque "X" en la siguiente casilla y pase al apartado 3.1	X

2.2. Si señalo SI, escriba las implicaciones operativas y técnicas del proyecto que se analiza, en caso de ser aprobado, promulgado y publicado:

3. Importancia

3.1. Señale la importancia que debe dársele al documento que se opina y explique sus razones:

Marque "X"	Importancia	Razones
	Alta	
	Media	
X	Baja	Es de importancia baja debido a que la Ley de Asistencia Social en la actualidad cubre todos los principios bajo los cuales se debe de proteger a los individuos y a las familias que necesiten de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

4. Calificación de la opinión

4.1. De conformidad con el análisis efectuado, resuelva cómo debe calificarse finalmente la presente opinión, marcando la opción elegida:

Marque "X"	Calificación
	A favor
	A favor con modificaciones
X	En contra

5. Si es el caso, proponga una mejor redacción, señalando si se trata de una modificación de fondo (sustentada en los anteriores rubros) o de forma.

Texto vigente, en su caso	Texto del documento que se opina	Texto propuesto

Escriba los argumentos correspondientes:

6. Señale la opción que considere correcta (OPCIONAL):

6.1. El proyecto presenta impacto presupuestal

Marque "X"	Impacto presupuestal
	Si
	No
X	Se desconoce

6.2 Si señalo SI, indique el monto aproximado

$		M.N.

10.3 Oficio de respuesta

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

DGCES - DG - 02307 - 2015

México, D.F., a, 23 de junio de 2015

ACT. SANDRA ORCÍ GUTIÉRREZ
COORDINADORA DE ASESORES DE
LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN
Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD.
P R E S E N T E.

Me refiero a su oficio No. SIDSS-CAS/0491/2015, de fecha 16 de junio del presente año, mediante el cual remite copia simple y solicita opinión a la Iniciativa con proyecto de decreto que se describe a continuación:

- **Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona el inciso n) a la fracción I del artículo 4 de la Ley de Asistencia Social, en materia de partos múltiples.**

Al respecto, con base en el ámbito de competencia de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, adjunto remito la opinión técnica correspondiente, en el formato específico para la opinión de iniciativas y archivo en disco compacto.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.
C.c.p. Lic. Leticia Angélica García Otamendi.- Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.- Presente.

Anexo: Formato con la opinión técnica correspondiente y disco compacto.
Folio de Delegación DGCES No. **3955.**
Sección/Serie: 1S.1

EMC/ASM

67. PROCEDIMIENTO PARA EMITIR OPINIÓN TÉCNICA SOBRE ASPECTOS NORMATIVOS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA, DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Atender las solicitudes y requerimientos de autoridades sanitarias, educativas, administrativas y judiciales para dar seguimiento a los aspectos normativos relacionados con la prestación de servicios de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud y a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, emite opiniones técnico-sanitarias en materia de prestación de servicios de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, autoriza las solicitudes de opinión técnica médica y jurídica sanitaria; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, recibe y evalúa la opinión técnica y el marco jurídico sanitario; Subdirección Normativa en Servicios de Salud, elabora el proyecto de opinión técnico-médico.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de atención médica, asistencia social, así como en materia de infraestructura sanitaria, que presenten la solicitud de opinión técnica correspondiente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica, asistencia social, así como en materia de infraestructura sanitaria.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, tiene la facultad de elaborar y emitir opiniones técnico-sanitarias en materia de prestación de servicios de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria, a los promoventes que lo soliciten, a efecto de que desarrollen sus actividades conforme lo determine la Secretaría de Salud.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable analizar las solicitudes de opinión técnica médica y jurídica sanitaria para llevar el control de seguimiento.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de recibir, evaluar la opinión técnica y el marco jurídico sanitario.

3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de elaborar el proyecto de opinión técnica médica

3.6 En todos los casos, las opiniones técnico-sanitarias deberán estar sustentadas en los aspectos técnico-médicos y jurídico-sanitarios que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud, así como en su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica y del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el artículo 18.

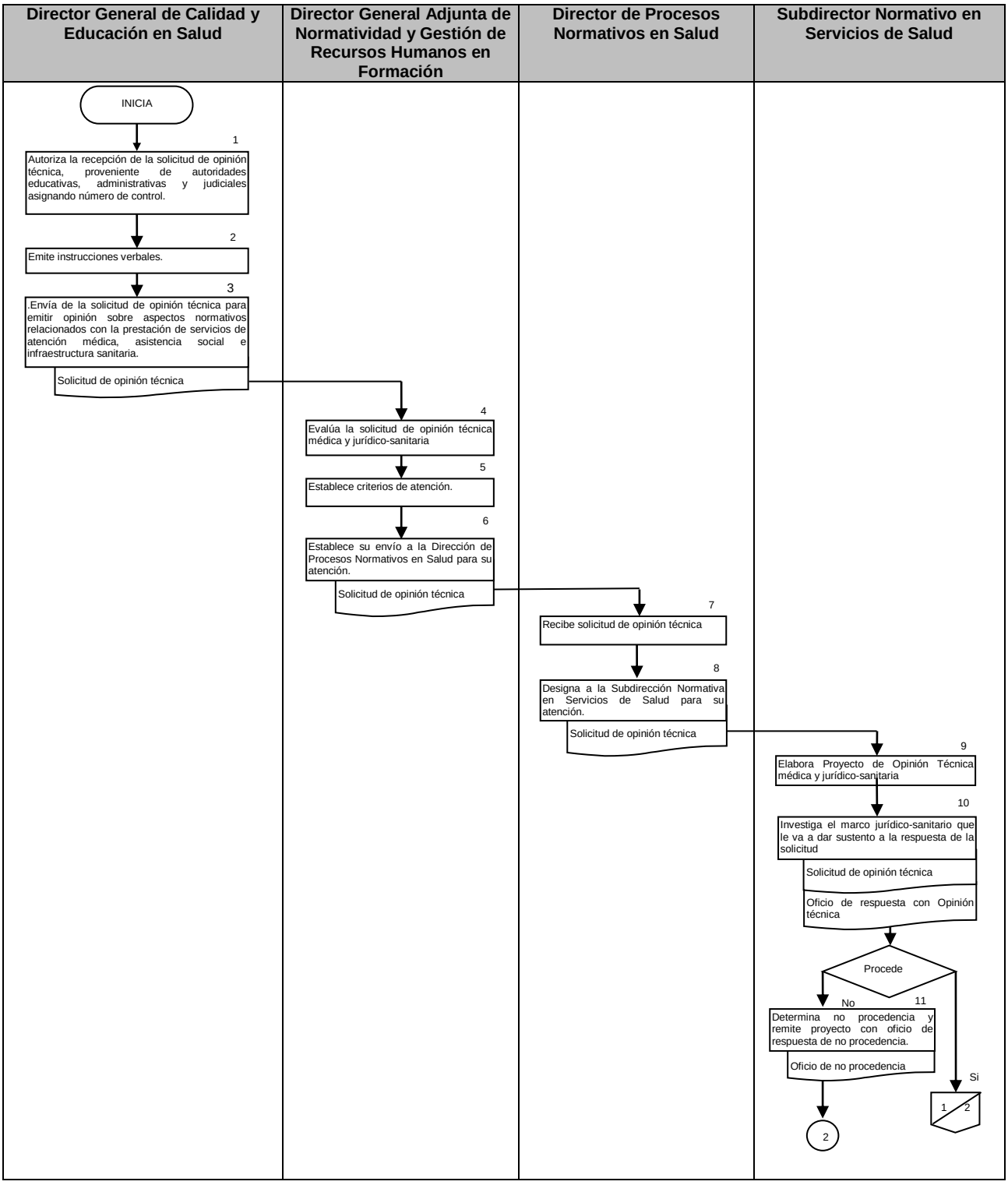
3.7 Director General de Calidad y Educación en Salud. Autoriza, firma y envía respuesta al promovente.

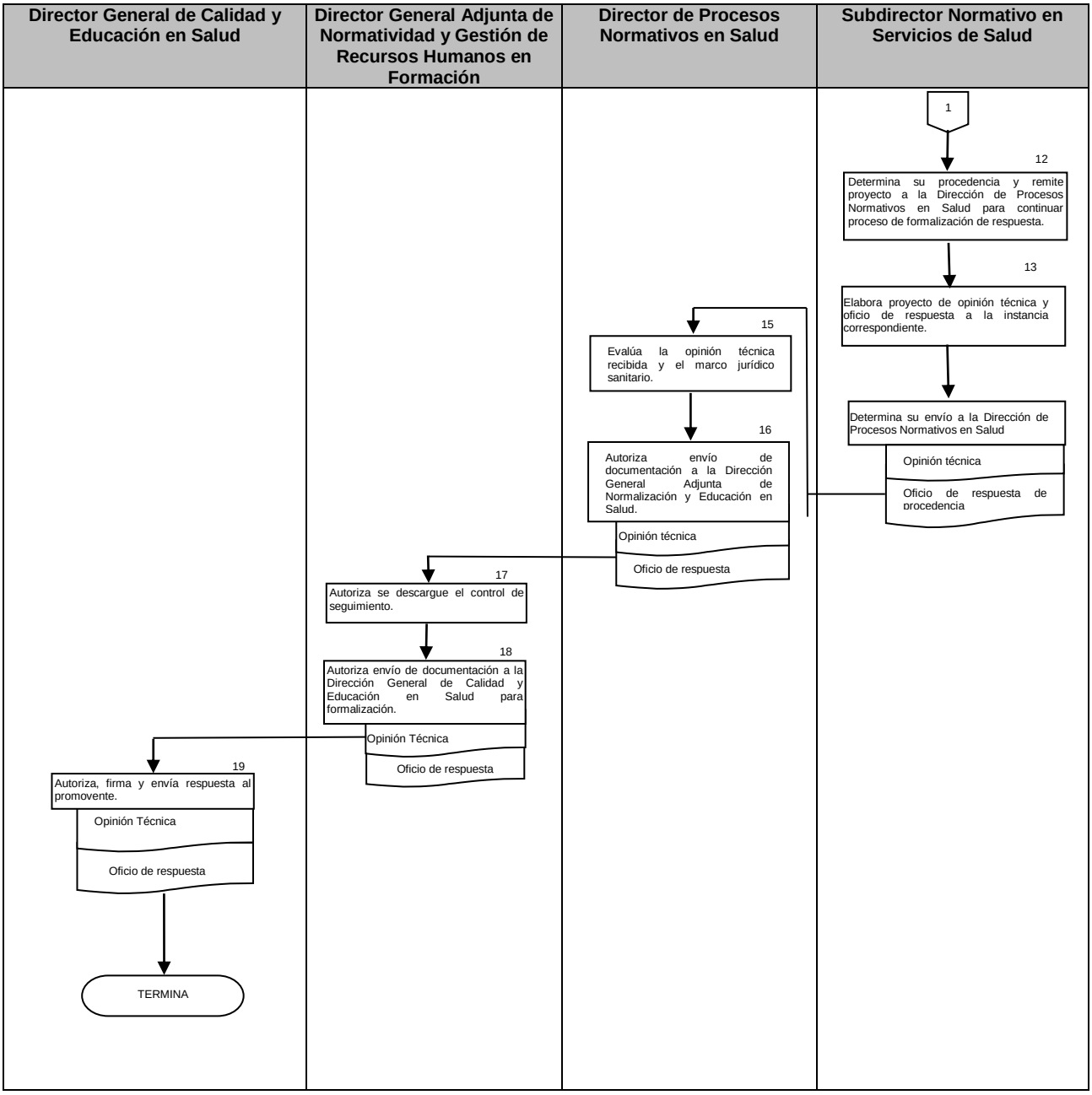
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Autoriza la recepción de la solicitud de opinión técnica, proveniente de autoridades educativas, administrativas y judiciales asignando número de control.	
	2	Emite instrucciones verbales.	Solicitud de opinión técnica
	3	Autoriza envío de la solicitud de opinión técnica para emitir opinión sobre aspectos normativos relacionados con la prestación de servicios de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria,	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	4	Evalúa la solicitud de opinión técnica médica y jurídico-sanitaria	
	5	Establece criterios de atención.	Solicitud de opinión técnica
	6	Establece su envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	
		.	
Director de Procesos Normativos en Salud	7	Recibe solicitud de opinión técnica	
	8	Designa a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.	Solicitud de opinión técnica
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	9	Elabora proyecto de opinión técnica médica	Solicitud de opinión técnica
	10	Investiga el marco jurídico-sanitario que le va a dar sustento a la respuesta de la solicitud Procede:	Opinión técnica
	11	No: Determina no procedencia y remite proyecto con oficio de respuesta de no procedencia. Regresa a la actividad 2.	Oficio de respuesta de no procedencia o/ de procedencia
	12	Si: Determina su procedencia y remite proyecto y oficio de respuesta de procedencia, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar proceso de formalización de respuesta.	
	13	Elabora proyecto de opinión técnica y oficio de respuesta a la instancia correspondiente. Continúa procedimiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	14	Determina su envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud	
Director de Procesos Normativos en Salud	15 16	Evalúa la opinión técnica recibida y el marco jurídico sanitario. Autoriza envío de documentación a la Dirección General Adjunta de Normalización y Educación en Salud.	Opinión Técnica Oficio de respuesta
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	17 18	Autoriza se descargue el control de seguimiento. Autoriza envío de documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalización.	Opinión Técnica Oficio de respuesta
Director General de Calidad y Educación en Salud	19	Autoriza, firma y envía respuesta al promovente. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Opinión Técnica Oficio de respuesta

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director General de Calidad y Educación en Salud
Director General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director de Procesos Normativos en Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
1
12
Determina su procedencia y remite proyecto a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar proceso de formalización de respuesta.
13
Elabora proyecto de opinión técnica y oficio de respuesta a la instancia correspondiente.
Determina su envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud
Opinión técnica
Oficio de respuesta de procedencia
15
Evalúa la opinión técnica recibida y el marco jurídico sanitario.
16
Autoriza envío de documentación a la Dirección General Adjunta de Normalización y Educación en Salud.
Opinión técnica
Oficio de respuesta
17
Autoriza se descargue el control de seguimiento.
18
Autoriza envío de documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalización.
Opinión Técnica
Oficio de respuesta
19
Autoriza, firma y envía respuesta al promovente.
Opinión Técnica
Oficio de respuesta
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Código Federal de Procedimientos Civiles	N/A
6.6 Protocolo de Estambul	N/A
6.7 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.8 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.9 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.10 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos	N/A
6.11 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.12 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.13 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.14 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios de Solicitud	2 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.2 Opinión Técnica	2 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A
7.3 Oficio con Respuesta	2 años	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	N/A

7. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Opinión Técnica-Sanitaria: Documento técnico-sanitario emitido por especialistas en la materia médica, jurídica, técnica y sanitaria que establece criterios generales, basados en las disposiciones jurídico-sanitarias vigentes, para la correcta interpretación del marco legal aplicable en situaciones habituales, cuando es requerido por controversia o indefinición.

8.2 Servicios de Asistencia Social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Opinión técnica
10.2 Oficio de respuesta con opinión técnica

10..1 Solicitud de Opinión Técnica

COLEGIO DE OPTOMETRISTAS DE OAXACA, A.C.

" La optometria al servicio de la salud visual"

COLEGIO DE OPTOMETRISTAS DE OAXACA A.C.

Seguro de contar con su valioso apoyo, le expreso en forma anticipada mis agradecimientos.

ATENTAMENTE

LIC. OPT. LETICIA VÉZ PANIAGUA

PRESIDENTE

10.3 Oficio de respuesta con opinión técnica

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

Secretaría de Salud
OFICIALÍA DE PARTES
24 ENE 2013
RECIBIDO
NOMBRE:
HORA: 11:30

Asunto: Opinión técnica a propuesta de creación de una Norma Oficial Mexicana para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría y la modificación de la NOM-005-SSA3-2010.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
28 ENE 2013
RECIBIO:
HORA: 12:57

México, D.F., a, 23 ENE 2013

LIC. OPT. LETICIA VEZ PANIAGUA
COLEGIO DE OPTOMETRISTAS DE OAXACA A.C.
Tinoco y Palacios no. 310
Col. Centro
68000, Oaxaca, Oax.

Me refiero al escrito entregado al Dr. Pablo Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, mediante el cual propone la creación de una Norma Oficial Mexicana para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría y la modificación de la NOM-005-SSA3-2010, ambas propuestas formuladas a través del Colegio de Optometristas de Oaxaca A.C.

Al respecto, me permito hacer de su conocimiento, que el Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3), que es la instancia responsable de emitir regulaciones en materia de prestación de servicios de atención médica, instruyó a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para integrar un grupo técnico multidisciplinario de expertos en materia de normalización, para revisar y analizar con todo detalle la viabilidad de las dos propuestas; dicho grupo formuló las siguientes consideraciones y conclusiones para cada una de las propuestas que se expresan en los siguientes términos:

CONSIDERACIONES:

Propuesta de anteproyecto de la NOM para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la Optometría (sic):

- La optometría es una actividad que forma parte de los servicios de salud, en particular de la atención médica, de conformidad con el artículo 24 fracción I de la Ley General de Salud. Por lo tanto, la optometría es un procedimiento que debe ser realizado en establecimientos de atención médica, por personal profesional que puede ser médico especialista en oftalmología o licenciado en optometría y por personal técnico en sus respectivos ámbitos de formación académica y responsabilidad profesional, de conformidad con los artículos 78 y 79 de la mencionada Ley; mismos que deberán contar con título profesional en su caso,

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

certificado de especialización o diploma según corresponda, legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

- Adicionalmente, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establece en su artículo 67 que en los consultorios de optometría, únicamente se podrán efectuar exámenes para medir la refracción del ojo y adaptaciones de prótesis, lentes y ayudas funcionales; actividades que desde luego, puede desarrollar el médico, el licenciado en optometría y el personal técnico, es decir, los exámenes de refracción únicamente pueden ser practicados en establecimientos de atención médica denominados genéricamente consultorios, por personal profesional o técnico del área de la salud.

- Los consultorios pueden ser fijos o móviles, estos últimos deben estar incorporados o formar parte de una unidad móvil debidamente equipada y registrada ante las autoridades sanitarias correspondientes, independientemente del sector público, social o privado al que pertenezcan. Las ópticas donde únicamente se comercializan anteojos, no son establecimientos de atención médica, por lo que no son sujetos de cumplir los requisitos de un consultorio, pero tampoco pueden funcionar como tal, ya que se trata de establecimientos mercantiles y por lo tanto, sus actividades son ajenas al ámbito de la salud. En el caso de coexistir consultorio y óptica, la parte que corresponda al consultorio deberá ser notificada por separado a la autoridad sanitaria, a través de los avisos correspondientes y cumplir con la normatividad aplicable.

- Es pertinente mencionar que para la mejor comprensión, se puede considerar que existen dos tipos de establecimiento, uno como consultorio de la especialidad de oftalmología que atiende el médico y realiza exámenes de refracción entre otras actividades y, otro como consultorio de optometría, que puede ser atendido por un licenciado en optometría o por un técnico, todos ellos personal del área de la salud.

- Todos los consultorios en los que se desarrollan actividades de atención médica, independientemente de su denominación, régimen jurídico o sector público, social o privado al que pertenezcan, deben cumplir con los requisitos que establece la Ley General de Salud, como son, presentar Aviso de Funcionamiento, Aviso de Responsable Sanitario, ser atendido por personal del área de la salud que demuestre tener documentos expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, contar con el mobiliario y equipo específico necesario para los servicios que ofrece y las actividades que lleva a cabo, así como cumplir

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

3

con las Normas Oficiales Mexicanas que correspondan y otras disposiciones jurídicas aplicables.

- Los consultorios mencionados y las actividades que se realizan por parte del personal del área de la salud en sus respectivos ámbitos de responsabilidad profesional y técnica, están reguladas por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo que brinda certidumbre jurídica al prestador de servicios y al usuario de los mismos. La vigilancia del cumplimiento de estas disposiciones en materia jurídico-sanitaria es facultad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y en su caso, de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COEPRIS) de cada Entidad Federativa.

Se actualicen las NOM'S relacionadas y, Sugerencias para la modificación de la NOM 05 SSA3 2010 (sic):

- Las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica, que emite el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3), tienen como propósito establecer los criterios y requisitos mínimos para regular la organización, funcionamiento, personal del área de la salud, infraestructura, mobiliario y equipamiento de los establecimientos de atención médica y están sustentadas en el marco jurídico-sanitario. No tienen como finalidad constituirse en manuales de organización, de funcionamiento, ni de procedimientos, ni mucho menos en un catálogo para caracterizar, tipificar o legitimar la existencia de establecimientos que no son de atención médica.

- La práctica de exámenes de refracción, es una actividad exclusiva del personal profesional y técnico del área de la salud, que académicamente ha sido formado de manera específica para proporcionar esos servicios según corresponda, en establecimientos de atención médica a pacientes y usuarios ambulatorios, por lo que su regulación está determinada por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como por las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas que resulten aplicables, cuyo cumplimiento es obligatorio, como es el caso de las normas siguientes:

  1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el DOF el 15/10/2012.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

4

2. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el DOF el 16/08/2010.

3. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Publicada en el DOF el 08/01/2013.

CONCLUSIONES:

Por lo anteriormente expresado, el grupo técnico multidisciplinario de expertos en materia de normalización, formuló las siguientes conclusiones:

- La optometría es parte de la prestación de servicios de atención médica, por lo que al contar con un marco jurídico-sanitario integrado por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que regula dichos servicios a través de disposiciones para los profesionales, que incluye médicos y licenciados en optometría, así como técnicos, no es necesario elaborar una NOM en esta materia. Por otra parte, podría ser considerada por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria como una sobrerregulación.

- La propuesta de anteproyecto de NOM para regular la prestación de los servicios de salud en el ejercicio de la optometría, objeto del presente análisis, rebasa el ámbito de la prestación de servicios de atención médica, ya que incluye diversos tipos y categorías de establecimientos, recursos humanos, conceptos y elementos operativos, así como requisitos y trámites que no corresponden a una NOM y que son ajenos a la prestación de servicios de atención médica.

- Con base en lo anterior, tampoco se considera necesario modificar las normas relacionadas. En particular la NOM-005-SSA3, establece los criterios y requisitos que debe cumplir todo consultorio de optometría, el cual únicamente puede ser atendido por un licenciado en optometría o por un técnico, ya que el médico especialista deberá cumplir con la NOM-016-SSA3-2012, en lo que aplique al consultorio de la especialidad de oftalmología.

- Todos los establecimientos que en esta materia no cumplen con los criterios y requisitos que de manera específica establecen las mencionadas normas, no son

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

00093

5

considerados consultorios de optometría y por lo tanto están impedidos legalmente para ofertar esos servicios a la población.

Independientemente de las consideraciones y conclusiones antes expresadas, le reitero nuestra mejor disposición para mantener abiertos los canales de comunicación, que permitan recibir y escuchar las propuestas e inquietudes de los optometristas profesionales y técnicos, que contribuyan a mejorar la calidad y seguridad de los servicios dentro del ámbito de nuestras competencias y con estricto apego al marco jurídico-sanitario vigente.

Sin otro particular, aprovecho para saludarle.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL.

DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ TORRES

C.c.p. Dr. Luis Rubén Durán Fontes.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.
C.c.p. Mtro. Jorge Enríquez Hernández.- Director de Procesos Normativos en Salud.- Presente.

JEH/ASM

No. de control SIDSS: 549/2012.
Folio DGCES: 2009/2012.

68. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE MEJORA, APOYO Y FORTALECIMIENTO EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL EN LOS ÁMBITOS DE COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL

1. PROPÓSITO

1.1 Fortalecer la operación de los servicios de atención médica y de asistencia social del Sistema Nacional de Salud, para identificar necesidades de mejora, en los ámbitos de competencia de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para mejorar la atención médica brindada para beneficio de los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad de Educación en Salud, la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud, la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y el Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establece lineamientos e instrumentos de rectoría; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, elabora las instrucciones para que se lleve a cabo un diagnóstico; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, elabora instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación que se proporcionen a través de modelos operativos a las instituciones Director General de Calidad y Educación en Salud. Determina el envío de instrumentos y demás documentación anexa. Firma oficios de envío a las instituciones.

2.2 A nivel externo:
El Procedimiento es aplicable a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales, de los sectores social y privado, que prestan servicios de atención médica y asistencia social.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer lineamientos e instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de elaborar las instrucciones para que se lleve a cabo un diagnóstico, donde se identifiquen necesidades de mejora, apoyo y fortalecimiento de la operación de los servicios para la atención médica.

3.3 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de realizar un diagnóstico elaborando instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación que se proporcionen a través de modelos operativos a las instituciones para identificar necesidades de mejora, apoyo y fortalecimiento de la operación de los servicios para la atención médica y de asistencia social.

3.4 Director General de Calidad y Educación en Salud. Autoriza y emite oficios de envío y anexos para la aplicación de los instrumentos y demás documentación anexa para ser enviada a las instituciones. Firma oficios de envío a las instituciones.

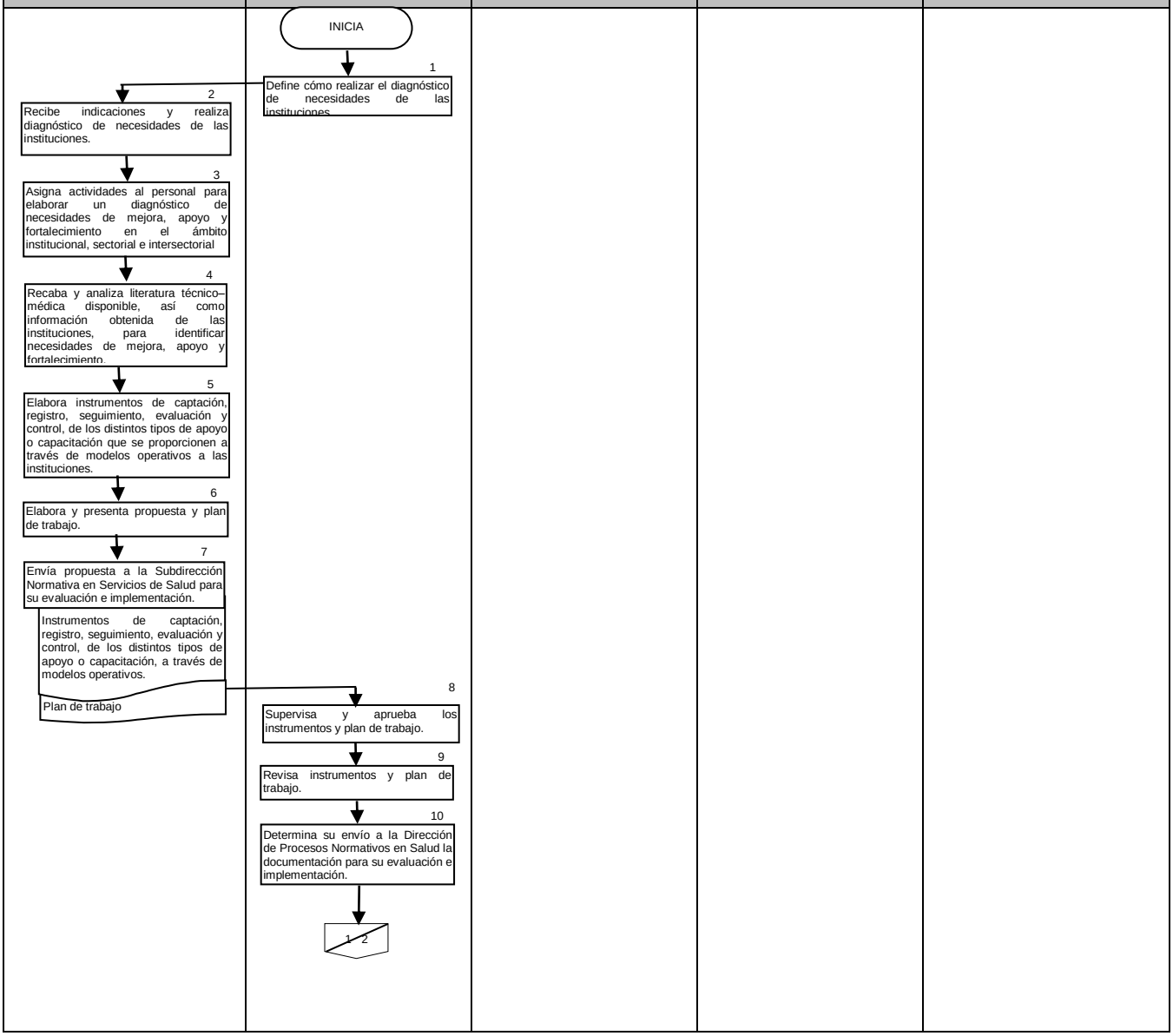
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

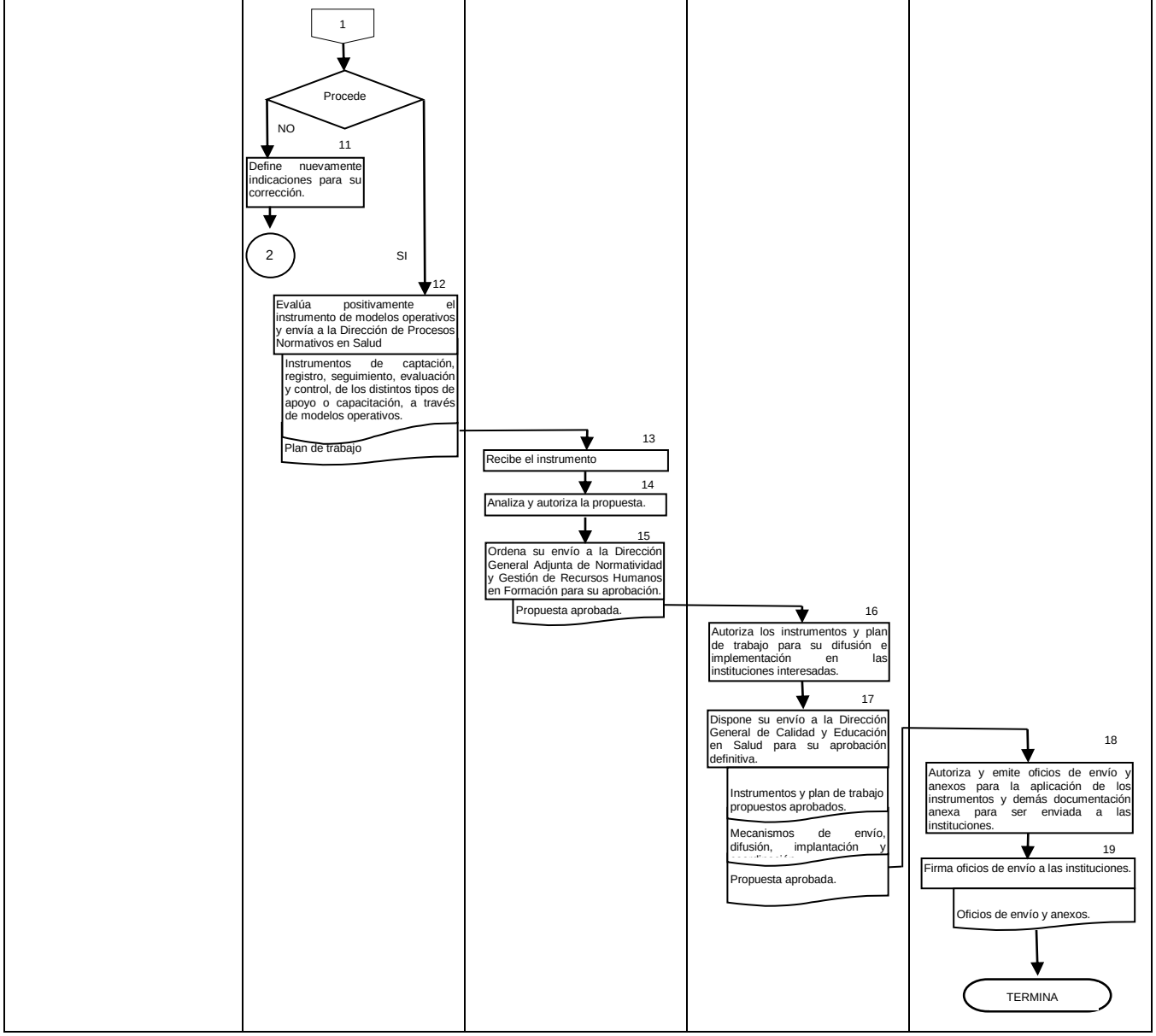
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	1	Define cómo realizar el diagnóstico de necesidades de las instituciones.	
Jefe del Departamento de Modelos Operativos en Salud.	2	Recibe indicaciones y realiza diagnóstico de necesidades de las instituciones.	
	3	Asigna actividades al personal, para elaborar un diagnóstico de necesidades de mejora, apoyo y fortalecimiento en el ámbito institucional, sectorial e intersectorial.	Instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación, a través de modelos operativos.
	4	Recaba y analiza literatura técnico–médica disponible, así como información obtenida de las instituciones, para identificar necesidades de mejora, apoyo y fortalecimiento.	Plan de trabajo.
	5	Elabora instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación que se proporcionen a través de modelos operativos a las instituciones.	
	6	Elabora y presenta propuesta y plan de trabajo.	
	7	Envía propuesta a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su evaluación e implementación.	

Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	8 9 11 12 13	Supervisa los instrumentos y plan de trabajo. Evalúa su procedencia: Procede: No: Establece modificaciones para su corrección. Regresa a la actividad 2. Si: Determina la aprobación del instrumento de modelos operativos Efectúa envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud de la documentación para su evaluación e implementación.	Instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación, a través de modelos operativos. Plan de trabajo.

Director de Procesos Normativos en Salud	13 14 15	Recibe el instrumento. Analiza y autoriza la propuesta. Ordena su envío a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su aprobación.	Instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación, a través de modelos operativos (aprobado). Plan de trabajo (aprobado)
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	16 17	Autoriza los instrumentos y plan de trabajo para su difusión e implementación en las instituciones interesadas. Autoriza su envío a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su aprobación definitiva.	Instrumentos y plan de trabajo propuestos aprobados. Mecanismos de envío, difusión, implantación y coordinación. Oficios de envío de documentación anexa, en su caso.
Director General de Calidad y Educación en Salud	18 19	Autoriza y emite oficios de envío y anexos para la aplicación de los instrumentos y demás documentación anexa para ser enviada a las instituciones. Firma oficios de envío a las instituciones. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficios de envío y anexos.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director General de Calidad y Educación Salud
1
Procede
NO
11
Define nuevamente indicaciones para su corrección.
2
SI
12
Evalúa positivamente el instrumento de modelos operativos y envía a la Dirección de Procesos Normativos en Salud
Instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación, a través de modelos operativos.
Plan de trabajo
13
Recibe el instrumento
14
Analiza y autoriza la propuesta.
15
Ordena su envío a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su aprobación.
Propuesta aprobada.
16
Autoriza los instrumentos y plan de trabajo para su difusión e implementación en las instituciones interesadas.
17
Dispone su envío a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su aprobación definitiva.
Instrumentos y plan de trabajo propuestos aprobados.
Mecanismos de envío, difusión, implantación y
Propuesta aprobada.
18
Autoriza y emite oficios de envío y anexos para la aplicación de los instrumentos y demás documentación anexa para ser enviada a las instituciones.
19
Firma oficios de envío a las instituciones.
Oficios de envío y anexos.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Instrumentos de captación	2 años	Departamento de modelos Operativos en Salud	No aplica
7.2 Registros	2 años	Departamento de Modelos Operativos	No aplica
7.3 Plan de trabajo	2años	Departamento de Modelos Operativos	No aplica
7.4 Oficios	2 años	Departamento de Modelos Operativos	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Diagnóstico de necesidades: A la identificación de necesidades ordenadas, secuenciadas y priorizadas, respecto de recursos humanos, materiales y financieros específicos.
8.2 Instrumento de captación: Formato impreso o electrónico, diseñado de manera específica para captar y registrar la información que se genere con motivo de las diversas actividades del procedimiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Instrumentos de evaluación y control
10.2 Plan de trabajo
10.3 Oficio de envío

10.1 Instrumentos de evaluación y control

Anexo Técnico para la instrumentación del mecanismo de coordinación para la Evaluación de Normas Oficiales Mexicanas de atención médica.

- **Introducción**

Dentro de las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, otorgadas por el reglamento Interior de la Secretaria de Salud, que a la letra dice en su artículo 18 fracción II: …"evaluar su cumplimiento". Se diseña una metodología para evaluar las Normas Oficiales Mexicanas.

Esta metodología se encuentra centrada en el desarrollo de un diagnostico situacional, por cada nivel de técnico administrativo de responsabilidad.

- **Objetivo general**

Evaluar el conocimiento, difusión, aplicación y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas competencia de este subcomité del CCNDITIS, de acuerdo a los distintos niveles técnico administrativo del sector salud.

- **Objetivos específicos**
  1. Elaborar un Diagnostico situacional del estado que guardan las variables en evaluación de las NOM´s de atención médica.
  2. Proponer un modelo para la difusión y fomento del conocimiento de las NOM´s de atención médica.
  3. Contribuir con el cumplimiento de las NOM´s de atención médica.

- **Criterios de participación**

Las Normas Oficiales Mexicanas que serán consideradas en este año son:

- NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
- NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Primera propuesta

La presente metodología tiene como propósito evaluar las Normas Oficiales Mexicanas de acuerdo a las atribuciones otorgadas en la fracción II del artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaria de Salud.

Esta metodología se encuentra centrada en el desarrollo de un diagnostico situacional, por medio del que se construirán números índice, que permitirán desarrollar estrategias por nivel de responsabilidad;

Titulo	Metodología para la Evaluación de Normas Oficiales Mexicanas por nivel de responsabilidad	
Problema	Dentro de las atribuciones otorgadas por el artículo 18 fracción II de RISS se encuentra la de evaluar el cumplimiento y difusión de las normas; aunque el proceso se encontraba identificado no se ha diseñado una metodología y plan de implementación para su desarrollo.	
Objetivo	Evaluar el conocimiento, difusión, aplicación y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas competencia de este subcomité del CCNDITIS, de acuerdo a los distintos niveles de responsabilidad.	
Metodología		
Diseño	Mixto cuali-cuantitativo.	
Variables	Dependiente:	Nivel de responsabilidad
	Independiente 1:	Conocimiento
	Independiente 2:	Difusión
	Independiente 3:	Aplicación
	Independiente 4:	Cumplimiento

Este planteamiento centra los esfuerzos hacia el desarrollo de un diagnostico situacional que nos permita la creación de números índice por medio de los cuales nos permita establecer parámetros de desempeño deseados.

Por lo que el eje central es la utilización de herramientas de la investigación de tipo social (cedulas de evaluación) que nos permitirá obtener información de valiosa importancia en cada nivel, con las cuales construir los índices de difusión, conocimiento y cumplimiento

Con base a los resultados obtenidos planear estrategias que incrementen estos índices y de esta forma cumplir con el objetivo planeado. Desarrollándose mediante herramientas a distancia que permitan un manejo económico de las estrategias.

10.2 Plan de trabajo

1. Diagnostico situacional

Se diseñara una cedula de diagnóstico para cada norma, que será aplicada a distancia, por medio de la que nos permitirá conocer el estado cualitativo de las normas.

1.2 Detección de necesidades especificas

Una vez analizado los resultados del diagnóstico se diseñarán lineamientos para la corrección de las desviaciones encontradas.

1.3 Mejora Continua

De forma adicional esta metodología se plantea sirva para el desarrollo de un modelo de mejora continua por medio del que se otorgaran los siguientes productos:

- Mejoras en las NOM vigentes, que se incluirán en las próximas revisiones.
- Necesidades de NOM en campos aun no normados en el momento

10.3 Oficios de envío

Oficio No.
México, D.F., a del 2013.

Asunto: Solicitud de cooperación con el proceso para la evaluación de Normas Oficiales Mexicanas SSA3.

DR.
Secretario de Salud del Estado
Gobierno del Estado de
P R E S E N T E

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la finalidad de promover, supervisar y evaluar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas a cargo del Comité Consultivo Nacional de Normalización e Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), ha diseñado un mecanismo que permita determinar el estado que guarda cada norma a su cargo de acuerdo al nivel técnico administrativo de responsabilidad dentro del sector salud, este mecanismo incluye una serie de actividades, como el llenado de formularios y cédulas de autoevaluación, que sirvan para elaborar un diagnóstico situacional a nivel nacional, así como actividades de coordinación e intercambio de información.

Para el desarrollo de las actividades, hemos considerado proponerle a usted, que el contacto y vínculo entre la DGCES y su Estado, sea el Líder Estatal de Calidad, tanto por el tipo, como por la naturaleza y propósito de las actividades, que no le representan una carga significativa de trabajo.

El Líder Estatal de Calidad fungirá como responsable para el desarrollo de las actividades en su nivel técnico administrativo de responsabilidad y a su vez se coordinara con el Líder Jurisdiccional de Calidad y su homólogo en las unidades de atención para la instrumentación de dichas actividades.

Adjunto al presente oficio se encuentra el Anexo Técnico para la instrumentación de la evaluación de las Normas Oficiales Mexicanas en comento, en el que se describen con mucho más detalle las actividades y su mecanismo de coordinación.
Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo, esperando su cooperación para el desarrollo exitoso de estas actividades.

A t e n t a m e n t e
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

69. PROCEDIMIENTO PARA ANALIZAR ESQUEMAS EXITOSOS Y FORMULAR PROPUESTAS DIRIGIDAS A LA ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL PARA FORTALECER EL PROCESO OPERATIVO EN LA PRÁCTICA MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Formular propuestas dirigidas a la solución de problemas en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social para fortalecer y mejorar la calidad de los procesos operativos del servicio en la práctica médica, en beneficio de los prestadores de servicio y de los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establece lineamientos e instrumentos de rectoría para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, evalúa, establece y aprueba las propuestas; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, elabora propuestas en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social.; el Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud, integra las propuestas y difunde.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de atención médica y asistencia social y que presenten la solicitud de opinión técnica correspondiente

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer lineamientos e instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de revisar, analizar y aprobar las propuestas para establecimientos de atención médica y de asistencia social.

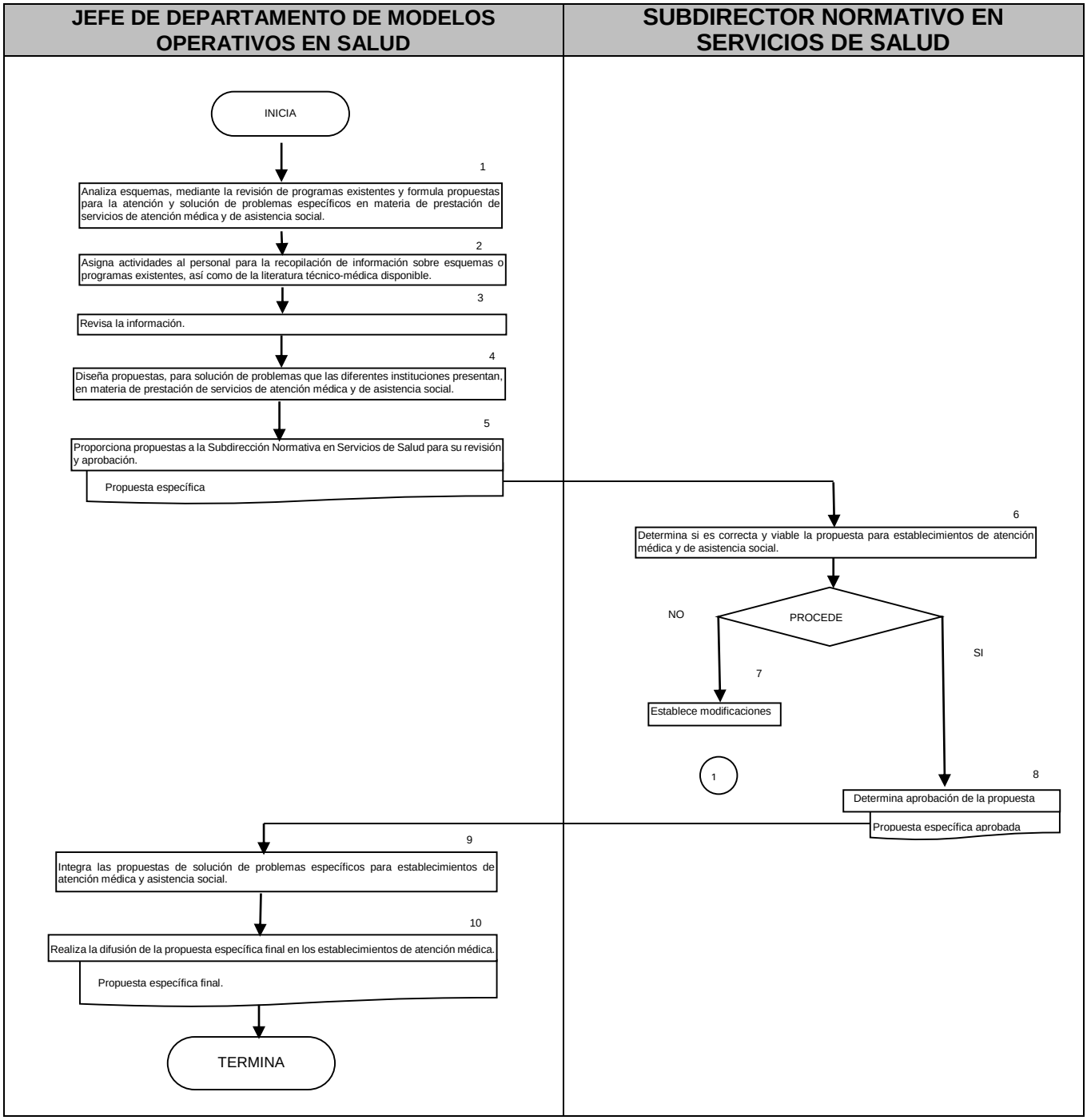
3.3 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de elaborar propuestas, para solución de problemas específicos que las diferentes instituciones presentan, en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social.

3.4 Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud. Integra las propuestas de solución de problemas específicos para establecimientos de atención médica y asistencia social. Difunde la propuesta específica final en los establecimientos de atención médica

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividad	Documento o anexo
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud.	1	Analiza esquemas, mediante la revisión de programas existentes y formula propuestas para la atención y solución de problemas específicos en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social.	
	2	Asigna actividades al personal para la recopilación de información sobre esquemas o programas existentes, así como de la literatura técnico-médica disponible.	Propuesta específica
	3	Revisa la información.	
	4	Diseña propuestas, para solución de problemas que las diferentes instituciones presentan, en materia de prestación de servicios de atención médica y de asistencia social.	
	5	Proporciona propuestas a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	6	Determina si es correcta y viable la propuesta para establecimientos de atención médica y de asistencia social. Procede:	Propuesta específica aprobada
	7	NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 1	
	8	SI: Determina aprobación de la propuesta. Continúa el procedimiento	
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud	9	Integra las propuestas de solución de problemas específicos para establecimientos de atención médica y asistencia social.	Propuesta específica final.
	10	Realiza la difusión de la propuesta específica final en los establecimientos de atención médica. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Propuesta	2 años	Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Esquema exitoso: Aquel esquema que ha probado su beneficio o éxito para el cual fue elaborado.
8.2 Problemas específicos: Aquellos que inciden de manera específica en materia de organización, funcionamiento, infraestructura y recursos humanos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Propuesta específica final

10.1 Propuesta Específica Final

Primera propuesta

La presente metodología tiene como propósito evaluar las Normas Oficiales Mexicanas de acuerdo a las atribuciones otorgadas en la fracción II del artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaria de Salud.

Esta metodología se encuentra centrada en el desarrollo de un diagnostico situacional, por medio del que se construirán números índice, que permitirán desarrollar estrategias por nivel de responsabilidad;

Titulo	Metodología para la Evaluación de Normas Oficiales Mexicanas por nivel de responsabilidad	
Problema	Dentro de las atribuciones otorgadas por el artículo 18 fracción II de RISS se encuentra la de evaluar el cumplimiento y difusión de las normas; aunque el proceso se encontraba identificado no se ha diseñado una metodología y plan de implementación para su desarrollo.	
Objetivo	Evaluar el conocimiento, difusión, aplicación y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas competencia de este subcomité del CCNDITIS, de acuerdo a los distintos niveles de responsabilidad.	
Metodología		
Diseño	Mixto cuali-cuantitativo.	
Variables	Dependiente:	Nivel de responsabilidad
	Independiente 1:	Conocimiento
	Independiente 2:	Difusión
	Independiente 3:	Aplicación
	Independiente 4:	Cumplimiento

Este planteamiento centra los esfuerzos hacia el desarrollo de un diagnostico situacional que nos permita la creación de números índice por medio de los cuales nos permita establecer parámetros de desempeño deseados.

Por lo que el eje central es la utilización de herramientas de la investigación de tipo social (cedulas de evaluación) que nos permitirá obtener información de valiosa importancia en cada nivel, con las cuales construir los índices de difusión, conocimiento y cumplimiento

Con base a los resultados obtenidos planear estrategias que incrementen estos índices y de esta forma cumplir con el objetivo planeado. Desarrollándose mediante herramientas a distancia que permitan un manejo económico de las estrategias.

70. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA PLANEACIÓN E INSTRUMENTACIÓN CONJUNTA DE MODELOS OPERATIVOS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA, LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL

1. PROPÓSITO

1.1 Planear e instrumentar modelos operativos, dirigidos a mejorar la eficiencia, calidad y la seguridad de los servicios de atención médica y de asistencia social en coordinación con las instituciones del Sector Salud, para mejorar el desempeño operativo de los servicios de atención médica y asistencia social, para beneficio de la atención al usuario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel Interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; que tiene alcance a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos; que tiene alcance a la Dirección de Procesos Normativos en Salud; que tiene alcance a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud: y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud proporciona información sobre la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, analiza las solicitudes y autoriza; Dirección de Procesos Normativos en Salud, da seguimiento a las solicitudes generadas y designa a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, recibe las solicitudes y define las acciones al departamento de modelos operativos para preparar la información; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, prepara la información y material para participar en dichas actividades.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que soliciten la participación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Tiene a su alcance actividades de coordinación de las instituciones del sector salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, facultada para establecer lineamientos e instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa participa en actividades de coordinación de las instituciones del sector salud, a efecto de proporcionar la información sobre la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos dirigidos a mejorar la eficiencia, la calidad y la seguridad de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de analizar las solicitudes para las instrucciones correspondientes a la Dirección de Procesos Normativos en Salud.

3.4 Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de dar seguimiento a las solicitudes generadas y enviar a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.

3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de recibir las solicitudes e instruir al departamento de modelos operativos para preparar la información, de acuerdo con la temática de la actividad requerida.

3.6 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de preparar información y material para participar en dichas actividades.

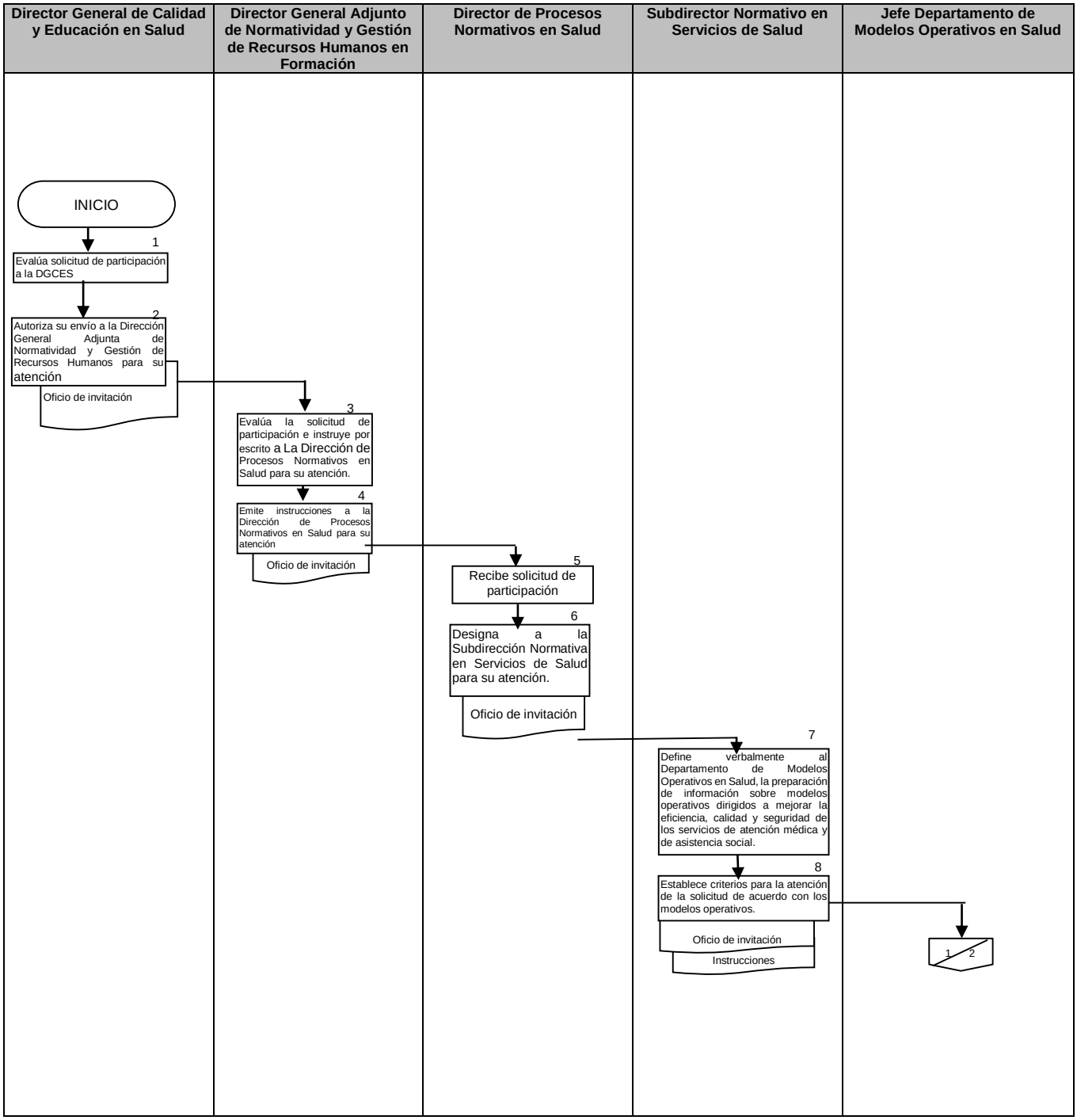
3.7 Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud. Participa en la actividad. Elabora nota informativa y la envía para descargar el folio, en su caso.

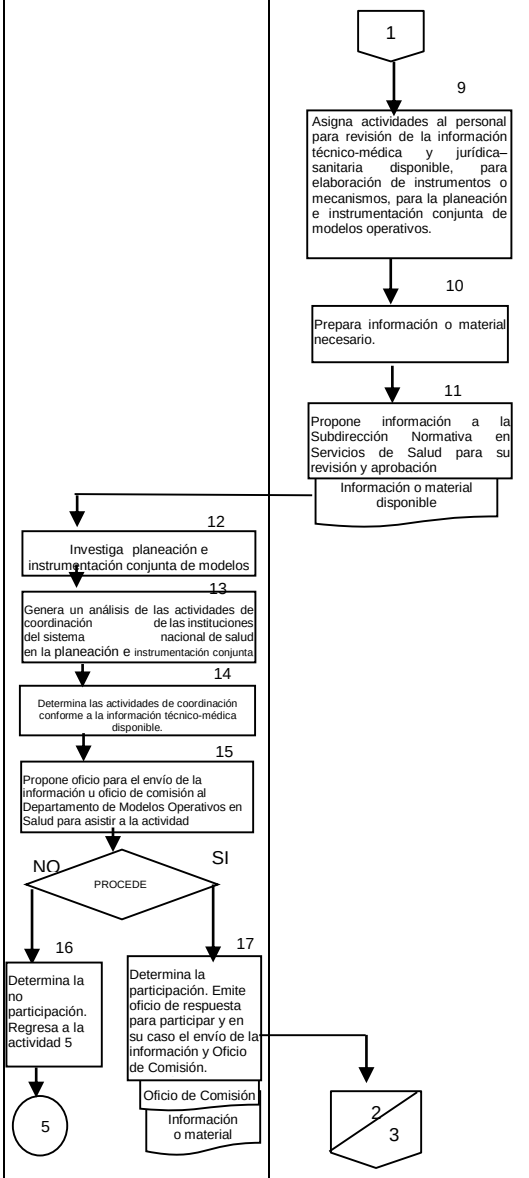
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

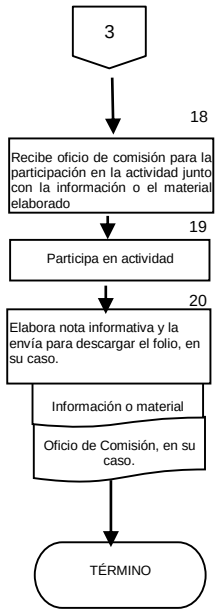
Responsable	No. Act	Descripción de Actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud.	1	Evalúa solicitud para participar en distintas actividades de coordinación de Instituciones del Sector Salud, con la finalidad de proporcionar información para la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos dirigidos a mejorar la eficiencia, calidad y seguridad de los servicios de atención médica y de asistencia social.	Oficio de invitación.
	2	Autoriza su envío a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos para su atención.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	3	Evalúa la solicitud de participación.	Oficio de invitación
	4	Emite instrucciones a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	
Director de Procesos Normativos en Salud.	5	Recibe solicitud de participación.	Oficio de invitación
	6	Designa a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	7	Define verbalmente la preparación de información sobre modelos operativos al Departamento de Modelos Operativos en Salud, dirigidos a mejorar la eficiencia, calidad y seguridad de los servicios de atención médica y de asistencia social.	Oficio de invitación
	8	Establece criterios para la atención de la solicitud de acuerdo con los modelos operativos.	
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud.	9	Asigna actividades al personal para revisión de la información técnico-médica y jurídica–sanitaria disponible, para elaborar instrumentos o mecanismos, en la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos.	Información o material disponible.
	10	Prepara información o material necesario.	
	11	Propone información a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	

Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	12	Investiga la planeación e instrumentación conjunta de Modelos operativos para mejorar la eficiencia.	
	13	Genera un análisis de las actividades de coordinación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en la planeación e instrumentación conjunta de Modelos Operativos.	
	14	Determina las actividades de coordinación conforme a la información técnico-médica disponible.	
	15	Propone oficio para el envío de la información u oficio de comisión al Departamento de Modelos Operativos en Salud, para asistir a la actividad.	
		Procede:	
	16	No: Determina la no participación. Regresa a la actividad 5	Información o material elaborado.
	17	Si: Determina la participación. Emite oficio de respuesta para participar y en su caso el envío de la información y Oficio de Comisión. Continúa Procedimiento.	Oficio de Comisión, en su caso.
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud.	18	Recibe oficio de comisión para la participación en la actividad junto con la información o el material elaborado.	Información o material elaborado.
	19	Participa en la actividad.	Oficio de Comisión, en su caso.
	20	Elabora nota informativa y la envía para descargar el folio, en su caso.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




1
9
Asigna actividades al personal para revisión de la información técnico-médica y jurídica–sanitaria disponible, para elaboración de instrumentos o mecanismos, para la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos.
10
Prepara información o material necesario.
11
Propone información a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación
Información o material disponible
12
Investiga planeación e instrumentación conjunta de modelos
13
Genera un análisis de las actividades de coordinación de las instituciones del sistema nacional de salud en la planeación e instrumentación conjunta
14
Determina las actividades de coordinación conforme a la información técnico-médica disponible.
15
Propone oficio para el envío de la información u oficio de comisión al Departamento de Modelos Operativos en Salud para asistir a la actividad
PROCEDE
NO
SI
16
Determina la no participación. Regresa a la actividad 5
17
Determina la participación. Emite oficio de respuesta para participar y en su caso el envío de la información y Oficio de Comisión.
Oficio de Comisión
Información o material
5
2
3

				 3 18 Recibe oficio de comisión para la participación en la actividad junto con la información o el material elaborado 19 Participa en actividad 20 Elabora nota informativa y la envía para descargar el folio, en su caso. Información o material Oficio de Comisión, en su caso. TÉRMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal del Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica	N/A
6.9 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.10 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Información o material elaborado	2 años	Departamento de Modelos Operativos en Salud	N/A
7.2 Oficio	2 años	Departamento de Modelos Operativos en Salud	N/A

8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumentación conjunta: Al trabajo de planeación, programación y coordinación que se realiza entre la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y otras dependencias o instituciones del Sector Salud, con un propósito determinado.

8.2 Modelo operativo: Representación abstracta de la realidad conocida, que muestra factores de fortaleza en la operación de un establecimiento de atención médica y de asistencia social, en determinadas condiciones y circunstancias.

9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de invitación
10.2 Información o material elaborado
10.3 Oficio de Comisión (en su caso)

10.1 Oficio de Invitación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. DGCES- 02118 -2015

México, D.F., a 01 de junio de 2015

DRA. ELIZABETH CASTRO MILLA
DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL
ÁNGELES LOMAS, S.A. DE C.V.
P R E S E N T E

Me permito hacer de su conocimiento, que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), incluyó en el Programa de Normalización 2015 la revisión y actualización de tres Normas Oficiales Mexicanas, que en el transcurso del presente año concluyen su periodo quinquenal, mismas que con base en lo dispuesto por la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y su Reglamento, requieren ser revisadas y en su caso, modificadas a fin de mantener vigente su contenido.

Por tal motivo, me es grato extenderle una cordial invitación para que tenga a bien designar un representante, para asistir a las sesiones de trabajo de cada uno de los Grupos Técnicos Interinstitucionales encargados de la revisión y actualización de las siguientes normas:

- NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Las reuniones se llevarán a cabo en esta unidad administrativa, sito en Av. Homero 213, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo.

Para tal propósito, anexo al presente un Disco Compacto con el calendario de reuniones y tres archivos electrónicos de los documentos de trabajo en formato de tres columnas, para facilitar su revisión, formulación de comentarios o propuestas y en su caso, la justificación jurídica y técnica que corresponda, el cual constituye el material básico para iniciar las sesiones de trabajo.

Mucho agradeceré tenga a bien confirmar la asistencia y datos de su representante, por este medio, al teléfono 20 00 34 41 o a las direcciones de correo electrónico siguientes: adolfo.serrano@salud.gob.mx o normatividad.dgces@salud.gob.mx.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.-Presente.
C.c.p. Lic. Leticia Angélica García Otamendi.- Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.-Presente.

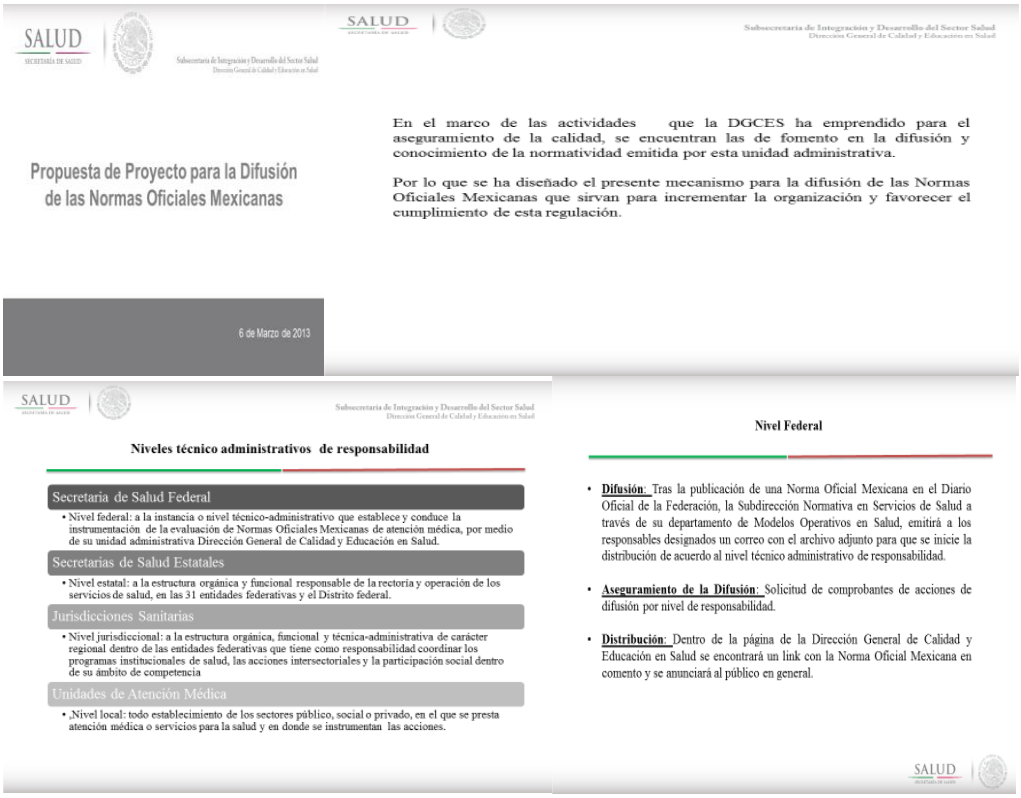
Anexo: Disco Compacto

SIN FOLIO DE LA DGCES
Sección/Serie: 15.1
DGC/ASN

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

HOSPITAL ÁNGELES Dra. Lomas
11 JUN 2015
11:48hrs
DIRECCION GENERAL

10.2 Información o material elaborado



Propuesta de Proyecto para la Difusión de las Normas Oficiales Mexicanas

En el marco de las actividades que la DGCES ha emprendido para el aseguramiento de la calidad, se encuentran las de fomento en la difusión y conocimiento de la normatividad emitida por esta unidad administrativa.

Por lo que se ha diseñado el presente mecanismo para la difusión de las Normas Oficiales Mexicanas que sirvan para incrementar la organización y favorecer el cumplimiento de esta regulación.

6 de Marzo de 2013

Niveles técnico administrativos de responsabilidad

Secretaría de Salud Federal

- Nivel federal: a la instancia o nivel técnico-administrativo que establece y conduce la instrumentación de la evaluación de Normas Oficiales Mexicanas de atención médica, por medio de su unidad administrativa Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Secretarías de Salud Estatales

- Nivel estatal: a la estructura orgánica y funcional responsable de la rectoría y operación de los servicios de salud, en las 31 entidades federativas y el Distrito federal.

Jurisdicciones Sanitarias

- Nivel jurisdiccional: a la estructura orgánica, funcional y técnica-administrativa de carácter regional dentro de las entidades federativas que tiene como responsabilidad coordinar los programas institucionales de salud, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia

Unidades de Atención Médica

- Nivel local: todo establecimiento de los sectores público, social o privado, en el que se presta atención médica o servicios para la salud y en donde se instrumentan las acciones.

Nivel Federal

- **Difusión**: Tras la publicación de una Norma Oficial Mexicana en el Diario Oficial de la Federación, la Subdirección Normativa en Servicios de Salud a través de su departamento de Modelos Operativos en Salud, emitirá a los responsables designados un correo con el archivo adjunto para que se inicie la distribución de acuerdo al nivel técnico administrativo de responsabilidad.
- **Aseguramiento de la Difusión**: Solicitud de comprobantes de acciones de difusión por nivel de responsabilidad.
- **Distribución**: Dentro de la página de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se encontrará un link con la Norma Oficial Mexicana en comento y se anunciará al público en general.

10.3 Oficio de Comisión

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

DGCES - DG - 00779 - 2015

México, D.F., a, 2 de marzo de 2015

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
- 4 MAR. 2015
OFICIALÍA DE PARTES

LIC. DAVID GUZMÁN SALGADO
DIRECTOR EJECUTIVO DE SUPERVISIÓN
Y VIGILANCIA SANITARIA DE LA COMISIÓN
FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA
RIESGOS SANITARIOS.
P R E S E N T E.

Me refiero a su oficio No. COS/DES/VS/2/OR/0726/2015, de fecha 20 de febrero del presente año, mediante el cual extiende una invitación a esta Dirección General para participar en la reunión de revisión, actualización y modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Al respecto me permito hacer de su conocimiento, que he designado como representante titular al Dr. Adolfo Serrano Moya, Subdirector Normativo en Servicios de Salud y como suplente a la Q. en A. Laura Rocío Espinosa Cervantes, Jefe de Departamento, para que participen en las reuniones de trabajo.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SALUD SECRETARÍA DE SALUD
10 MAR 2015
RECIBIÓ: Norma
HORA: 14:25

C. c. p. Lic. Elvia Macedo dela Concha.- Directora de Procesos Normativos en Salud.- Presente.
C. c. p. Dr. Adolfo Serrano Moya.- Subdirector Normativo en Servicios de Salud.- Presente.
C.c.-p. Q. en A. Laura Rocío Espinosa Cervantes, Jefe de Departamento.- Presente.

Folio de Delegación DGCES No. 949 y 1000.

Sección/Serie: 1S.1

EMC/ASM

Recibí copia 10/03/2015.
Laura Espinosa Cervantes

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

71. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER MODELOS DE OPERACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CON UN ENFOQUE MODERNO Y RACIONAL EN EL USO DE LOS RECURSOS PARA LA MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

1. PROPÓSITO

1.1 Desarrollar modelos para apoyar la operación, organización y funcionamiento de los establecimientos de atención médica del Sector Público, para mejorar el desempeño operativo de los servicios de atención médica y asistencia social, pera beneficio de la atención al usuario.

2. ALCANCE

2.1 Alcance Interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; que tiene alcance a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos; que tiene alcance a la Dirección de Procesos Normativos en Salud; que tiene alcance a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud: y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud proporciona información sobre la planeación e instrumentación conjunta de modelos operativos; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, elabora instrucciones para llevar a cabo Modelos Operativos en Salud. Determina la aprobación de las propuestas; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, tiene a su alcance atender y preparar información y material para participar en dichas actividades.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que soliciten la participación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, conduce la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de

3.3 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de elaborar instrucciones para realizar propuestas de modelos para la operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica

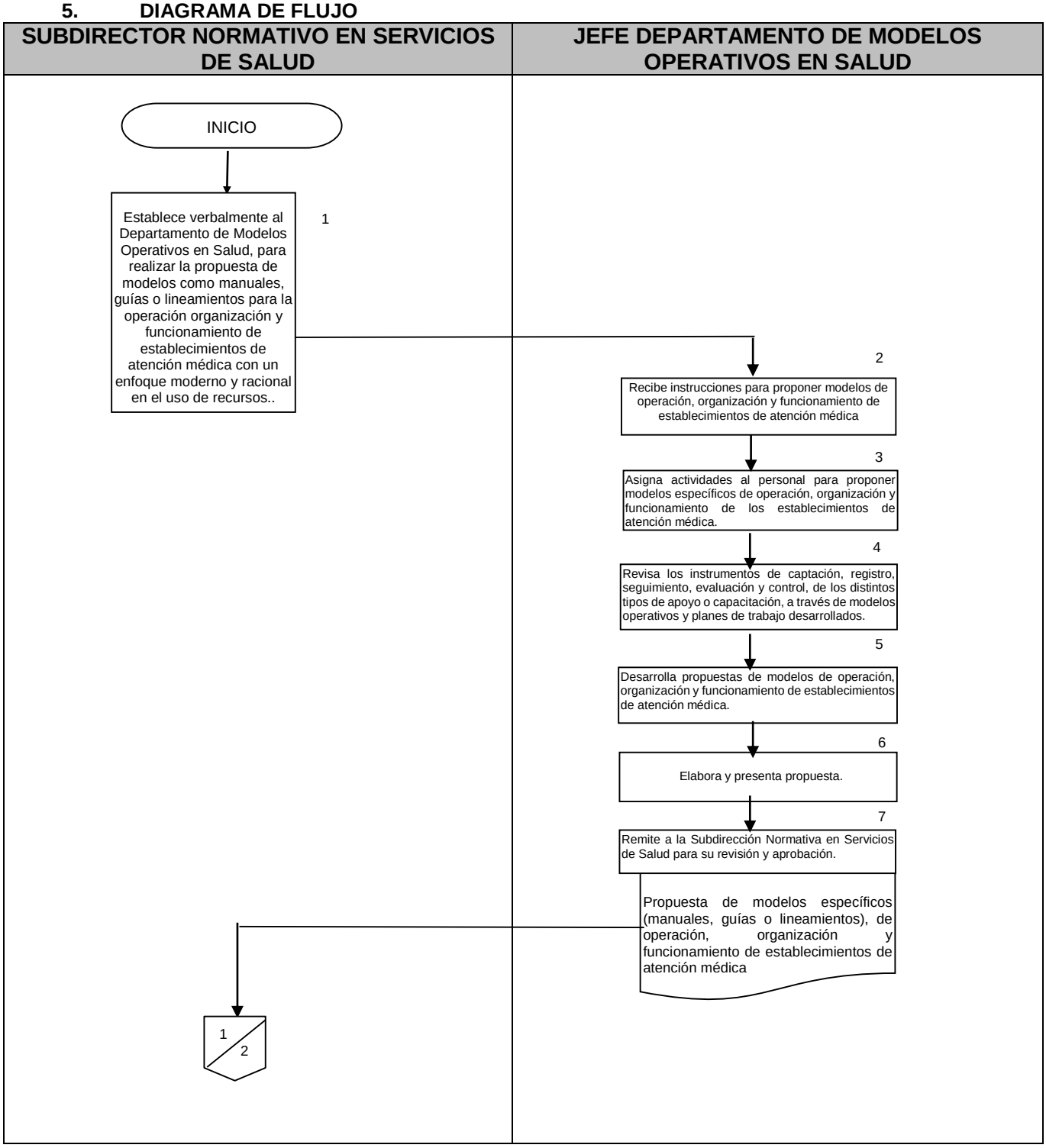
3.4 El Departamento de Modelos Operativos en Salud es responsable de desarrollar propuestas de modelos (manuales, guías o lineamientos), de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica.

3.5 Subdirector Normativo en Servicios de Salud: revisa, analiza y aprueba la propuesta de modelos de operación para su difusión. Procede: No: Regresa a la actividad 2. Recibe instrucciones para proponer modelos de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica. Si: Continúa procedimiento. Se aprueba propuesta

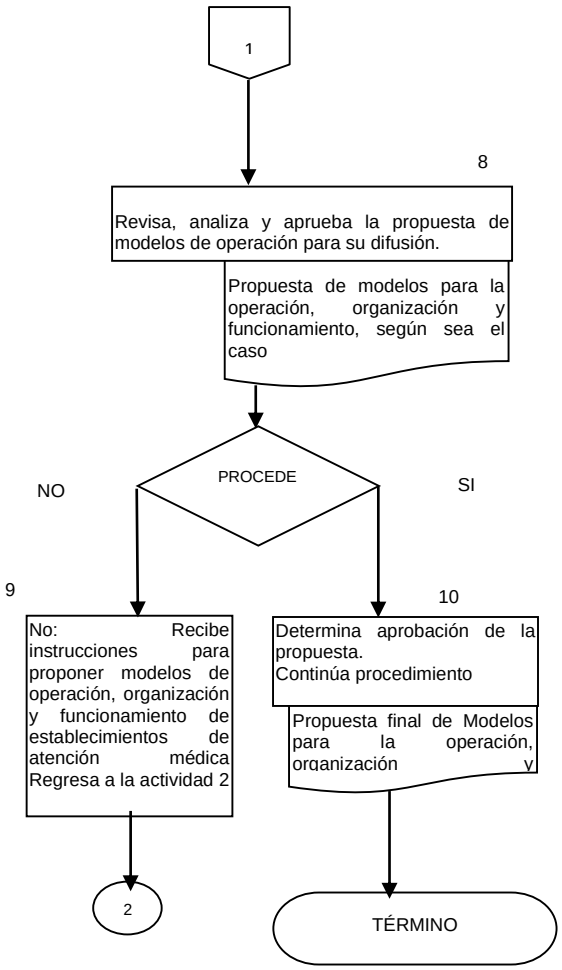
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividad	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	1	Establece verbalmente al Departamento de Modelos Operativos en Salud, para realizar la propuesta de modelos como manuales, guías o lineamientos para la operación organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica con un enfoque moderno y racional en el uso de recursos.	
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud.	2	Recibe instrucciones para proponer modelos de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica	Propuesta de modelos específicos (manuales, guías o lineamientos), de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica.
	3	Asigna actividades al personal para proponer modelos específicos de operación, organización y funcionamiento de los establecimientos de atención médica.	
	4	Revisa los instrumentos de captación, registro, seguimiento, evaluación y control, de los distintos tipos de apoyo o capacitación, a través de modelos operativos y planes de trabajo desarrollados.	
	5	Desarrolla propuestas de modelos de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica.	
	6	Elabora y presenta propuesta.	
	7	Remite a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	8	Revisa, analiza y aprueba la propuesta de modelos de operación para su difusión. Procede:	Propuesta final de modelos para la operación, organización y funcionamiento, según sea el caso.
	9	No: Recibe instrucciones para proponer modelos de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica. Regresa a la actividad 2	
	10	Si: Determina aprobación de la propuesta. Continúa procedimiento. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



SUBDIRECTOR NORMATIVO EN SERVICIOS DE SALUD	JEFE DEPARTAMENTO DE MODELOS OPERATIVOS EN SALUD



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Modelos propuestos para la operación, organización y funcionamiento.	2 años	Departamento de modelos Operativos en Salud	No Aplica

8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Modelo operativo: Representación abstracta de la realidad conocida, que muestra factores de fortaleza en la operación de un establecimiento de atención médica y de asistencia social, en determinadas condiciones y circunstancias.
8.2 Propuesta de modelo: Desarrollo de un modelo operativo que toma en cuenta las características reales de la operación de un establecimiento de atención médica y de asistencia social y propone solución a la problemática detectada.

9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1Propuesta de modelos específicos (manuales, guías o lineamientos de operación, organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica).

10.1 Propuesta de modelo específico: Lineamientos

LINEAMIENTOS PARA LA DOTACION DE RECURSOS HUMANOS EN UNIDADES DE ATENCIÓN

Por Grupo o Modulo de Trabajo

1.- El número total de personal para la Unidades de Atención Médica se calcula por turno de actividades. Con base a esto se obtiene el número final de personal.

2.- El número total de personal, considera un solo módulo, o equipo de trabajo, que se deberá multiplicar por el número real o ideal de módulos de la unidad, excepto el director, ya que no se necesitan varios directores.

3.- El número de personal de limpieza o intendencia, dependerá de la superficie en metros cuadrados cerrados o abiertos que se requiera limpiar.

4.- Vigilancia, su número dependerá de que la unidad cuente con mobiliario y equipo que deba ser resguardado, por lo que se deberán cubrir como mínimo 6 turnos. Desde el punto de vista de la oportunidad, continuidad, permanencia, supervisión, control administrativo y presupuestal, no es recomendable que este servicio dependa de la jurisdicción sanitaria.

5.- Personal de limpieza o intendencia, se deberán cubrir como mínimo 6 turnos. Desde el punto de vista de la oportunidad, continuidad, permanencia, supervisión, control administrativo y presupuestal, no es recomendable que este servicio dependa de la jurisdicción sanitaria.

72. PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR ELEMENTOS TÉCNICOS PARA EL DESARROLLO DE METODOLOGÍAS APLICABLES A LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y ASISTENCIA SOCIAL, PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar y desarrollar metodologías para apoyar la operación de los establecimientos de atención médica y de asistencia social del Sector Público para proporcionar elementos técnicos para el desarrollo de metodologías aplicables a la operación de los servicios de atención médica y asistencia social, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establece lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, genera los criterios e instrucciones para llevar a cabo la integración de la información técnico-médica. Recibe, examina y aprueba la metodología aplicable en materia de supervisión, evaluación y control de la operación de servicios de atención médica; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, elabora metodologías para la supervisión, evaluación y control, que permitan mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

2.3 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de generar los criterios e instrucciones para llevar a cabo la integración de la información técnico-médica, que se requiera para la elaboración de metodologías que permitan mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3.3 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de llevar a cabo la revisión, análisis y síntesis de la información técnico-médica, para elaborar metodologías para la supervisión, evaluación y control, que permitan mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3.4 Subdirector Normativo en Servicios de Salud. Recibe, examina y aprueba la metodología aplicable en materia de supervisión, evaluación y control de la operación de servicios de

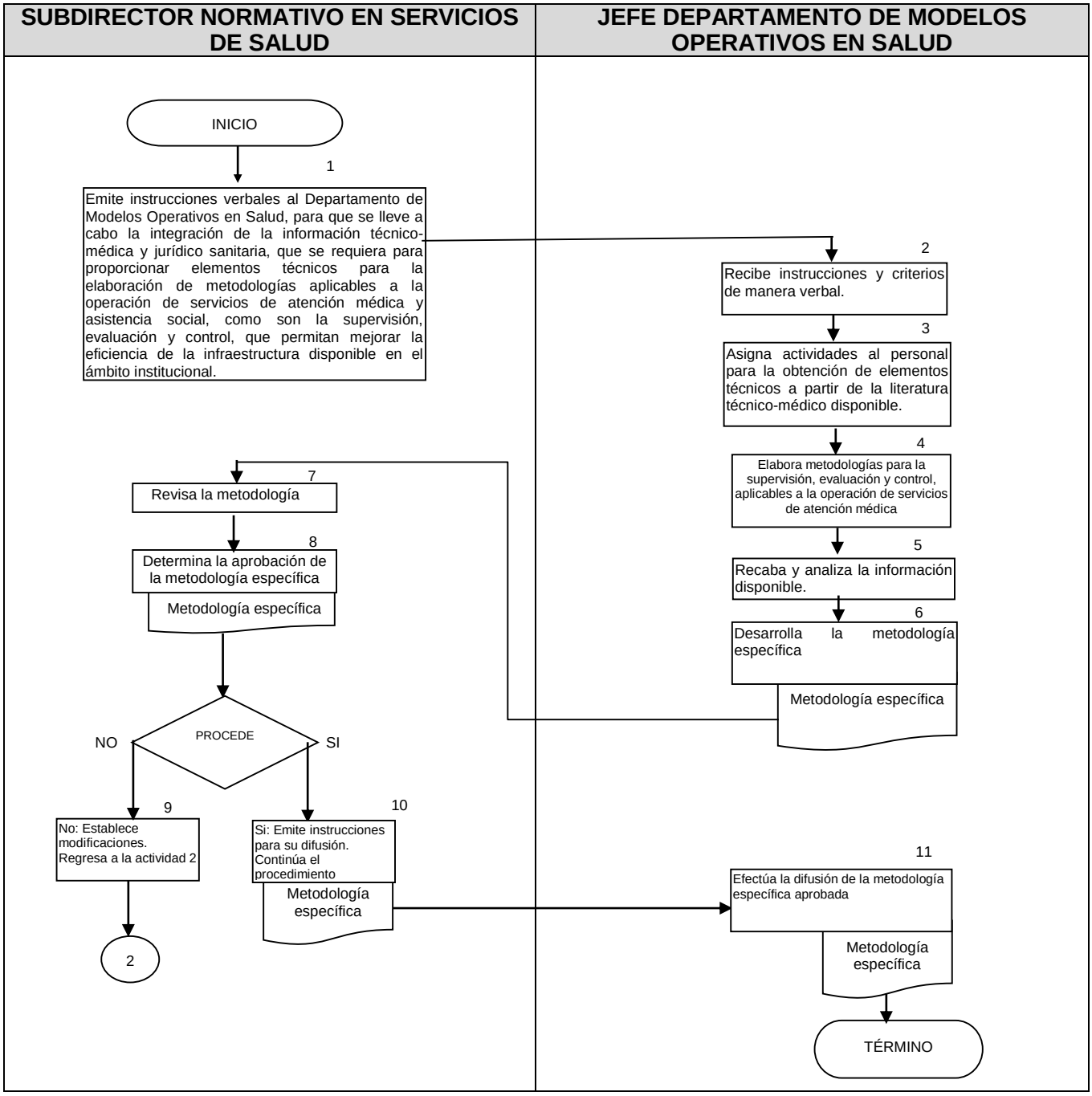
atención médica y asistencia social, que permitan mejorar la eficiencia en la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3.5 El Jefe de Departamento de Modelos Operativos en Salud: elabora la difusión de la Metodología específica aprobada.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividad	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	1	Emite instrucciones verbales al Departamento de Modelos Operativos en Salud, para que se lleve a cabo la integración de la información técnico-médica y jurídico sanitaria, que se requiera para proporcionar elementos técnicos para la elaboración de metodologías aplicables a la operación de servicios de atención médica y asistencia social, como son la supervisión, evaluación y control, que permitan mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.	
Jefe de Departamento de Modelos Operativos en Salud.	2 3 4 5 6	Recibe instrucciones y criterios de manera verbal. Asigna actividades al personal para la obtención de elementos técnicos a partir de la literatura técnico-médico disponible. Elabora metodologías para la supervisión, evaluación y control, aplicables a la operación de servicios de atención médica. Recaba y analiza la información disponible. Desarrolla la metodología específica.	Metodología específica preliminar.
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	7 8 9 10	Recibe y efectúa el análisis de la propuesta de metodología específica preliminar. Determina la aprobación de la metodología específica aplicable en materia de supervisión, evaluación y control de la operación de servicios de atención médica y asistencia social Procede: NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 2. SI: Emite instrucciones para su difusión. Continúa el procedimiento.	Metodología final para la supervisión, evaluación y control de la operación de servicios de atención médica y de asistencia social.
Jefe de Departamento de Modelos Operativos en Salud	11	Efectúa la difusión de la metodología específica aprobada. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	Artículo 18 fracción II
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Metodología final para la operación de servicios de atención médica y asistencia social.	2 años	Jefe Departamento de modelos Operativos en Salud	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Metodología: Conjunto de etapas secuenciadas, ordenadas y sistematizadas que permiten llevar a cabo o concretar una o varias acciones específicas.
8.2 Servicio de atención médica: Conjunto de recursos humanos, materiales y tecnológicos, que interactúan sistemáticamente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afectan a los individuos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Metodología Específica (Metodología para la supervisión, evaluación y control de la operación de servicios de atención médica y de asistencia social).

10.1 Metodología Específica

MODELOS DE OPERACIONALIZACION

MODELO CENTRALIZADO

DGCES (DPNS/SNSS-DMOS)

Esta unidad administrativa es el eje central de este modelo propuesto para la operativización de las Normas Oficiales Mexicanas.

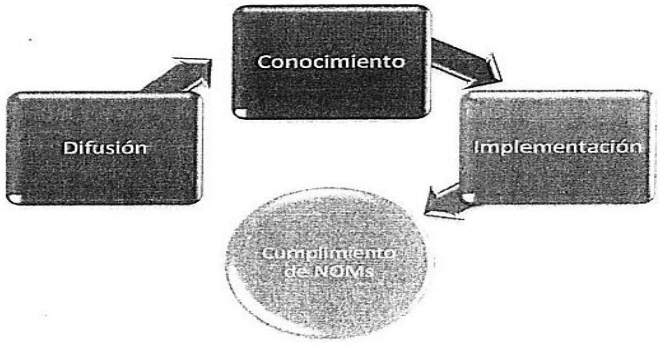
- Campo de actuación,
- Objetivos esperados,
- Metodología propuesta y
- Plan de Instrumentación.

Campo de Actuación

Para dar continuidad con el proceso desarrollado en el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud, el cual tenía por objetivo en su estrategia 5.1 la actualización del marco normativo en salud, la Dirección a cargo propuso la implementación de un proceso que ayudara a completar el proceso administrativo (Circulo de Deming) que otorgara certeza y complementariedad al proceso ya desarrollado.

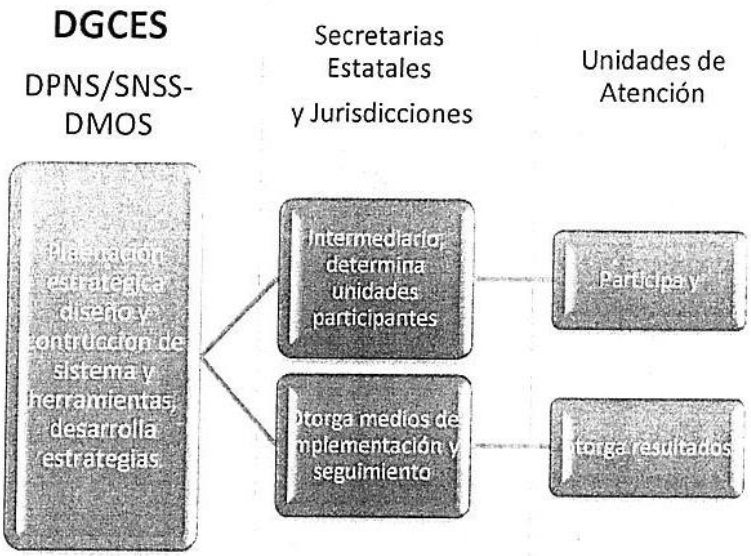
De acuerdo a lo estipulado dentro del Reglamento Interior de la Secretaria de Salud, una de las facultades del área es el desarrollo de mecanismos para asegurar la observación de las normas.

Se establece el desarrollo de una o varias metodologías para la operativización de las Normas Oficiales Mexicanas que tenga como objetivo el incremento de la difusión que se traduzca en mayor conocimiento y por tanto cumplimiento de las normas.



Este Modelo propone desde el nivel central controlar el proceso; es decir desarrollar las herramientas que determinen las necesidades específicas y medios para mejorar la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas que formen parte del subcomité de salud SSA3.

Unidades de atención: Implementan la metodología y envían resultados a nivel central para la determinación de lineamientos a seguir.



Plan de instrumentación

Se instrumenta por medio del siguiente plan.

Dirección de Procesos Normativos en Salud (DPNS)	Subdirección Normativa en Servicios de Salud (SNSS)	Departamento de Modelos Operativos en Salud (DMOS)
	1. Instruye al DMOS a desarrollar una modelo para la operativización de una Norma Oficial Mexicana.	2. Propone un Modelo centralizado.
	3. Supervisa y autoriza el modelo y turna a la DPNS.	
4. Da visto bueno y realiza gestiones para la concertación de acuerdos de función con las secretarias estatales de salud.		4. Conforme a los acuerdos contratados inicia plan de instrumentación en coordinación de SSE con las unidades de atención. 5. En conjunto con la Unidad de atención analiza los resultados obtenidos. 6. Presenta resultados a SPNS/DPNS.

73. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER INDICADORES Y PLANTILLAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PERMITAN MEJORAR Y FORTALECER LA EFICIENCIA EN EL APROVECHAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EN SU CASO SOLICITAR CON BASES TÉCNICAS LA ASIGNACIÓN DE AQUELLOS QUE REQUIERAN

1. PROPÓSITO

1.1 Proponer y elaborar indicadores en materia de recursos humanos para el mayor aprovechamiento de la infraestructura existente en los establecimientos de atención médica de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la, la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establece lineamientos o instrumentos de rectoría; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, elabora instrucciones para realizar prueba piloto, revisa y aprueba indicadores; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, diseña y elabora propuesta metodológica para el desarrollo de indicadores de dotación de recursos humanos; el Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud, integra documento con indicadores resultantes de dotación de recursos humanos para su difusión.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, de elaborar instrucciones para realizar prueba piloto y es responsable de revisar y aprobar de indicadores resultantes.

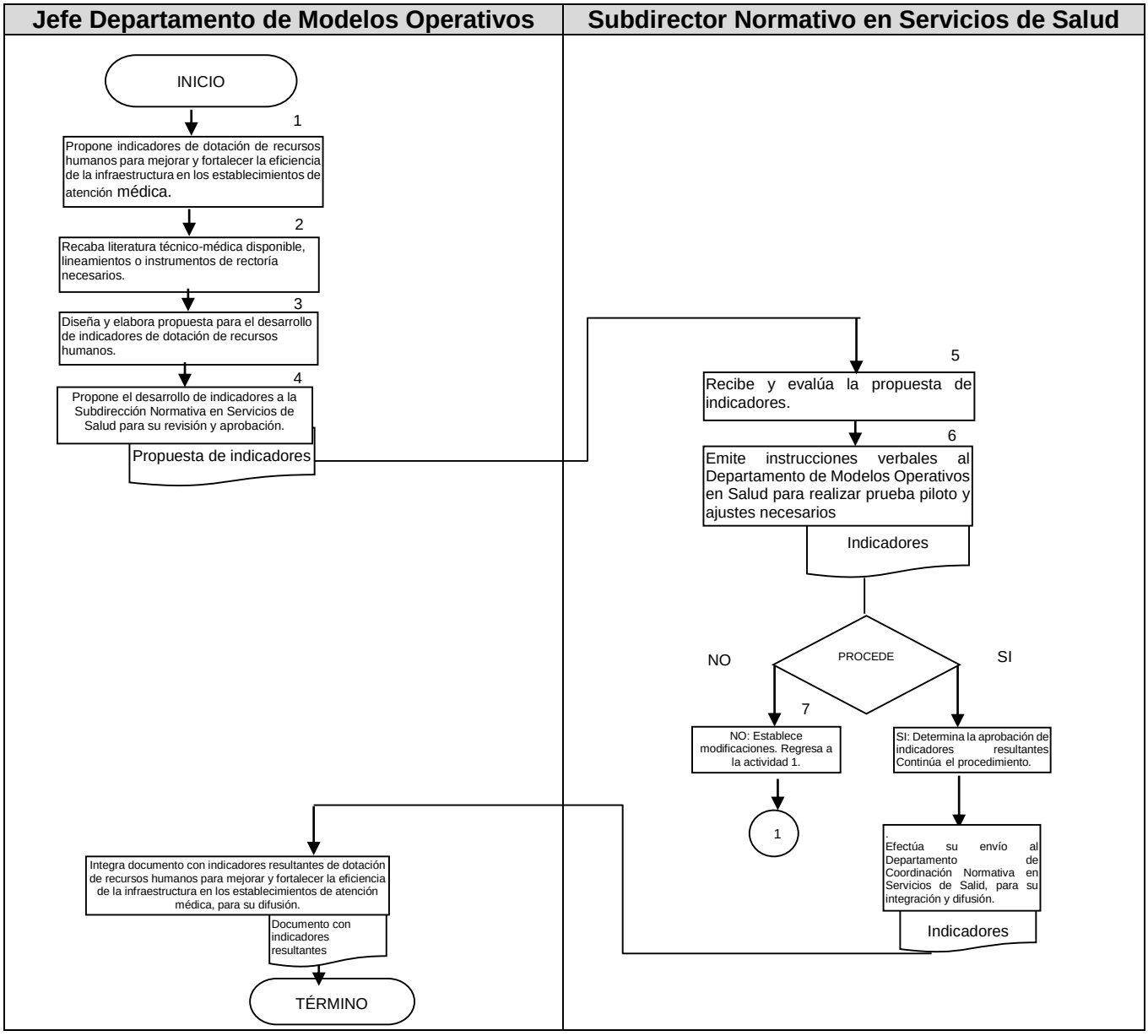
3.3 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de diseñar y elaborar propuesta metodológica para el desarrollo de indicadores de dotación de recursos humanos.

3.4 Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud. Integra documento con indicadores resultantes de dotación de recursos humanos para mejorar y fortalecer la eficiencia de la infraestructura en los establecimientos de atención médica, para su difusión.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividad	Documento o anexo
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud.	1	Propone indicadores de dotación de recursos humanos para mejorar y fortalecer la eficiencia de la infraestructura en los establecimientos de atención médica.	Propuesta de indicadores.
	2	Recaba literatura técnico-médica disponible, lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios.	
	3	Diseña y elabora propuesta para el desarrollo de indicadores de dotación de recursos humanos.	
	4	Propone el desarrollo de indicadores a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud.	5	Recibe y evalúa la propuesta de indicadores.	Indicadores.
	6	Emite instrucciones verbales al Departamento de Modelos Operativos en Salud para realizar prueba piloto y ajustes necesarios.	
		Procede:	
	7	NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 1.	
	8	SI: Determina la aprobación de indicadores resultantes Continúa el procedimiento.	
	9	Efectúa su envío al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salid, para su integración y difusión.	
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud.	10	Integra documento con indicadores resultantes de dotación de recursos humanos para mejorar y fortalecer la eficiencia de la infraestructura en los establecimientos de atención médica, para su difusión. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Documento con indicadores resultantes.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	Artículo 18 fracción II
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.4 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Indicadores para la dotación de recursos humanos	2 años	Jefe Departamento de modelos Operativos en Salud	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Establecimiento para la atención médica: Todo aquél público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes.

8.2 Indicador de recursos humanos: Dato que indica la cantidad de recursos humanos en relación con un establecimiento, área o servicio o parte de él.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1Propuesta de Indicadores e Indicadores

10.1 Propuesta de Indicadores e indicadores

1.1.2.1 Matriz de Indicadores

Como eje clave de la metodología de Marco lógico esta herramienta nos ayudara para establecer un lenguaje común con otros planes y programas. Su desarrollo será de acuerdo a los parámetros diseñados por al CONEVAL y SHCP.

POR CRITERIOS PARA LA DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UNIDADES DE ATENCIÓN

Indicadores

- **Médicos por cama 1:2**

Este indicador se calculó a través de la siguiente formula

$$\text{Ind}\ \frac{(\text{gm}=\sqrt[n]{m1}.m2\ \ldots.mx)}{(\text{gc}=\sqrt[n]{c1}.c2\ \ldots.cx)}$$

gm= Media geométrica Médicos por cada 10 000 hab
m = valor medico por 10 000 hab
gc = Media geométrica de camas por cada 10 000 hab
c = calor camas por 10 000 hab

Obteniendo la proporción de medico por cama censable en una población de 10 000 hab.
Para aquellas unidades con población menor se mantendrá la proporción de acuerdo a esta misma fórmula.
Se refiere a "El valor" al promedio aritmético reportado por institución nacional, en base a 10 000 hab. En caso de que el "valor" este calculado en otra proporción (100 000 o 1000 hab) se hará la corrección para mantener la proporción.

- **Enfermeras por médico 2:1**

Este indicador es calculado a través de la media geométrica

$$\text{Ind}\ \frac{(\text{ge}=\sqrt[n]{e1}.e2\ \ldots.ex)}{(\text{gm}=\sqrt[n]{m1}.m2\ \ldots.mx)}$$

ge= Media geométrica Enfermeras por cada 10 000 hab
e = valor enfermera por 10 000 hab
gm = Media geométrica Médicos por cada 10 000 hab
m = valor medico por 10 000 hab

Obteniendo la proporción de enfermeras por medico en una población de 10 000 hab. Para aquellas unidades con población menor se mantendrá la proporción de acuerdo a esta misma fórmula.

74. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER Y DESARROLLAR MODELOS DE PLANTILLAS DE PERSONAL PARA HOSPITALES, QUE PERMITAN SOBRE BASES TÉCNICAS, LA TOMA DE DECISIONES

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar modelos de plantillas de personal para hospitales de la Secretaría de Salud, en el marco del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud para hacer más eficiente los recursos humanos de los hospitales para el mejor funcionamiento de los mismos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.
La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establece lineamientos o instrumentos de rectoría; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud emite instrucciones para elaborar propuestas y desarrollar modelos de plantillas de personal para hospitales. El Departamento de Modelos Operativos en Salud, elabora el modelo de plantilla de personal; el Jefe del Departamento de Modelos Operativos en Salud, integra los modelos de plantillas de personal y difunde.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, de elaborar instrucciones para elaborar propuestas y desarrollar modelos de plantillas de personal para hospitales.

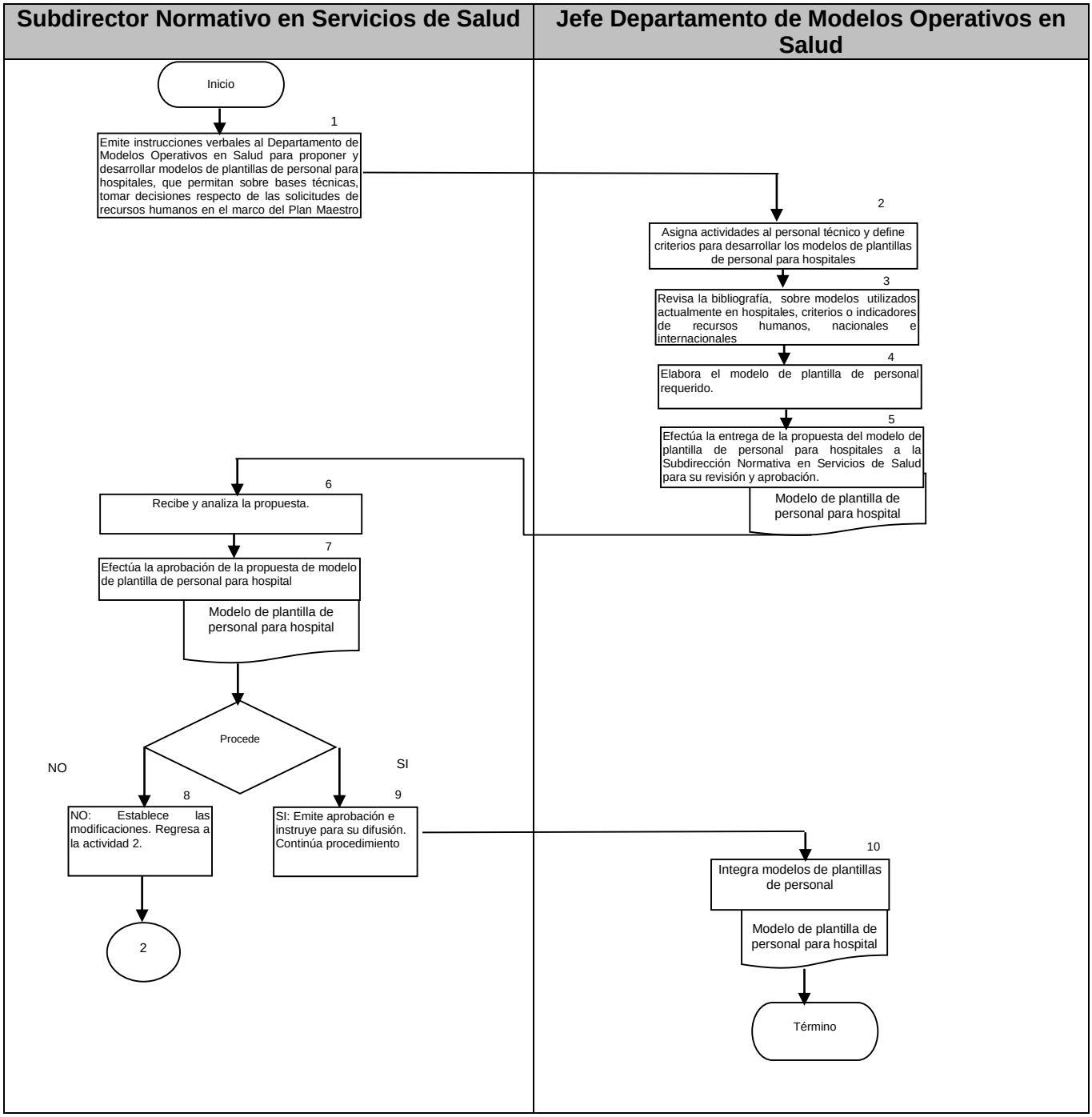
3.3 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de elaborar el modelo de plantilla de personal para hospitales requerido.

3.4 Jefe del Departamento de Modelos Operativos en Salud. Integra los modelos de plantillas de personal para su disponibilidad.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Emite instrucciones verbales al Departamento de Modelos Operativos en Salud para proponer y desarrollar modelos de plantillas de personal para hospitales, que permitan sobre bases técnicas, tomar decisiones respecto de las solicitudes de recursos humanos en el marco del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud.	
Jefe del Departamento de Modelos Operativos en Salud	2	Asigna actividades al personal técnico y define criterios para desarrollar los modelos de plantillas de personal para hospitales	Modelo de plantilla de personal para hospital
	3	Revisa la bibliografía, sobre modelos utilizados actualmente en hospitales, criterios o indicadores de recursos humanos, nacionales e internacionales	
	4	Elabora el modelo de plantilla de personal requerido.	
	5	Efectúa la entrega de la propuesta del modelo de plantilla de personal para hospitales a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	6	Recibe y analiza la propuesta.	Modelo de plantilla de personal para hospital
	7	Efectúa la aprobación de la propuesta de modelo de plantilla de personal para hospital Procede:	
	8	NO: Establece las modificaciones. Regresa a la actividad 2.	
	9	SI: Emite aprobación e instruye para su difusión. Continúa procedimiento	
Jefe del Departamento de Modelos Operativos en Salud	10	Integra los modelos de plantillas de personal, para su disponibilidad. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Modelo final de plantilla de personal para hospital

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Artículo 18 fracción II
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Junio 2004 ISBN-970-721-

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Modelos de plantillas finales de personal para hospitales	2 años	Jefe Departamento de modelos Operativos en Salud	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Modelo de plantilla de personal: Representación abstracta de la realidad conocida, que permite determinar la cantidad necesaria de personal que requiere un hospital para su funcionamiento.

8.2 Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud: Instrumento de planeación de mediano plazo, que establece criterios para la dotación de recursos humanos para la salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Modelo final de plantilla de personal para hospitales

10.1 Modelo final de plantilla de personal para hospitales

- **Médicos por cama 1:2**

Este indicador se calculó a través de la siguiente formula

$$Ind \frac{(gm=\sqrt[n]{m1.\,m2\,....\,mx})}{(gc=\sqrt[n]{c1.\,c2\,....\,cx})}$$

gm= Media geométrica Médicos por cada 10 000 hab
m = valor medico por 10 000 hab
gc = Media geométrica de camas por cada 10 000 hab
c = calor camas por 10 000 hab

Obteniendo la proporción de medico por cama censable en una población de 10 000 hab.
Para aquellas unidades con población menor se mantendrá la proporción de acuerdo a esta misma fórmula.
Se refiere a "El valor" al promedio aritmético reportado por institución nacional, en base a 10 000 hab. En caso de que el "valor" este calculado en otra proporción (100 000 o 1000 hab) se hará la corrección para mantener la proporción.

- **Enfermeras por médico 2:1**

Este indicador es calculado a través de la media geométrica

$$Ind \frac{(ge=\sqrt[n]{e1.\,e2\,....\,ex})}{(gm=\sqrt[n]{m1.\,m2\,....\,mx})}$$

ge= Media geométrica Enfermeras por cada 10 000 hab
e = valor enfermera por 10 000 hab
gm = Media geométrica Médicos por cada 10 000 hab
m = valor medico por 10 000 hab

Obteniendo la proporción de enfermeras por medico en una población de 10 000 hab. Para aquellas unidades con población menor se mantendrá la proporción de acuerdo a esta misma fórmula.

Modelo de plantilla final de personal para hospitales

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN

PLANTILLA "TIPO" DE PERSONAL

HOSPITAL GENERAL DE

30 CAMAS

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

PLANTILLA "TIPO" DE PERSONAL
HOSPITAL DE 30 CAMAS

RECURSOS HUMANOS							
PERSONAL	TOTAL	TURNOS					
		MAT.	VESP.	N. A.	N. B.	S. D. F.	6a
DIRECCIÓN							
DIRECTOR CON FORMACIÓN GERENCIAL	1						
SECRETARIA	1	1					
JEFE DE HOSPITALIZACIÓN Y ENSEÑANZA							
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	1					
CIRUGÍA							
JEFE	1	1					
SECRETARIA	1	1					
MÉDICO CIRUJANO GENERAL	3	1	1			1	
MÉDICO ANESTESIÓLOGO	3	1	1			1	
TANATÓLOGO	1	1					
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA							
JEFE	1	1					
SECRETARIA	1	1					
MÉDICO GINECÓLOGO OBSTETRA	3	1	1			1	
MEDICINA							
MÉDICO INTERNISTA	1	1					
TÉCNICO ELECTRODIAGNÓSTICO	1	1					

RECURSOS HUMANOS							
PERSONAL	TOTAL	TURNOS					
		MAT.	VESP.	N. A.	N. B.	S. D. F.	6ª
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS							
JEFE	1	1					
MÉDICO INTENSIVISTA ADULTOS	1		1				
MÉDICO INTENSIVISTA PEDIÁTRA	1	1					
PEDIATRÍA							
MÉDICO PEDIATRA	1	1				1	
MÉDICO CIRUJANO PEDIATRA	1	1					
CONSULTA EXTERNA							
CIRUJANO DENTISTA	1	1					
NUTRIÓLOGO	1	1					
RECEPCIONISTA (AGENTE DE INF)	1	1					
URGENCIAS							
JEFE	1	1					
SECRETARIA	1	1					
MÉDICO INTERNISTA O URGENCIÓLOGO O MÉDICO GENERAL CAPACITADO	5	1	1	1	1	1	

RECEPCIONISTA (AGENTE DE INF)	3	1	1			1	
ENFERMERÍA							
JEFE EN ADMINISTRACIÓN	1						
SECRETARIA	1	1					
ENFERMERA QUIRÚRGICA	2	1	1				
ENFERMERA GENERAL	30						
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	17						
MEDICINA PREVENTIVA							
ENFERMERA SANITARISTA	1	1					
LABORATORIO PATOLOGÍA CLÍNICA							
JEFE	1	1					
TÉCNICO LABORATORIO CLÍNICO	2	1	1				

RECURSOS HUMANOS							
PERSONAL	TOTAL	TURNOS					
		MAT.	VESP.	N. A.	N. B.	S. D. F.	6ª
RADIODIAGNÓSTICO E IMAGENOLOGÍA							
MÉDICO RADIÓLOGO	1	1					
TÉCNICO RADIÓLOGO	1		1				
INGENIERÍA BIOMÉDICA							
INGENIERO BIOMÉDICO JEFE DE SERVICIO	1	1					
BANCO DE SANGRE							
MÉDICO HEMATOLOGO	1	1					
TRABAJO SOCIAL							
TRABAJADOR SOCIAL	1	1					
FARMACIA							
JEFE	1	1					
PREPARADOR Y DESPACHADOR	1	1					
DIETÉTICA							
DIETÍSTA	1	1					
COCINERA	3	1	1			1	
AUXILIAR DE COCINA	3	1	1			1	
RECURSOS HUMANOS							
CONTROLADOR DE ASISTENCIA	3	1	1			1	

RECURSOS HUMANOS							
PERSONAL	TOTAL	TURNOS					
		MAT.	VESP.	N. A.	N. B.	S. D. F.	6ª
RECURSOS FINANCIEROS							
AUXILIAR DE CONTABILIDAD	1	1					
CAJERO MANEJADOR DE FONDOS Y VALORES.	2	1	1				

RECURSOS MATERIALES							
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	1					
AUXILIAR DE ALMACÉN	1	1					
REGISTROS HOSPITALARIOS, ADMISIÓN, ESTADÍSTICA Y ARCHIVO CLÍNICO							

AUXILIAR DE ARCHIVO	1	1					
ADMINISTRATIVO POLIVALENTE	1	1					
CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO							
AUXILIAR ADMINISTRATIVO POLIVALENTE	1	1					
SERVICIOS GENERALES							
CAMILLERO	5	1	1	1	1	1	
INTENDENCIA Y VIGILANCIA							
AUXILIAR DE INTENDENCIA	8	2	2	1	1	2	
VIGILANTE	3	GUARDIAS A, B, C DE 24 HRS.					
TRANSPORTES							
CHOFER DE AMBULANCIA	1	1					
LAVANDERÍA Y ROPERÍA							
LAVANDERA	4	2	1			1	

RECURSOS HUMANOS

PERSONAL	TOTAL	TURNOS					
		MAT.	VESP.	N. A.	N. B.	S. D. F.	6ª
INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO							
TÉCNICO DE MANTENIMIENTO ESPECIALISTA EN EQUIPOS MÉDICOS Y DE REFRIGERACIÓN (POLIVALENTE)	1	1					
OFICIAL DE MANTENIMIENTO POLIVALENTE	1		1				
SISTEMATIZACIÓN (CÓMPUTO)							
ANALISTA EN SISTEMAS DE CÓMPUTO	1	1					
TOTAL	**141**						

75. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL, EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL, SECTORIAL, INTERSECTORIAL Y LAS QUE SE REALICEN EN COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

1. PROPÓSITO

1.1Coadyuvar en las actividades que realiza la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para el cumplimiento de sus objetivos y funciones.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Modelos Operativos en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establece lineamientos o instrumentos necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, analiza la solicitud para participar en actividades de apoyo a la gestión de la Dirección General y aprueba la propuesta en base a la solicitud; el Departamento de Modelos Operativos en Salud, prepara actividad (apoyo o comisión) y asistencia a las instituciones; el Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud, desarrolla la actividad y elabora nota informativa.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para establecer lineamientos o instrumentos necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de llevar a cabo el análisis de la solicitud para participar en actividades de apoyo a la gestión de la Dirección General y aprueba la propuesta en base a la solicitud.

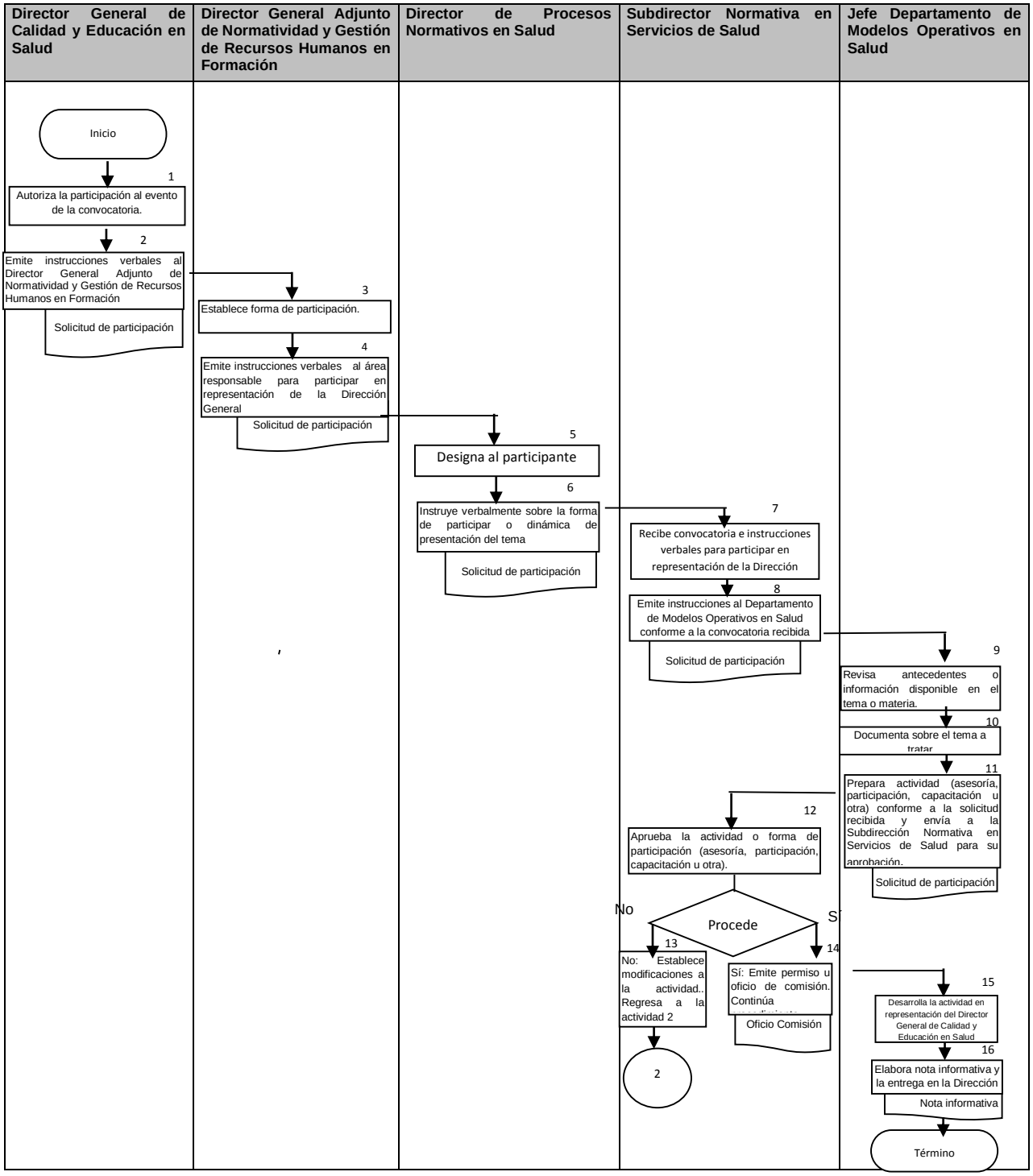
3.3 El Departamento de Modelos Operativos en Salud, es responsable de preparar actividad (apoyo o comisión) y asistencia a las instituciones, sectoriales, intersectoriales y a las entidades federativas.

3.4 Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud. Desarrolla actividad en representación del Director General de Calidad y Educación en Salud.Elabora nota informativa y la entrega en la Dirección General.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1 2	Autoriza la participación al evento de la convocatoria. Emite instrucciones verbales al Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Solicitud de participación al evento
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	3 4	Establece forma de participación. Emite instrucciones verbales al área responsable para participar en representación de la Dirección General	Solicitud de participación al evento
Director de Procesos Normativos en Salud	5 6	Designa al participante Instruye verbalmente sobre la forma de participar o dinámica de presentación del tema	Solicitud de participación al evento
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	7 8	Recibe convocatoria e instrucciones verbales para participar en representación de la Dirección General. Emite instrucciones al Departamento de Modelos Operativos en Salud conforme a la convocatoria recibida	Solicitud de participación al evento
Jefe de Departamento de Modelos Operativos en Salud	9 10 11	Revisa antecedentes o información disponible en el tema o materia. Documenta sobre el tema a tratar Prepara actividad (asesoría, participación, capacitación u otra) conforme a la solicitud recibida y envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su aprobación.	Solicitud de participación al evento
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	12 13 14	Aprueba la actividad o forma de participación (asesoría, participación, capacitación u otra). Procede: No: Establece modificaciones a la actividad.. Regresa a la actividad 2 Sí: Emite permiso u oficio de comisión. Continua procedimiento	Oficio de comisión
Jefe Departamento de Modelos Operativos en Salud	15 16	Desarrolla la actividad en representación del Director General de Calidad y Educación en Salud Elabora nota informativa y la entrega en la Dirección General. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal del Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	Artículo 18 fracción II
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.10 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Junio 2004 ISBN-970-721-

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud	1 año	Departamento de Modelos Operativos en Salud	Número de oficio
7.2 Nota informativa	1 año	Departamento de Modelos Operativos en Salud	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actividad requerida: La que se desarrolla de manera específica para satisfacer el requerimiento formulado por la institución solicitante.

8.2 Solicitud de las instituciones: Procedimiento formal mediante documento escrito, por el cual se solicita a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud su participación en determinado evento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de participación al evento.

10.3 Oficio de comisión

10.1 Solicitud de participación al evento.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DG-01000
CORREO ELECTRÓNICO

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

OFICIO No. COS/DESyVS/2/OR/ 0726/2015

México, D.F. a 20 de Febrero de 2015

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud
Homero 213, piso 12, Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo CP. 11570

Por medio del presente se le invita a participar en la reunión de revisión, para actualizar y modificar, en su caso, la NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental. Requisitos Técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X", para lo cual es necesario designe por escrito a un representante titular y un suplente.

La reunión se llevará a cabo en las instalaciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitario (COFEPRIS), en la sala de juntas del PH, cito en Monterrey No. 33, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., el día jueves 05 de marzo de 2015, de 10:00 a 13:30 horas.

Favor de confirmar la asistencia del personal designado a los siguientes: jazorin@cofepris.gob.mx, y dpliego@cofepris.gob.mx, o bien al teléfono 01 (55) 50805200, Ext. 1152, 1177 y/o 1247, cabe mencionar que una vez que se reciba la confirmación de la participación se le enviará la propuesta de modificación de la citada norma en archivo electrónico al correo electrónico que proporcione al efecto.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
24 FEB 2015
RECIBIO:
HORA 14:15

Sufragio Efectivo. No Reelección
Director Ejecutivo de Supervisión y Vigilancia Sanitaria

David Guzmán Salgado

C.c.p. **Álvaro Herrera Huerta.** Subdirector Ejecutivo de Autorizaciones en Servicios de Salud. Para conocimiento
Francisco Joel Azorín Nieto. Coordinador de Emisión de Ordenes. Presente
Expediente

DPC/mgaa

Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles, Del. Benito Juárez, México D.F., C.P. 03810
Tel. 5080-5200 Ext. 0000, 01 800 033 50 50, www.cofepris.gob.mx

4

10.3 Oficio de comisión

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

DGCES - DG - 00779 - 2015

México, D.F., a, 2 de marzo de 2015

SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
- 4 MAR 2015
OFICIALÍA DE PARTES

LIC. DAVID GUZMÁN SALGADO
DIRECTOR EJECUTIVO DE SUPERVISIÓN
Y VIGILANCIA SANITARIA DE LA COMISIÓN
FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA
RIESGOS SANITARIOS.
P R E S E N T E.

Me refiero a su oficio No. COS/DES/ VS/2/OR/0725/2015, de fecha 20 de febrero del presente año, mediante el cual extiende una invitación a esta Dirección General para participar en la reunión de revisión, actualización y modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Al respecto me permito hacer de su conocimiento, que he designado como representante titular al Dr. Adolfo Serrano Moya, Subdirector Normativo en Servicios de Salud y como suplente a la Q. en A. Laura Rocío Espinosa Cervantes, Jefe de Departamento, para que participen en las reuniones de trabajo.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

SALUD SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
10 MAR 2015
RECIBIÓ: Norma
HORA: 14:25

C. c. p. Lic. Elvia Macedo dela Concha.- Directora de Procesos Normativos en Salud.- Presente.
C. c. p. Dr. Adolfo Serrano Moya.- Subdirector Normativo en Servicios de Salud.- Presente.
C.c.-p. Q. en A. Laura Rocío Espinosa Cervantes, Jefe de Departamento.- Presente.

Folio de Delegación DGCES No. 949 y 1000.

Sección/Serie: 1S.1

EMC/ASM

Recibí copia 10/03/2015.
Laura Espinosa Cervantes

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

76. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE ATENCIÓN MÉDICA, ASISTENCIA SOCIAL E INFRAESTRUCTURA SANITARIA

PROPÓSITO

1.1 Participar en la elaboración y actualización de las Normas Oficiales Mexicanas a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores público, social y privado para mantener actualizado el marco normativo de los servicios de salud y llevar acabo el seguimiento y atención del proceso de aprobación de la Manifestación de Impacto Regulatorio que requieren cumplir las Normas Oficiales Mexicanas.

ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación Salud, elabora y actualiza las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, de los sectores público, social y privado y la Manifestación de Impacto Regulatorio de cada Norma Oficial Mexicana. Autoriza envío a la Subsecretaria de Innovación y Calidad del proyecto para su publicación en el D.O.F; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, formaliza la notificación a la COFEMER del resultado de revisión de las Normas Oficiales Mexicanas y autoriza envío de los Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas de atención médica, al Comité Consultivo Nacional, para autorizar publicación en el D.O.F; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, autoriza el dictamen y oficio de notificación del resultado de la revisión de las Normas Oficiales Mexicanas y establece criterios específicos para la elaboración, actualización o adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, identifica las Normas Oficiales Mexicanas que requieren ser elaboradas o actualizadas. Establece los criterios para el llenado del formulario de la MIR; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, integra y recopila el documento preliminar de trabajo de Normas Oficiales Mexicanas, controla y da seguimiento al proceso de elaboración en sesiones de trabajo con un Grupo Técnico Interinstitucional (GTI). Integra la información y respalda información incluyendo formulario de la MIR;

2.2 A nivel externo:

Es aplicable a las instancias facultadas para la autorización de los proyectos de Norma Oficial Mexicana y la Manifestación de Impacto Regulatorio; las unidades administrativas y órganos desconcentrados u organismos descentralizados de la Secretaría de Salud, envían sus manuales de procedimientos conforme a la normatividad aplicable, la Subsecretaría de Administración y Finanzas los dictamina, la Secretaría de Salud los autoriza y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto opina sobre los de las entidades agrupadas administrativamente al sector, cuando éstas se lo soliciten.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar y actualizar las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores público, social y privado.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la responsable de enviar los Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas al Comité Consultivo Nacional de Normalización correspondiente para su revisión, aprobación y publicación.

3.3 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, debe elaborar la Manifestación de Impacto Regulatorio de cada Norma Oficial Mexicana, conforme a lo que establece la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

3.4 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación. es responsable de formalizar la notificación a la COFEMER del resultado de revisión de las Normas Oficiales Mexicanas.

3.5 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de aprobar el dictamen y oficio de notificación del resultado de la revisión de las Normas Oficiales Mexicanas así como determinar los criterios específicos para la elaboración, actualización o adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica.

3.6 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de identificar las Normas Oficiales Mexicanas que requieren ser elaboradas, así como las fechas límite de vigencia quincenal. Establece los criterios para el llenado del formulario de la MIR.

3.7 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de llevar a cabo la integración y recopilación del documento preliminar de trabajo de Normas Oficiales Mexicanas y de controlar y dar seguimiento del proceso de elaboración en sesiones de trabajo con un Grupo Técnico Interinstitucional (GTI). Integrar la información para respaldar el llenado del formulario de la MIR.

3.8 El Proyecto de Norma Oficial Mexicana, es publicada en el Diario Oficial de la Federación para que en un lapso 60 días naturales las personas interesadas, en consulta pública, presenten sus opiniones, comentarios y propuestas de modificación al Proyecto de Norma Oficial Mexicana.

3.9 El Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, órgano de la Secretaría de Salud facultado para la emisión de Normas Oficiales; conformado por: presidente, presidente suplente, secretario técnico (todos ellos de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud) y 43 representantes interinstitucionales del sector público, privado, académico y social, es el responsable de dar respuesta a los comentarios derivados de la consulta pública del Proyecto de Norma Oficial Mexicana.

3.10 El Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, tiene la facultad de enviar para publicación en el Diario Oficial de la Federación los siguientes documentos en orden progresivo:

I) El Proyecto de Norma Oficial Mexicana.
II) La Respuesta a Comentarios respecto del proyecto de Norma Oficial Mexicana.
III) El texto final de la Norma Oficial Mexicana.

3.11 Director General de Calidad y Educación en Salud. Autoriza la documentación y su envío al Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud la documentación para solicitar formalmente su publicación en Diario Oficial de la Federación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Establece qué Normas Oficiales Mexicanas (NOM´s) requieren ser elaboradas o cuales deben ser revisadas debido a que van a concluir su vigencia quinquenal.	Instrucción para llevar a cabo Consulta Nacional a través de las Secretarías de Salud de las 32 entidades Federativas.
	2	Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud para que se lleve a cabo el proceso de elaboración de una Consulta Nacional sobre la materia a regular.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	3	Designa al analista encargado de la elaboración del desarrollo del documento de NOM para Consulta Nacional.	
	4	Revisa la información bibliográfica y elabora documento preliminar.	
	5	Envía oficios y documento preliminar para Consulta Nacional a través de las Entidades Federativas, para su revisión e integración de opiniones y comentarios.	Oficios de solicitud para Consulta Nacional
	6	Recopila, analiza e integra en el documento preliminar de trabajo de NOM, con base en la información generada por las Secretarías de Salud de las Entidades Federativas e instancias externas consultadas. En caso de revisión quinquenal se hace la consulta nacional de NOM´s.	
	7	Elabora y envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud proyecto de opinión técnico-médica respecto de la vigencia de la materia de la NOM y de la necesidad de elaboración o actualización de la NOM, según corresponda.	Documento preliminar de trabajo de NOM
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	8	Supervisa documentos y determina su aprobación.	Documento preliminar de trabajo de NOM
	9	Procede: No: Elabora dictamen técnico-médico y jurídico-sanitario de no procedencia de elaboración o actualización de la NOM. Regresa a la actividad 1.	Dictamen de procedencia o / no procedencia
	10	Si: Elabora dictamen técnico-médico y jurídico-sanitario sobre la necesidad de elaboración o actualización de NOM. Continúa Procedimiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	11	Elabora el proyecto de oficio y envía a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para notificación a COFEMER del resultado de la revisión de la NOM.	Proyecto de oficio
Director de Procesos Normativos en Salud	12 13	Autoriza el dictamen y oficio de notificación de resultado de la revisión de NOM. Ordena su envío a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	Oficio de Dictamen de procedencia
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	14 15	Formaliza la notificación Emite instrucciones para llevar a cabo la elaboración actualización o adecuación de las NOM.	Instrucciones para elaborar, actualizar o adecuar las NOM.
Director de Procesos Normativos en Salud	16	Recibe instrucciones y determina los criterios específicos a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para que se lleven a cabo los procesos que apliquen en cada caso.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	17 18	Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud en el desarrollo del proceso que corresponda a cada caso. Efectúa el seguimiento y coordinación de los trabajos para la elaboración, actualización o adecuación de NOM	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	19 20	Efectúa el seguimiento y control del proceso de elaboración en sesiones de trabajo con el Grupo Técnico Interinstitucional (GTI), del anteproyecto de NOM. Elabora el anteproyecto de NOM final y aprobación del mismo.	Anteproyecto de NOM final
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	21 22	Supervisa y emite su aprobación al Anteproyecto de NOM final. Determina la elaboración de la Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR). Procede:	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	23 24	NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 9. Si: Establece elaboración de Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR). Continúa Procedimiento.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	25	Obtiene formulario de MIR de la página WEB de la Comisión de Mejora Regulatoria y lo envía a las áreas que les corresponden su atención y llenado.	Formulario de MIR.
Director de Procesos Normativos en Salud	26	Recibe y envía formulario de MIR a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su elaboración.	Formulario de MIR.
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	27 28	Establece criterios para el llenado del formulario de MIR. Determina el envío del formulario de la MIR al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, para su elaboración.	Formulario de MIR
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	29 30	Integra la información para respaldar el llenado del formulario de MIR. Efectúa el envío del formulario de MIR para su revisión y aprobación.	Manifestación de Impacto Regulatorio de NOM final.
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	31 32 33	Supervisa y determina la aprobación del contenido de la Manifestación de Impacto Regulatorio de NOM final. Procede: NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 14. SI: Efectúa envío a la Dirección de Proceso Normativos en Salud para Visto Bueno. Continúa procedimiento.	Manifestación de Impacto regulatorio de NOM final Anteproyecto de NOM final

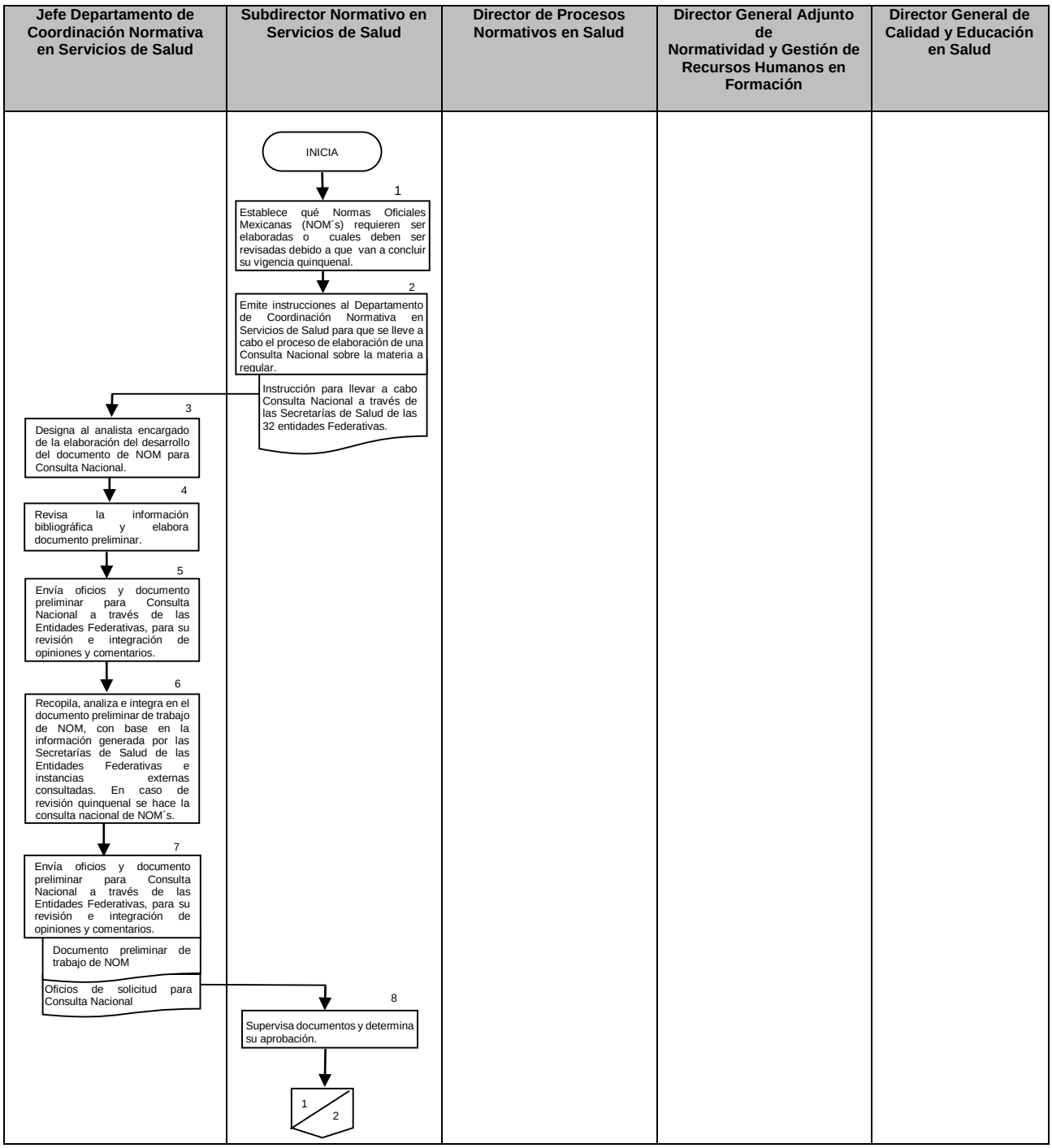
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	34	Da Visto Bueno y entrega a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para envío formal de la MIR y el Anteproyecto de NOM a COFEMER.	Manifestación de Impacto Regulatorio de NOM final Anteproyecto de NOM final
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	35 36 37 38	Autoriza envío formalmente a COFEMER de la MIR y el anteproyecto de NOM final para dictaminación. Autoriza su envío a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, el anteproyecto de NOM para opinión jurídica. Recibe dictámenes favorables. Emite su envío a las áreas responsables para la elaboración del anteproyecto de NOM definitivo	Manifestación de Impacto Regulatorio de NOM final Anteproyecto de NOM final Dictamen favorable de MIR Opinión jurídica favorable del Anteproyecto de NOM
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	39	Establece de conformidad a los dictámenes los criterios e instrucciones para que el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud (DCNSS) elabore la adecuación y ajuste del documento definitivo	Dictamen favorables de MIR Dictamen favorable de anteproyecto de NOM.
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	40 41	Elabora el anteproyecto definitivo Emite envío para aprobación	Anteproyecto de NOM definitivo
Subdirector Normativa en Servicios de Salud	42 43	Evalúa el documento. Procede: NO: No lo aprueba, establece modificaciones. Regresa a la actividad 20	Anteproyecto de NOM definitivo

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	44	SI: Emite aprobación. Efectúa envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar proceso de publicación del Proyecto de NOM. Continúa procedimiento	
Director de Procesos Normativos en Salud	45 46	Elabora los oficios para la solicitud de publicación del Proyecto de NOM en el D.O.F. Autoriza y ordena su envío a Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para formalizar la misma.	Anteproyecto de NOM definitivo Oficios para solicitud de publicación en el D.O.F.
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	47	Autoriza su envío a la Subsecretaria de Innovación y Calidad el oficio de solicitud y el proyecto para su publicación en el D.O.F.	Oficio solicitud Proyecto de NOM
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	48 49	Recibe del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud la documentación de comentarios al Proyecto de NOM. Emite su envío a las áreas responsables para la elaboración de respuesta.	Documentación con comentarios al proyecto de NOM.
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	50	Emite instrucciones y criterios para que se lleve a cabo la elaboración del documento de trabajo de respuesta a comentarios.	Documento con comentarios
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	51 52	Elabora respuesta a comentarios del proyecto con la participación de expertos. Elabora documento final de respuesta a los comentarios recibidos respecto del proyecto de NOM y lo envía para aprobación.	Documento de respuesta a comentarios finales

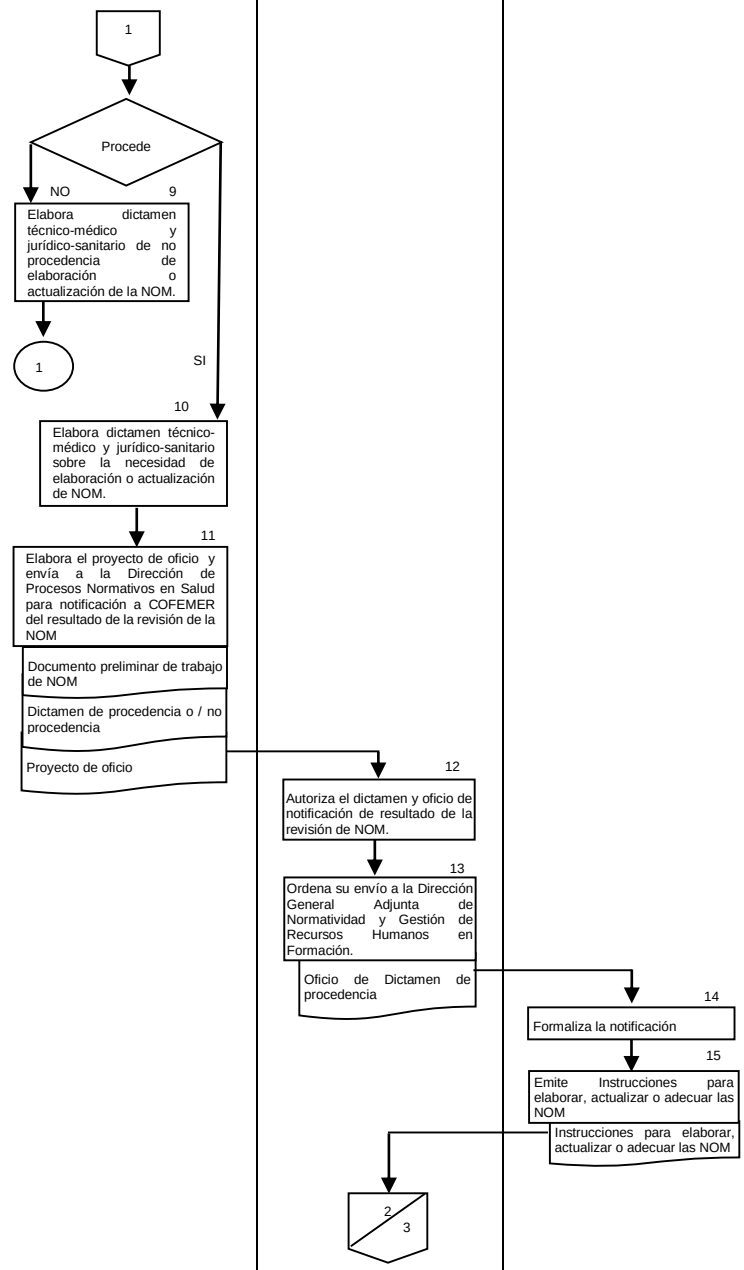
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	53	Verifica que se lleve a cabo la modificación del texto del Proyecto de NOM, de conformidad con los cambios generados en el proceso de respuesta a los comentarios. Procede:	
	54	NO:Establece modificaciones. Regresa a la actividad 26.	Documento de Respuesta a Comentarios final
	55	SI: Verifica y efectúa la aprobación del documento final de respuesta a comentarios	Documento de Texto final de la Norma Oficial Mexicana
	56	Emite documento de respuesta a comentarios definitivo para Visto Bueno de la Dirección de Procesos Normativos en Salud.	
Director de Procesos Normativos en Salud	57	Da visto bueno.	Documento de Respuesta a Comentarios final.
	58	Ordena la elaboración de proyecto de oficio para la solicitud formal de la publicación del documento de respuesta a comentarios y la NOM definitiva en el Diario Oficial de la Federación.	Documento de Texto final de la Norma Oficial Mexicana.
	59	Efectúa el envío de la documentación a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para continuar con el proceso de publicación.	Oficio para formalizar la solicitud de publicación en el Diario Oficial de la Federación.
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	60	Autoriza documentación recibida.	Documento de Respuesta a Comentarios final.
	61	Autoriza envío de la documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalizar la solicitud de publicación.	Documento de Texto final de la Norma Oficial Mexicana.

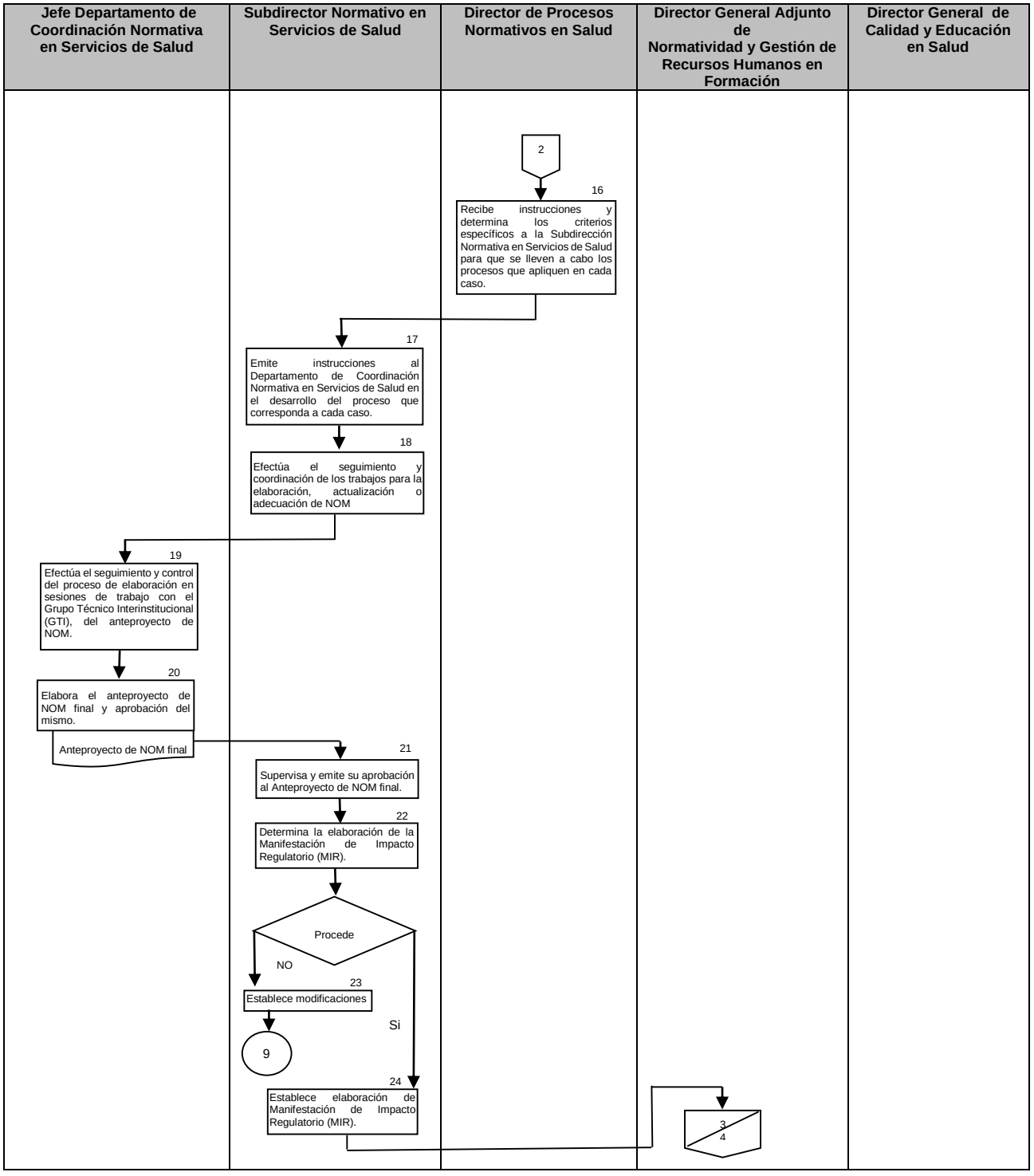
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
			Oficio para formalizar la solicitud de publicación en el Diario Oficial de la Federación.
Director General de Calidad y Educación en Salud	62	Autoriza documentación y su envío al Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud la documentación para solicitar formalmente su publicación en Diario Oficial de la Federación. **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	Documento final de Respuesta a Comentarios. Documento de Texto final de la Norma Oficial Mexicana Oficio para la solicitud de publicación de respuesta a comentarios y de Texto de la Norma Oficial Mexicana en el Diario Oficial de la Federación.

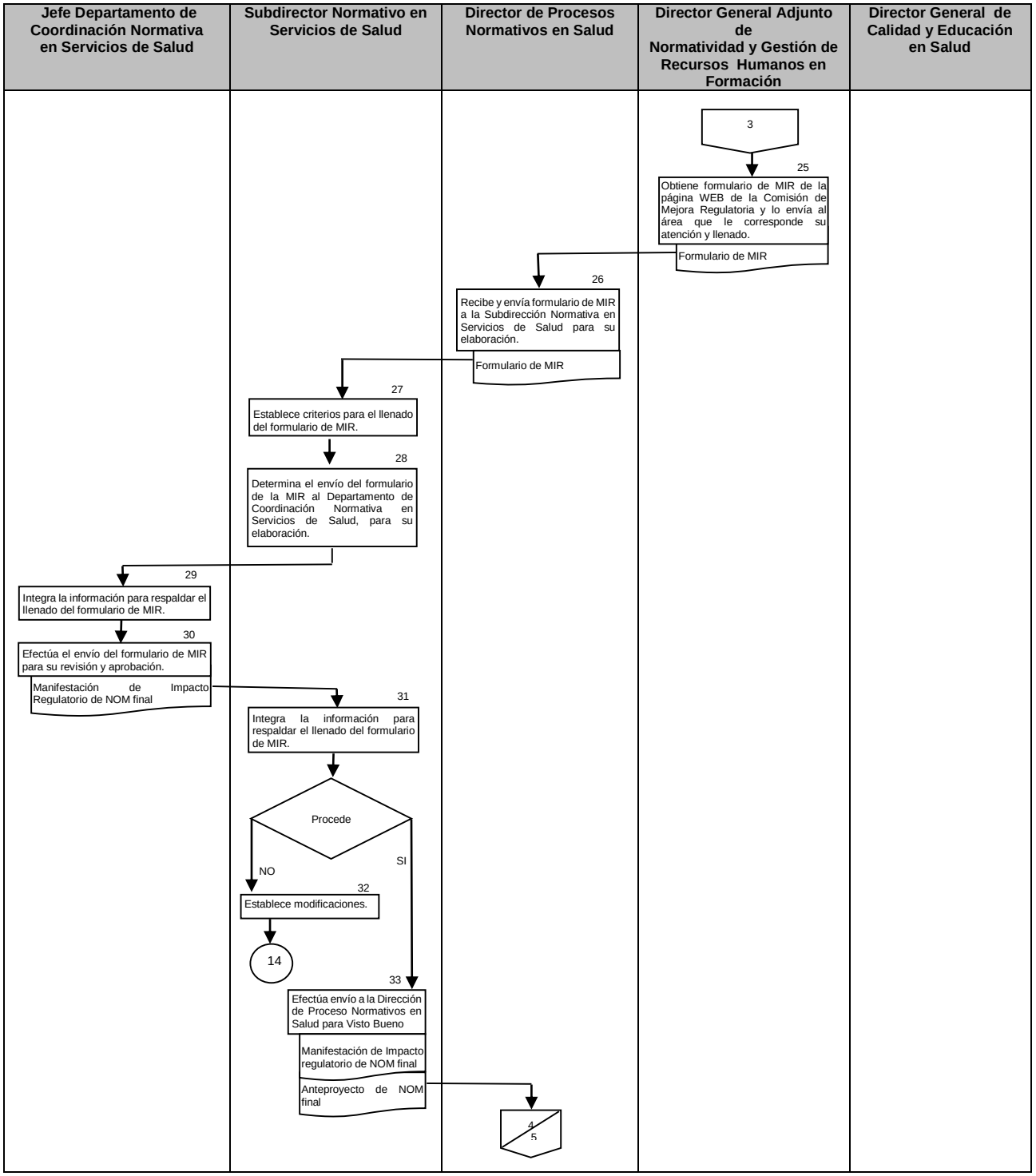
5. DIAGRAMA DE FLUJO

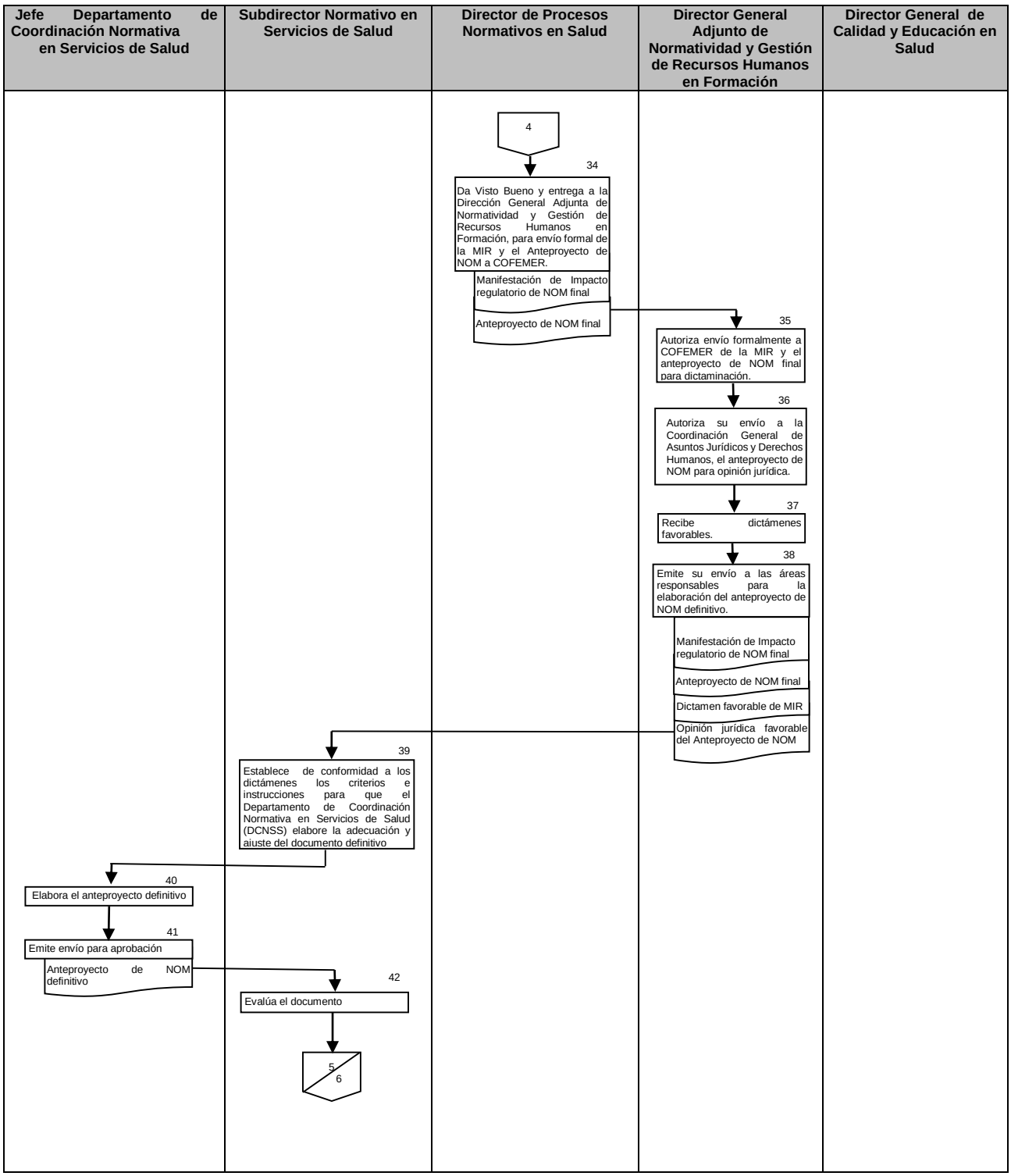


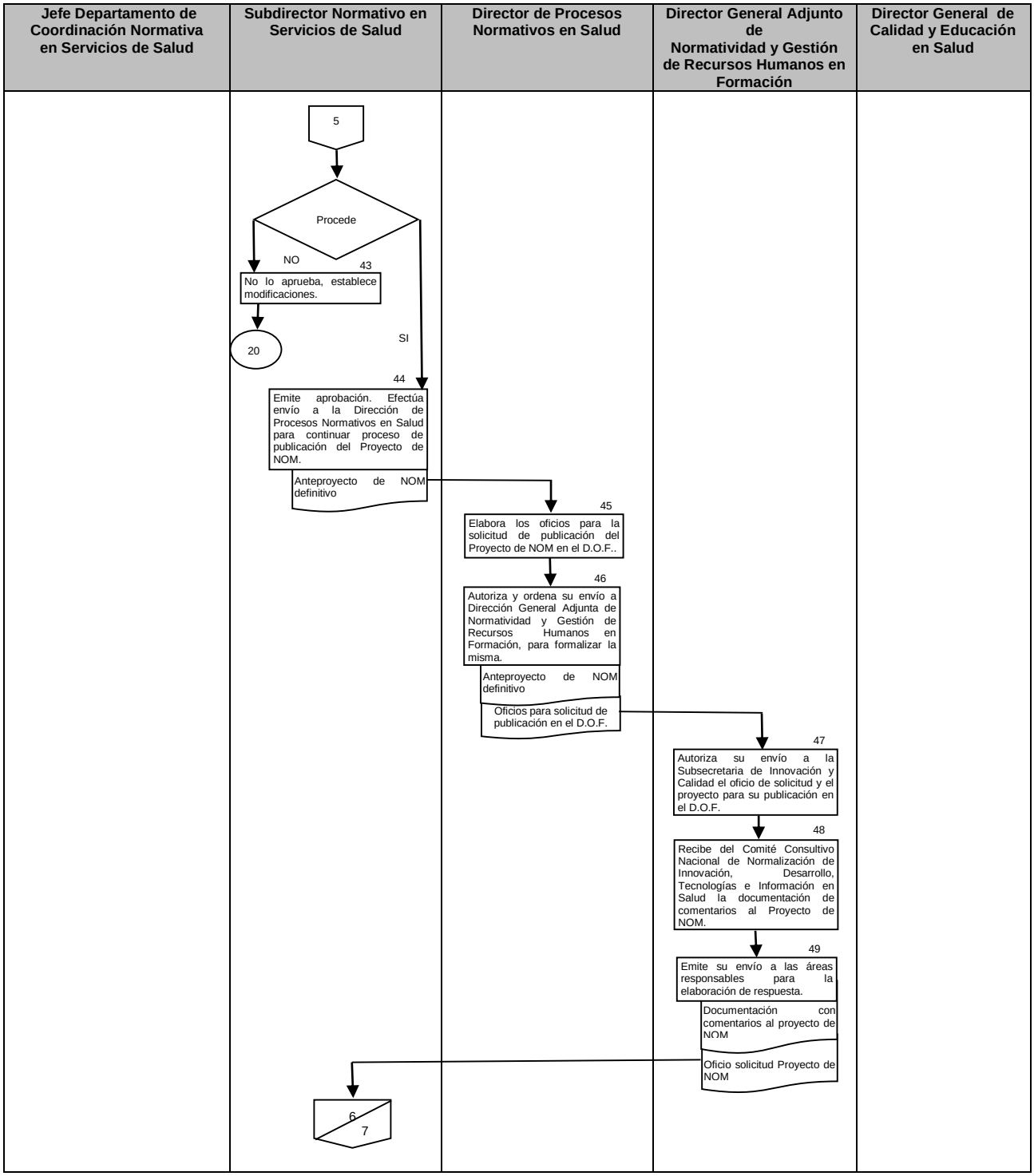
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Director de Procesos Normativos en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director General de Calidad y Educación en Salud

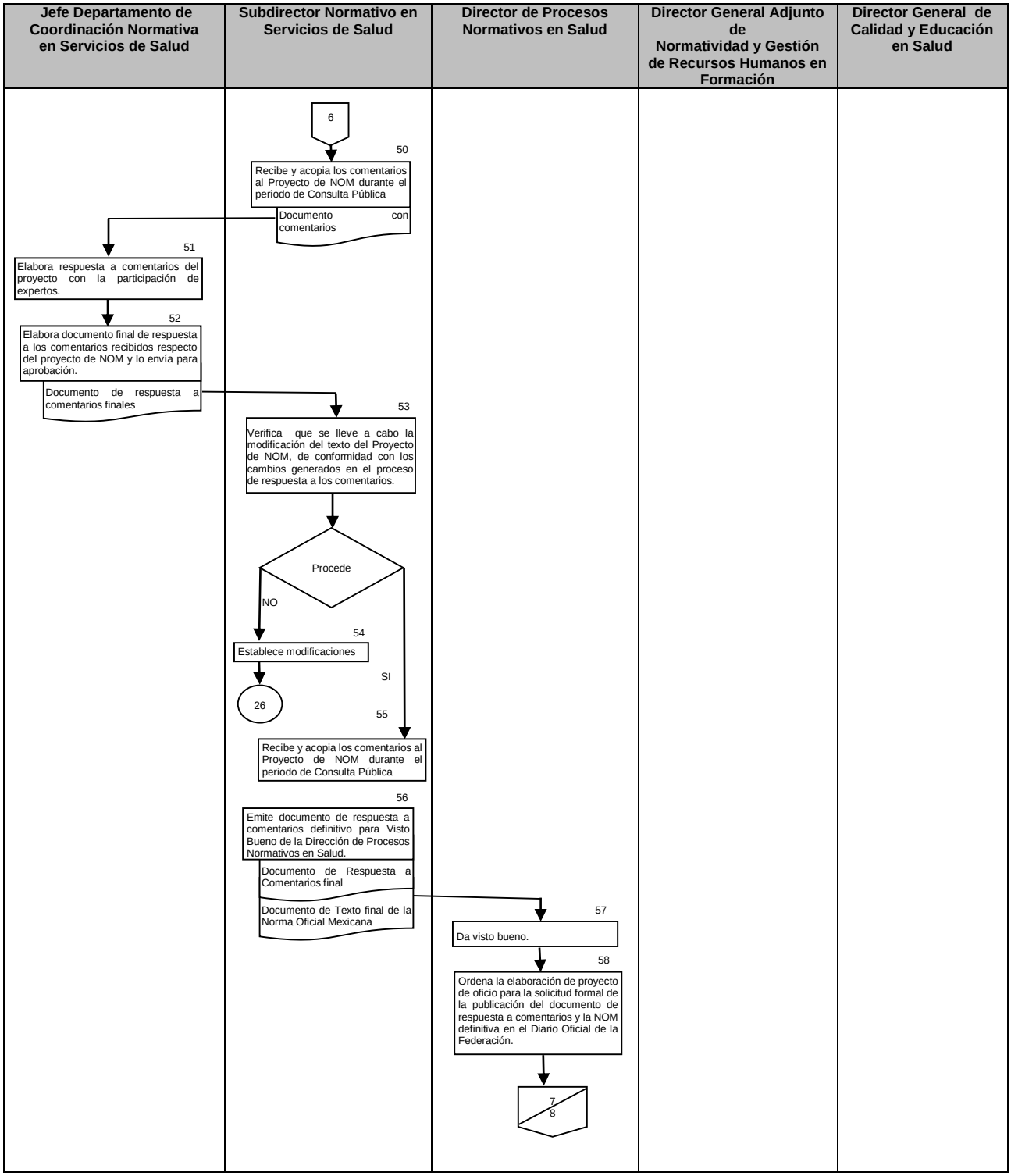



Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director General de Calidad y Educación en Salud
2
16
Recibe instrucciones y determina los criterios específicos a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para que se lleven a cabo los procesos que apliquen en cada caso.
17
Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud en el desarrollo del proceso que corresponda a cada caso.
18
Efectúa el seguimiento y coordinación de los trabajos para la elaboración, actualización o adecuación de NOM
19
Efectúa el seguimiento y control del proceso de elaboración en sesiones de trabajo con el Grupo Técnico Interinstitucional (GTI), del anteproyecto de NOM.
20
Elabora el anteproyecto de NOM final y aprobación del mismo.
Anteproyecto de NOM final
21
Supervisa y emite su aprobación al Anteproyecto de NOM final.
22
Determina la elaboración de la Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR).
Procede
NO
23
Establece modificaciones
9
Si
24
Establece elaboración de Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR).
3
4

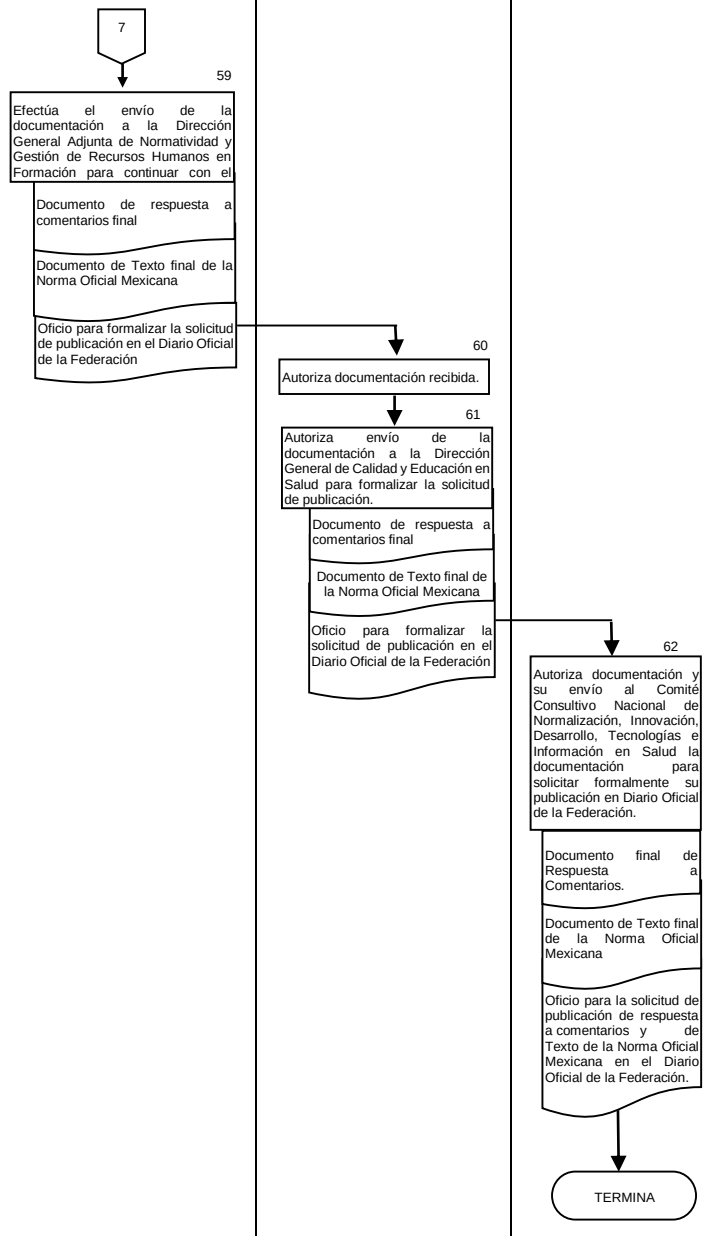

Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director General de Calidad y Educación en Salud
3
25
Obtiene formulario de MIR de la página WEB de la Comisión de Mejora Regulatoria y lo envía al área que le corresponde su atención y llenado.
Formulario de MIR
26
Recibe y envía formulario de MIR a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su elaboración.
Formulario de MIR
27
Establece criterios para el llenado del formulario de MIR.
28
Determina el envío del formulario de la MIR al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, para su elaboración.
29
Integra la información para respaldar el llenado del formulario de MIR.
30
Efectúa el envío del formulario de MIR para su revisión y aprobación.
Manifestación de Impacto Regulatorio de NOM final
31
Integra la información para respaldar el llenado del formulario de MIR.
Procede
SI
NO
32
Establece modificaciones.
14
33
Efectúa envío a la Dirección de Proceso Normativos en Salud para Visto Bueno
Manifestación de Impacto regulatorio de NOM final
Anteproyecto de NOM final
4
5


Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director General de Calidad y Educación en Salud
4
34
Da Visto Bueno y entrega a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para envío formal de la MIR y el Anteproyecto de NOM a COFEMER.
Manifestación de Impacto regulatorio de NOM final
Anteproyecto de NOM final
35
Autoriza envío formalmente a COFEMER de la MIR y el anteproyecto de NOM final para dictaminación.
36
Autoriza su envío a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, el anteproyecto de NOM para opinión jurídica.
37
Recibe dictámenes favorables.
38
Emite su envío a las áreas responsables para la elaboración del anteproyecto de NOM definitivo.
Manifestación de Impacto regulatorio de NOM final
Anteproyecto de NOM final
Dictamen favorable de MIR
Opinión jurídica favorable del Anteproyecto de NOM
39
Establece de conformidad a los dictámenes los criterios e instrucciones para que el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud (DCNSS) elabore la adecuación y ajuste del documento definitivo
40
Elabora el anteproyecto definitivo
41
Emite envío para aprobación
Anteproyecto de NOM definitivo
42
Evalúa el documento
5
6


Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director General de Calidad y Educación en Salud
5
Procede
NO
43
No lo aprueba, establece modificaciones.
20
SI
44
Emite aprobación. Efectúa envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar proceso de publicación del Proyecto de NOM.
Anteproyecto de NOM definitivo
45
Elabora los oficios para la solicitud de publicación del Proyecto de NOM en el D.O.F..
46
Autoriza y ordena su envío a Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para formalizar la misma.
Anteproyecto de NOM definitivo
Oficios para solicitud de publicación en el D.O.F.
47
Autoriza su envío a la Subsecretaria de Innovación y Calidad el oficio de solicitud y el proyecto para su publicación en el D.O.F.
48
Recibe del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud la documentación de comentarios al Proyecto de NOM.
49
Emite su envío a las áreas responsables para la elaboración de respuesta.
Documentación con comentarios al proyecto de NOM
Oficio solicitud Proyecto de NOM
6
7


Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Director de Procesos Normativos en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director General de Calidad y Educación en Salud
6
50
Recibe y acopia los comentarios al Proyecto de NOM durante el periodo de Consulta Pública
Documento con comentarios
51
Elabora respuesta a comentarios del proyecto con la participación de expertos.
52
Elabora documento final de respuesta a los comentarios recibidos respecto del proyecto de NOM y lo envía para aprobación.
Documento de respuesta a comentarios finales
53
Verifica que se lleve a cabo la modificación del texto del Proyecto de NOM, de conformidad con los cambios generados en el proceso de respuesta a los comentarios.
Procede
NO
54
Establece modificaciones
26
SI
55
Recibe y acopia los comentarios al Proyecto de NOM durante el periodo de Consulta Pública
56
Emite documento de respuesta a comentarios definitivo para Visto Bueno de la Dirección de Procesos Normativos en Salud.
Documento de Respuesta a Comentarios final
Documento de Texto final de la Norma Oficial Mexicana
57
Da visto bueno.
58
Ordena la elaboración de proyecto de oficio para la solicitud formal de la publicación del documento de respuesta a comentarios y la NOM definitiva en el Diario Oficial de la Federación.
7
8

Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Director de Procesos Normativos en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director General de Calidad y Educación en Salud



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Guía para la redacción, estructuración y presentación de Normas Oficiales Mexicanas.	NMX-Z13
6.4 Guía del Sistema de elaboración de la Manifestación del Impacto Regulatorio y Remisión de Anteproyectos de la COFEMER, Abril, 2001.	N/A
6.5 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Copia de Oficios para el consenso	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2 Documento preliminar de NOM	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 Minutas de reuniones con GTI	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.4 Anteproyecto de NOM	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.5 Formulario de la MIR	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.6Oficio solicitud aprobación de la MIR	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.7 Oficio de aprobación de MIR y Anteproyecto de NOM	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7. 8. Copia de Oficio firmado solicitud dictaminación	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.9. Copia del Proyecto de NOM publicado en D.O.F.	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.10. Oficios de promoventes con comentarios al Proyecto de NOM	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.11. Formato de Respuesta a Comentarios	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.12. Texto de la Norma Oficial Mexicana	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.13. Copia de Oficio para solicitar publicación de Formato de Respuesta a Comentarios y Texto de NOM definitiva.	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consulta pública: Periodo durante el cual se pone a consideración del público en general el Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para que realicen los comentarios pertinentes.

8.2 Formato Respuesta a Comentarios: Es el documento oficial que da respuesta a los comentarios y observaciones formulados durante el período de consulta pública del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, el cual es enviado al Diario Oficial de la Federación para su publicación.

8.3 Manifestación de Impacto Regulatorio: Es el documento que contiene un balance del impacto económico que representa para la población y los prestadores de servicios, la aplicación de Normas Oficiales Mexicanas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Instrucción para llevar a cabo Consulta Nacional a través de las Secretarias de Salud de las 32 Entidades
10.2 Documento Preliminar NOM
10.3 Anteproyecto de NOM final
10.4 Oficio de envío a COFEMER y Formulario Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) de NOM final
10.5 Oficio Solicitud de Comentarios
10.6 Documento de respuesta a comentarios final (Diario Oficial de la Federación)
10.7 Proyecto de NOM publicado en el D.O.F
10.8 Dictamen final CGAJYDH
10.9 Oficio para formalizar la solicitud de publicación en el Diario Oficial de la Federación
10.10 Norma Oficial Mexicana publicada en el Diario Oficial de la Federación

10.1Instrucción para llevar a cabo Consulta Nacional a través de las 32 entidades federativas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud
Subdirección de Normativa en Servicios de Salud

Oficio No. 00694

México, D.F., a 20 MAR 2014

Asunto: Se solicita llevar a cabo Consulta en la Entidad Federativa respecto de la revisión, actualización o cancelación de la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

Me permito hacer de su conocimiento, que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), a través del Subcomité de Regulación de Servicios y Educación en Salud, que coordina la Dirección General a mi cargo, llevará a cabo la revisión y actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2009, cuya vigencia concluye el 10 de agosto de 2014.

Por tal motivo, adjunto remito a usted en formato de tres columnas, la citada Norma en medio magnético, con la atenta solicitud de que se haga la consulta entre los prestadores de servicios, instituciones de salud, académias, colegios de profesionales de la Entidad Federativa y demás organismos relacionados con la materia de la presente norma, con la finalidad de analizar los contenidos normativos para determinar si es necesario la ratificación en los términos que se encuentra actualmente, su actualización a fin de mantener vigentes sus contenidos y disposiciones regulatorias o la cancelación de la misma. No omito mencionar, que en caso de formular propuestas de modificación, sean sometidas a un amplio consenso entre los distintos participantes, de los cuales resultaría de gran utilidad contar con una relación detallada que permita identificar el nombre de la institución, denominación o razón social y en su caso, el tipo de representatividad.

Estimaré de usted, que una vez consensuados los comentarios o propuestas sean avaladas por los Servicios de Salud a su digno cargo e integradas en un solo documento y sea remitido a está Dirección General, en medio magnético o a través del siguiente correo electrónico: normatividad.dgces@salud.gob.mx a más tardar el 30 de abril del presente año.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

SALUD OFICIALÍA DE PARTES
21 MAR. 2014
RECIBIDO
2 1125

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

Anexos: Formato de tres columnas de la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.-Presente.
C.c.p. Lic. Elvia R. Macedo de la Concha.-Directora de Procesos Normativos en Salud.-Presente.

JISP/LMIC/ASM

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Documento preliminar de NOM

GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI**,** Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 44 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 27, 34, 45, 46, 48, 78 y 79 de la Ley General de Salud; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 4o., 5o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I y IV, 17, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 81, 82 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, del:

Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

El presente proyecto de modificación de norma, se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación, presenten sus comentarios por escrito y medio magnético en idioma español ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sito en Lieja número 7, 1er. piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06696, México, D.F., teléfonos (55) 55 53 69 30 y 52 86 17 20, fax 52 86 17 26, correo electrónico fajardo.german@salud.gob.mx.

Durante el lapso mencionado y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización los análisis que sirvieron de base para la elaboración del presente Proyecto de Modificación y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, para su consulta, en el domicilio del mencionado Comité de Normalización, o bien en el portal electrónico de Manifestaciones de Impacto Regulatorio www.cofemermir.gob.mx.

PREFACIO

En la elaboración de este proyecto de modificación de norma participaron:
SECRETARÍA DE SALUD.
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Dirección General de Información en Salud.
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.
Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.
Coordinación de Atención Prehospitalaria y Desastres.
Centro Regulador de Urgencias Médicas.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO.
Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato.
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.
Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes, CEPAEM (COEPRA).
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA.
Subdirección General de Servicios de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO.
Centro Regulador de Urgencias Médicas, Querétaro.
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA.
SECRETARÍA DE SALUD DE TABASCO.
Sistema Estatal de Urgencias del Estado de Tabasco.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL.
SECRETARÍA DE MARINA, ARMADA DE MEXICO.
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.
Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, E.R.U.M.
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL.
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.
UNIVERSIDAD ANÁHUAC.
Facultad de Ciencias de la Salud.
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE HERMOSILLO, SONORA.
COLEGIO LATINOAMERICANO DE EDUCACIÓN AVANZADA DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.
INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ESTUDIOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO DE QUERÉTARO.
CRUZ ROJA MEXICANA, I.A.P.
Coordinación Nacional de Escuelas de Técnicos en Urgencias Médicas.
Cruz Roja Mexicana, Delegación Santiago de Querétaro.
Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias, A.C.
Academia Mexicana de Medicina de Urgencia y Desastres, A.C.
Academia Mexicana de Medicina Prehospitalaria, A.C.
Asesores en Emergencias y Desastres S. de R.L. de C.V.
Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía del Trauma, A.C.
Asociación Mexicana de Técnicos en Urgencias Médicas, S.C.
Colegio Mexicano de Medicina de Emergencia, A.C.
Comité Mexicano para el Cuidado del Corazón y Trauma.
Comisión Nacional de Emergencia, A.C.
Coordinación Ejecutiva de Protección Civil del Estado de Guanajuato.
International Trauma Life Support, Guanajuato.
Médica Móvil, S.A. de C.V.

ÍNDICE

0 Introducción
1 Objetivo
2 Campo de aplicación
3 Referencias
4 Definiciones y abreviaturas
5 Disposiciones generales
6 Disposiciones específicas
7 De la atención médica prehospitalaria
8 Concordancia con normas internacionales y mexicanas
9 Bibliografía
10 Vigilancia
11 Vigencia
Apéndices Normativos
A. Ambulancias terrestres de traslado.
B. Ambulancias terrestres de urgencias básicas.
C. Ambulancias terrestres de urgencias avanzadas.
D. Ambulancias terrestres de cuidados intensivos.
E. Ambulancias aéreas.
F. Ambulancias marítimas.
Apéndices Informativos

A. Perfil de competencias profesionales del técnico en atención médica prehospitalaria.
B. Actividades curriculares para las que es capacitado el primer respondiente.

0 Introducción

En nuestro país, el campo de la atención médica prehospitalaria se ha desarrollado gradualmente, pero aún es insuficiente para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en aquellas personas lesionadas o enfermas, que requieren ser atendidos, tratados con oportunidad y eficacia a fin de limitar el daño y tener mayores probabilidades de sobrevivir con las menores secuelas posibles.

La medicina moderna está dirigida a revertir el creciente número de decesos asociados a enfermedades graves de aparición súbita o accidentes con lesiones severas, dando prioridad al inicio temprano del tratamiento en el sitio de ocurrencia y durante el traslado de personas lesionadas o enfermas hacia o entre los establecimientos para la atención médica.

Toda persona está expuesta a sufrir un accidente, una agresión o una enfermedad súbita que puede amenazar su vida o su estado de salud. En México, desde hace algunas décadas, las enfermedades cardiovasculares y las lesiones en general son causa frecuente de mortalidad, destacando los grupos de edades prescolar, escolar y en los de etapas productivas de la vida, las lesiones de origen externo llegan a ser la primera causa de muerte y discapacidad.

La atención médica prehospitalaria se deberá ofrecer con carácter profesional, que garantice y asegure el mejor tratamiento en aquellas personas lesionadas o enfermas, debiendo ser oportuna, eficaz y eficiente.

En este contexto, la Secretaría de Salud impulsa estrategias, mecanismos y programas; también emite disposiciones sanitarias para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

Dentro de las disposiciones sanitarias, esta Norma Oficial Mexicana permite contar con elementos regulatorios para que la prestación de servicios en unidades móviles tipo ambulancia, se lleve a cabo con niveles homogéneos de calidad y seguridad en beneficio de la población en general.

1 Objetivo

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos que se deben cumplir en la atención médica prehospitalaria, así como las especificaciones del equipamiento e insumos en las unidades móviles tipo ambulancia y el tipo de personal que presta el servicio en ellas.

2 Campo de aplicación

Esta norma es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de atención médica prehospitalaria de los sectores público, social y privado, que a través de ambulancias brinden servicios de traslado de pacientes ambulatorios, para la atención de urgencias y para el traslado de pacientes en estado crítico, excepto para las ambulancias destinadas a los servicios de las fuerzas armadas en los numerales: 5.1.6, 5.1.7, 5.1.8, 6.4 y los subsiguientes, así como los del 6.5 por ordenamiento jurídico específico.

3 Referencias

Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.
3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.
3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
3.6 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2002, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

4 Definiciones y abreviaturas

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entenderá por:

4.1 Ambulancia, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada para la atención médica prehospitalaria, diseñada y construida para proveer comodidad y seguridad en la atención médica, la cual consta de una cabina para el operador de la ambulancia o piloto, copiloto y un compartimiento destinado para la atención del paciente, personal, equipo médico e insumos necesarios; excepto en las de traslado.
4.2 Ambulancia de traslado, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes ambulatorios, que no requiere atención médica de urgencia, ni de cuidados intensivos.
4.3 Ambulancia de urgencias básicas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención médica prehospitalaria, mediante soporte básico de vida.
4.4 Ambulancia de urgencias avanzadas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención médica prehospitalaria, mediante soporte avanzado de vida.
4.5 Ambulancia de cuidados intensivos, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención médica interhospitalaria de pacientes, que por su estado de gravedad requieren atención, mediante soporte avanzado de vida y cuidados críticos.
4.6 Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.
4.7 Atención médica prehospitalaria, a la otorgada al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde los primeros auxilios hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias.
4.8 Centro regulador de urgencias médicas, a la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal o del Gobierno del Distrito Federal en su caso, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención médica prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año. El número de CRUM's que deban operar en una entidad federativa estará determinado por las características geopoblacionales.
4.9 Número económico, al número asignado a una unidad móvil para propósitos de identificación, que es otorgado internamente por la institución a la que pertenece.
4.10 Paciente ambulatorio, a todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.
4.11 Primer respondiente, al personal auxiliar de salud capacitado en los temas señalados en el Apéndice Informativo B, que ha sido autorizado por la autoridad sanitaria correspondiente, para coadyuvar en la prestación de servicios de atención médica prehospitalaria, que acude espontáneamente o es enviado por una institución de salud en un vehículo perfectamente identificado, de acuerdo con la institución del sector público, social o privado al que pertenezca, pero que no es una ambulancia; para proporcionar los primeros auxilios a la persona que presenta una alteración en su estado de salud o en su integridad física, mediante soporte básico de vida y que en caso necesario, solicita el tipo de apoyo requerido al CRUM, su equivalente operativo en el área geográfica de que se trate o a cualquier institución de salud.
4.12. Técnico en atención médica prehospitalaria, al personal formado de manera específica en el nivel técnico de la atención médica prehospitalaria o en su caso, capacitado, que ha sido autorizado por la autoridad educativa competente, para aplicar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes adquiridas durante su formación, independientemente de su denominación académica. Los técnicos en urgencias médicas**,** los técnicos en emergencias médicas, los técnicos en atención médica prehospitalaria y otros análogos, son equivalentes para los fines de esta norma, pueden tener un nivel de formación técnica básica, intermedia, avanzada o superior universitaria.
4.13 Abreviaturas
4.13.1 CRUM, Centro Regulador de Urgencias Médicas.
4.13.2 TAMP, Técnico en Atención Médica Prehospitalaria.

5 Disposiciones generales
5.1 De las ambulancias en general
5.1.1 Todo personal que preste servicios de atención médica a bordo de una ambulancia, deberá tener una formación específica y recibir capacitación periódica, atendiendo al tipo y nivel resolutivo de la prestación de servicios.

5.1.2 Deberán ser utilizadas únicamente para el propósito que hayan sido notificadas mediante el aviso de funcionamiento respectivo y queda prohibido transportar o almacenar cualquier material que ponga en peligro la vida o salud del paciente y del personal que preste el servicio.
5.1.3 Deberán cumplir con las disposiciones en la materia para la utilización del equipo de seguridad, protección del paciente y del personal que proporcione los servicios.
5.1.4 Deberán cumplir con las disposiciones para el manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.6 de esta norma.
5.1.5 Para garantizar condiciones adecuadas de funcionamiento y seguridad, el vehículo y el equipo deberán recibir mantenimiento periódico, de acuerdo con los lineamientos establecidos por las autoridades competentes en materia de comunicaciones y transportes.
5.1.6 Deberán apegarse a la reglamentación que establezca el nivel federal y las entidades federativas en materia de tránsito, control de emisiones contaminantes, uso de mar territorial o espacio aéreo.
5.1.7 Deberán participar en las tareas de atención de incidentes o accidentes con múltiples víctimas y en los casos de desastre, bajo la coordinación de las autoridades competentes.
5.1.8 Deberán portar al frente, en los costados y en la parte posterior la leyenda “AMBULANCIA”, en la parte frontal su imagen deberá ser en espejo, es decir “invertida”, en material reflejante y en color contrastante con el vehículo, con letras de tamaño no menor a 10 centímetros; además en los costados se especificará el tipo de ambulancia de que se trate: traslado, urgencias básicas o avanzadas y cuidados intensivos; en su caso, deberán rotularse toldo, cubierta y fuselaje. El compartimiento destinado para la atención del paciente, deberá contar con vidrios que impidan la visibilidad desde el exterior, pueden ser polarizados, entintados, esmerilados, opacos u otros. Excepción hecha para las ambulancias de las fuerzas armadas.
5.1.9 Deberán contar con un rótulo en material reflejante y en color contrastante con el vehículo, donde se especifique la institución a la que pertenecen o razón social y el número económico de la unidad, ubicado en los costados y en la parte posterior de la unidad, con caracteres de tamaño no menor a 8 centímetros y en el toldo del vehículo con caracteres de tamaño no menor a 40 centímetros.
5.2 De las ambulancias terrestres
(De traslado, urgencias básicas o avanzadas y cuidados intensivos).
5.2.1 Deberán contar con lámparas que emitan luces rojas y blancas hacia adelante, de manera intermitente en una barra o torreta sobre el toldo del operador de la ambulancia, con proyección de luces de 360 grados, intermitentes y visibles desde una distancia de 150 metros.
5.2.2 Deberán contar con una sirena, que genere sonidos de 124 decibeles en promedio.
5.2.2.1 El uso de la sirena y las luces de emergencia se limitará estrictamente a la necesidad de solicitar paso preferente al acudir al llamado de una urgencia o durante el traslado del paciente en estado grave o crítico. Las luces de emergencia podrán emplearse de manera independiente, con o sin el uso de la sirena siempre que exista un paciente a bordo de la ambulancia, dependiendo de su condición o estado de salud.
5.2.3 El compartimiento destinado para la atención del paciente, deberá ser diseñado para tener espacio libre, que dé cabida al menos a un paciente en carro camilla y al menos un integrante de la tripulación que pueda estar sentado; debe contar con un sistema de iluminación con suficiente intensidad para permitir su evaluación y la identificación apropiada de los insumos que se requieran para la atención del mismo.
5.3 De las ambulancias aéreas y marítimas
5.3.1 Deben estar configuradas de acuerdo con las especificaciones de diseño del fabricante y contar con un área que permita la atención del paciente durante su traslado.
5.4 Del equipamiento e insumos de las ambulancias
5.4.1 Las ambulancias deberán cumplir con el equipamiento e insumos señalados en los numerales de los apéndices normativos que correspondan al tipo de ambulancia de que se trate, cuidando observar las características particulares del equipo que debe emplearse en condiciones de vuelo u operaciones marítimas.
5.5 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, respecto de las ambulancias aéreas, marítimas o terrestres de traslado, de urgencias básicas o avanzadas y de cuidados intensivos, de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación

de la conformidad del cumplimiento de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6 Disposiciones específicas
6.1 De las ambulancias de traslado
6.1.1 Del personal
6.1.1.1 Deben contar con un operador de ambulancia TAMP, capacitado en conducción de vehículos para traslado de pacientes ambulatorios y en su caso, un copiloto TAMP para la atención del usuario.
6.1.2 De las dimensiones
6.1.2.1 El compartimiento destinado para la atención del paciente, deberá tener como mínimo, 1.35 metros de altura, 1.50 metros de ancho y 2.00 metros de largo.
6.2 De las ambulancias de urgencias básicas o avanzadas
6.2.1 Del personal
6.2.1.1 Deben contar con un operador de ambulancia y al menos un copiloto, ambos TAMP. Los TAMP's deben estar capacitados de acuerdo con la capacidad operativa de la ambulancia, descritas en los numerales 4.3 y 4.4 de esta norma.
6.2.2 De las dimensiones
6.2.2.1 El compartimiento destinado para la atención del paciente, deberá tener como mínimo 1.60 metros de altura, 1.90 metros de ancho y 2.50 metros de largo.
6.3 De las ambulancias de cuidados intensivos
6.3.1 Del personal
6.3.1.1 Deben contar con un operador de ambulancia TAMP y al menos un TAMP más, que demuestren documentalmente haber acreditado cursos para el manejo de pacientes en estado crítico que requieran cuidados intensivos, avalados por las autoridades educativas competentes.
6.3.1.2 Debe contar con un médico con capacitación en atención médica prehospitalaria y manejo de pacientes en estado crítico que requieran cuidados intensivos.
6.3.2 De las dimensiones
6.3.2.1 El compartimiento destinado para la atención del paciente, deberá tener como mínimo 1.60 metros de altura, 1.90 metros de ancho y 2.50 metros de largo.
6.4 De las ambulancias aéreas
6.4.1 Del personal
6.4.1.1 Para las unidades aéreas de ala fija y rotativa, la tripulación de vuelo está supeditada a las disposiciones de la Dirección General de Aeronáutica Civil, dependiendo del tipo de la aeronave.
6.4.1.2 Debe contar con un TAMP o personal de enfermería con capacitación en atención médica prehospitalaria, que demuestre documentalmente haber acreditado cursos de medicina aeroespacial y de interacción con la aeronave.
6.4.1.3 En el caso que se proporcione servicio de cuidados intensivos, deberá contar con un médico que demuestre documentalmente haber acreditado cursos para el manejo del paciente en estado crítico. Se requiere además tener conocimientos de medicina aeroespacial e interacción con la aeronave y ser el enlace para la entrega-recepción del paciente.
6.5 De las ambulancias marítimas
6.5.1 Del personal
6.5.1.1 Deberán contar con un operador de ambulancia TAMP, autorizado para realizar operaciones marítimas a excepción de las ambulancias de las fuerzas armadas.
6.5.1.2 Debe contar con un TAMP o personal de enfermería con capacitación en atención médica prehospitalaria, que demuestre documentalmente haber acreditado cursos de salvamento acuático.

7 De la atención médica prehospitalaria
7.1 Del sitio de la urgencia médica
7.1.1 El primer respondiente, deberá brindar los primeros auxilios a través de los procedimientos en los que fue capacitado y autorizado. En ningún caso podrá realizar procedimientos invasivos que signifiquen un riesgo mayor para la salud, la integridad física o la vida del paciente.
7.1.2 La atención médica prehospitalaria se brindará en áreas geográficas determinadas por el CRUM, conforme lo indiquen los criterios de regionalización, isócronas de traslado de la base de ambulancias al sitio de la urgencia médica.

7.1.3 La solicitud de atención médica prehospitalaria se hará directamente al CRUM, su equivalente operativo en el área geográfica de que se trate o a cualquier institución de salud vía telefónica, para la cual se procurará la instalación de un número telefónico gratuito de tres dígitos. El CRUM se enlazará con los establecimientos para la atención médica: fijos y móviles, por medio de un sistema de radiocomunicación que pueda acceder a las frecuencias de las instancias involucradas o a través de cualquier otro sistema de comunicación, que resulte conveniente para los fines de coordinación.
7.1.4 Toda llamada de auxilio recibida en el CRUM, deberá ser atendida, clasificada, registrada y se llevará a cabo el seguimiento correspondiente.
7.1.5 La coordinación logística y operativa, así como la asesoría en la atención médica prehospitalaria, será proporcionada por el personal operativo del CRUM en turno, que en todos los casos deberá estar integrada por un médico y TAMP's activos en el servicio.
7.1.6 El CRUM enviará al sitio de la urgencia a la ambulancia disponible más adecuada que se encuentre más cercana, para brindar la atención inmediata y apropiada de acuerdo con la gravedad del caso, coordinará el traslado al servicio de urgencias del establecimiento para la atención médica que resulte más conveniente.
7.1.7 El TAMP o el personal responsable de la atención en la ambulancia, reportará al CRUM los hallazgos clínicos y en su caso, el diagnóstico presuncional, el estado psicofísico del paciente, así como las necesidades inmediatas que requieren ser preparadas en el establecimiento para la atención médica al que se dirigen; todas estas actividades deben quedar asentadas en un formato para el registro de la atención médica prehospitalaria de las urgencias; el cual deberá contar como mínimo con los datos establecidos en el numeral 7.1.9 de esta norma.
7.1.8 El manejo de la atención médica prehospitalaria deberá realizarse de acuerdo con los protocolos escritos, que para la naturaleza del evento tenga definido la institución responsable de brindar la atención. Los contenidos podrán diferir en cada institución, de acuerdo con la lex artis médica. En todos los casos, los protocolos deberán estar avalados y firmados por la autoridad médica o el responsable sanitario del servicio de ambulancias.
7.1.9 Los formatos para el registro de la atención médica prehospitalaria independientemente del diseño que cada institución desarrolle, deberán contener como mínimo los siguientes campos para el registro de información:
7.1.9.1 Datos de registro: número progresivo del folio del formato.
7.1.9.2 Fecha del servicio: día, mes y año.
7.1.9.3 Identificación de la ambulancia: número económico, placas e institución a la que pertenece.
7.1.9.4 Tipo de servicio: traslado, urgencia o cuidados intensivos.
7.1.9.5 Lugar de ocurrencia de la urgencia: hogar, escuela, trabajo, instalaciones deportivas, de recreación, vía pública u otras.
7.1.9.6 Hora de salida de la ambulancia de la base: hora de primer contacto.
7.1.9.7 Hora de fin de la atención o alta del paciente: en el sitio de la urgencia o de su recepción en el establecimiento para la atención médica.
7.1.9.8 Identificación del personal operativo: operador de la ambulancia, el TAMP, médico o personal de enfermería, según sea el caso.
7.1.9.9 Datos del paciente: nombre, edad y sexo o en su caso, media filiación.
7.1.9.10 Antecedentes personales patológicos.
7.1.9.11 Padecimiento actual: causa traumática o no traumática de la urgencia. Descripción del mecanismo de lesión, enfermedad súbita, enfermedad crónica o complicación de alguna enfermedad, según proceda.
7.1.9.12 Exploración física básica: signos vitales, estado y coloración de la piel y estado de pupilas.
7.1.9.13 Descripción de lesiones o afecciones: localización, tipo de afectación a órganos, aparatos o sistemas.
7.1.9.14 Manejo proporcionado: vía aérea, ventilación, circulación, líquidos endovenosos, fármacos, inmovilización, así como cualquier otra indicación.
7.1.9.15 Derivación del paciente: al establecimiento para la atención médica, el hogar o alta en el sitio; cuando aplique, datos y firmas de los responsables que entregan y reciben.
7.2 Del traslado del paciente al servicio de urgencias en establecimientos para la atención médica.

7.2.1 En caso necesario el CRUM brindará asesoría, apoyo médico y asistencia en la aplicación de protocolos para el manejo de pacientes a las ambulancias que lo requieran, por medio de sistemas de comunicación de radio o cualquier otro medio que resulte apropiado.
7.2.2 Los traslados dependerán de la regionalización del CRUM, de la causa del evento crítico del paciente, de la ubicación, disponibilidad, grado de complejidad y capacidad resolutiva tanto en el área de urgencias, como del establecimiento para la atención médica y la capacidad operativa de las ambulancias, así como de las rutas e isócronas de traslado.
7.2.3 El CRUM deberá dar aviso con oportunidad al establecimiento para la atención médica sobre la posibilidad de traslado del paciente que recibe atención médica prehospitalaria en una ambulancia, para que se decida previa valoración del caso, su ingreso y tratamiento inmediato o en su defecto, el traslado a otro establecimiento con mayor grado de complejidad y capacidad resolutiva.
7.2.4 El TAMP o el personal responsable que atendió y estuvo a cargo del traslado del paciente, deberá consignar en un formato para el registro de la atención médica prehospitalaria, todos los eventos ocurridos con motivo de su atención, debiendo considerar desde que la ambulancia acudió al llamado, hasta el momento en que el paciente es entregado en un establecimiento para su atención médica, es dado de alta en el lugar del suceso u otro sitio de finalización del traslado.
7.2.5 El personal médico o el TAMP de la ambulancia que lleve a cabo el traslado, es responsable del paciente durante el mismo, toda vez que es considerada un establecimiento para la atención médica.
7.3 De la recepción del paciente en el establecimiento para la atención médica.
7.3.1 El personal del establecimiento para la atención médica o de la ambulancia en su caso, dará aviso al ministerio público cuando se presuma que se trata de un caso médico legal.
7.3.2 Conforme a un formato que diseñe cada institución, se cotejarán, recibirán y aceptarán las pertenencias que fueron entregadas por el personal de la ambulancia y recibidas por el personal del establecimiento para la atención médica a que fue referido el paciente.
7.3.3 En el expediente clínico deberá integrarse una copia del formato de registro de la atención médica prehospitalaria, que el personal de la ambulancia debe entregar en el establecimiento para la atención médica a que fue referido el paciente, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.
7.4 Para el manejo de la atención médica prehospitalaria, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, se deberán observar los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas referidas en los numerales 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7.

8 Concordancia con normas internacionales y mexicanas
Esta norma no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana.

9 Bibliografía
9.1 American College of Surgeons, Committee on Trauma: Advanced Trauma Life Support. Program for Doctors: ATLS. Chicago, American College of Surgeons, 2005; 7ª Ed.
9.2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
9.3 Current Diagnosis and Treatment: Emergency Medicine, McGraw Hill, 2012.
9.4 Dalton A, Limmer D, Mistovich J: Advanced Medical Life Support Instructor's Manual. Ed. Rd Brady, 3ª Ed, NAEMT, 2006, pp1-150.
9.5 Emergency Medicine, A Comprehensive Study, Fifth Edition, Judith E. Tintinalli, 2012.
9.6 Gideon Bosker MD, Emergency Medicine Reports; 2010.
9.7 John M. Field, MD; Louis González, Mary Fran Hazinski, Soporte vital cardiovascular avanzado, American Heart Association, 2006.
9.8 Ley General de Salud.
9.9 Ley Orgánica de la Armada de México.
9.10 Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.
9.11 Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios.
9.12 Mark Ralston, MD; Mary Fran Hazinski, RN, MSN; Arno L. Zaritsky, MD; Stephen M. Schexnayder, MD; Mónica E. Kleinman, MD; Soporte vital avanzado pediátrico, American Heart Association, 2006.
9.13 Mattox, Feliciano, Moore, Trauma; Fifth Edition, 2012.
9.14 Nixon R: EMS Field Training Officer. Ed. Life Care Medical Training, Second Edition, 2007.
9.15 Reglamento sobre Inspección, Seguridad y Vigilancia de la Navegación Aérea Civil.

9.16 Rubiano AM, Noscue E: Manejo de pacientes en Escenarios BREC/REC. Avances en atención prehospitalaria y Medicina de Emergencias. 2007; (2): pp. 15-20.rd.

10 Vigilancia

La vigilancia de la aplicación de esta norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

11 Vigencia

Esta norma entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.

MÉXICO DISTRITO FEDERAL A 26 DE NOVIEMBRE DE 2012.

EL SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD Y PRESIDENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD

GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

10.3 Anteproyecto de NOM

EDUARDO GONZÁLEZ PIER, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43 y 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I y II 13 apartado A fracciones I y II, 45, 124, 125, 126 y 127 de la Ley General de Salud; 28 y 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 7o. fracciones I, II y III, 21, 26, 139, 140 fracción II, inciso d), 141, 173 fracción IV, 176, 177, 178, 209, 212, 213, 214 y 215 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 8 fracción V y 9, fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, del:

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-002-SSA3-2014, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA.

El presente proyecto de norma, se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, presenten sus comentarios por escrito, en medio magnético y en idioma español ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sito en Lieja número 7, 1er. piso, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, código postal 06696, México, D.F., teléfonos (55) 55 53 69 30 y 52 86 17 20, fax 52 86 17 26, correo electrónico eduardo.gonzalezp@salud.gob.mx.

Durante el lapso mencionado, y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, los documentos que sirvieron de base para la elaboración del presente proyecto y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, para su consulta, en el domicilio del mencionado Comité.

PREFACIO

En la elaboración del presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana participaron:
SECRETARÍA DE SALUD.
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

28-05-2015

28-05-15

ANTEPROYECTO

10.4 Oficio de envío a COFEMER y Formulario Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) de NOM final

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

OFICIO No. CGJC/01/OR/11/2014

DR.JOSE IGNACIO SANTOS PRECIADO
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE
NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD.
LIEJA No.7 1ER PISO, COL. JUAREZ, C.P. 06696, MÉXICO, D.F.
PRESENTE.

Adjunto al presente encontrará oficio de fecha 4 de enero de 2014 que contiene comentarios al **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención pre hospitalaria de las urgencias médicas**, recibido en la cuenta del correo de normas oficiales mexicanas de esta Comisión Federal para Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Lo anterior, por considerarse asunto de su competencia, toda vez que el proyecto antes citado se encuentra inscrito en el Programa Nacional de Normalización 2013 en el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Sin otro particular, le envío un saludo.

SUFRAGIO EFECTIVO.NO REELECCIÓN.
EL COORDINADOR GENERAL JURÍDICO Y CONSULTIVO Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO.

JUAN LEONARDO MENES SOLÍS.

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
13 ENE. 2014
MARCELO ZAPATA
HORA: 14:22 H

MTE/EMBA

Proceso de Mejora Regulatoria

MIR DE IMPACTO MODERADO

Dependencia u organismo descentralizado: Secretaría de Salud.	**Título de la regulación:** Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas. Nueva denominación propuesta: NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
Punto de contacto: Dr. José Ignacio Santos Preciado Director General de Calidad y Educación en Salud. Correo electrónico: jose.santos@salud.gob.mx Teléfono: 20 00 34 84 Lic. Elvia Macedo de la Concha Directora de Procesos Normativos en Salud. Correo electrónico: elvia.macedo@salud.gob.mx Teléfono: 20 00 35 49	**Fecha de recepción:** **Fecha de envío:**

Indique si la regulación propuesta requiere de la no publicidad a la que se refiere el artículo 69-K de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. (En caso de responder afirmativamente, proporcione la justificación correspondiente).

Si	No X
Justificación:	

Indique si la regulación propuesta requiere la constancia de publicidad a que se refiere el artículo 10 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 25 de su Reglamento. (En caso de responder afirmativamente, la regulación estará en consulta pública al menos 20 días hábiles).

Si	No X
Justificación:	

Indique el (los) supuesto (s) de calidad para la emisión de regulación en términos del artículo 3 del Acuerdo de Calidad Regulatoria.

Es un instrumento que se deriva de una obligación específica establecida en alguna ley, reglamento, decreto, acuerdo u otra disposición de carácter general expedidos por el Titular del Ejecutivo Federal:	Si **X**	No

Es un instrumento que se deriva de un compromiso internacional:	Si	No **X**
Es un instrumento que representa beneficios notoriamente superiores a sus costos en términos de la competitividad y eficiencia de los mercados:	Si	No **X**
No es aplicable el Acuerdo de Calidad Regulatoria por tratarse de un anteproyecto que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal:	Si	No **X**

Justificación:
Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la prestación de servicios de atención médica, son instrumentos normativos en materia sanitaria que no afectan el ámbito industrial o comercial de nuestro país. Son regulaciones que están dirigidas a garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la población, que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º. Estas normas son instrumentos de carácter sanitario, desarrolladas para señalar con mayor detalle y especificidad las obligaciones que la Ley General de Salud y sus Reglamentos imponen, a los establecimientos de atención médica.
Las ambulancias son establecimientos de atención médica, su clasificación está contenida en el artículo 10 fracción V, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que señala:
"Serán considerados establecimientos para la atención médica:
I a IV...
V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:
A).- Ambulancia de cuidados intensivos;
B).- Ambulancia de urgencias;
C).- Ambulancia de transporte, y
D).- Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.
Finalmente es importante mencionar que en cumplimiento del artículo 51 párrafo tercero de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 39 del Reglamento de la misma Ley, es que se llevó a cabo la revisión y actualización quinquenal de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como: PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas. Es decir, no se trata de una norma nueva, sino que ya existía; únicamente se realizaron algunas precisiones y modificaciones mínimas, que están dirigidas a unificar y homologar criterios y hacer explícitos aquellos aspectos que se constituyen en medidas de protección y seguridad para los pacientes que reciben atención médica prehospitalaria.
En este sentido, se ha considerado conveniente hacer un ajuste en la denominación de la norma, para hacerla acorde con el segundo párrafo del artículo 79 de la Ley General de Salud, para quedar como: NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

Anexe el archivo que contiene la regulación
Anexo 1 PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

I.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS GENERALES DE LA REGULACIÓN

1.- Describa los objetivos generales de la regulación propuesta.

Los objetivos regulatorios del proyecto son:
A) Reiterar que los diferentes tipos de ambulancias se utilicen de acuerdo con su capacidad operativa para la prestación de los servicios de atención médica prehospitalaria que le corresponda, de acuerdo con el propósito notificado en el aviso de funcionamiento.

B) Precisar los perfiles del personal de salud que funge como copiloto o técnico en atención médica prehospitalaria (TAMP), en las ambulancias terrestres de traslado, urgencias básicas, urgencias avanzadas y de cuidados intensivos, para coadyuvar en la atención de la persona lesionada o enferma.
C) Incluir y definir la figura del primer respondiente en la atención médica prehospitalaria, así como regular y acotar su participación en el proceso de atención.
D) Actualizar y precisar el equipo mínimo requerido en los diferentes tipos de ambulancia, de acuerdo con su capacidad operativa.

2. Describa la problemática o situación que da origen a la intervención gubernamental a través de la regulación propuesta.

Toda persona está expuesta a sufrir un accidente, una agresión o una enfermedad súbita que puede amenazar su vida o su estado de salud y llegue a encontrarse en una condición de salud crítica que por su gravedad, pone en riesgo su vida, un órgano o una función; la atención médica prehospitalaria que la persona requiere de manera inmediata, se debe proporcionar por personal de salud con un perfil específico, así como con el equipo e insumos necesarios y demás factores que permiten garantizar al paciente que la atención médica prehospitalaria que recibirá será oportuna, eficaz y con calidad, con la menor posibilidad de retrasos u omisiones que pudieran constituirse en un riesgo para su salud.
Por lo anterior y con la finalidad de asegurar que los pacientes reciban la atención que requieren, con características de oportunidad, calidad y seguridad, es indispensable que sea atendido por personal de salud idóneo para establecer las prioridades de atención de cada paciente en particular y solicitar al Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) o el equivalente operativo en el área geográfica de que se trate o a cualquier institución de salud vía telefónica, para la derivación al servicio de atención médica requerido.
La norma establece los criterios mínimos que se deben cumplir en la atención médica prehospitalaria, así como las especificaciones del equipamiento e insumos en las ambulancias, en beneficio de la población en general.
Es importante reiterar que el presente proyecto de norma no es una regulación nueva, sino que se trata de un proyecto derivado de la revisión quinquenal de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como: PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.
Asimismo, es pertinente señalar que se ha considerado conveniente hacer un ajuste en la denominación de la norma, para hacerla acorde con el segundo párrafo del artículo 79 de la Ley General de Salud, para quedar como: NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Este ajuste se realizará en la fase de respuesta a comentarios recibidos al proyecto de norma

(1)http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/Pub2012/Perfil_lesiones2013.pdf

3. Indique el tipo de ordenamiento jurídico propuesto. Asimismo, señale si existen disposiciones jurídicas vigentes directamente aplicables a la problemática materia del anteproyecto, enumérelas y explique por qué son insuficientes para atender la problemática identificada.

Tipo de ordenamiento propuesto: Norma Oficial Mexicana, que corresponde a una regulación de tipo social
Disposiciones jurídicas vigentes directamente aplicables a la materia del proyecto:
1. Ley General de Salud. La Ley establece de forma genérica, las disposiciones que deben observar los prestadores de servicios de salud en la atención médica prehospitalaria, para que sea posible garantizar que la prestación de dichos servicios se otorguen con calidad, oportunidad y seguridad.
2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Las disposiciones que señala este instrumento jurídico, en forma similar a la Ley de la que se desprende y sustenta, tampoco establece con el detalle requerido las características y criterios para el funcionamiento, equipamiento, organización de los diferentes tipos de ambulancias, así como de los perfiles del personal de salud que son indispensables para proporcionar un servicio de atención médica prehospitalaria, que asegure los mayores beneficios y el menor riesgo para los pacientes.

3. Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, Como resultado de su revisión y actualización quinquenal, se determinó que se debería reorganizar su contenido normativo, actualizar y precisar algunas disposiciones que no son suficientemente claras y que potencialmente pudieran generar un grado de discrecionalidad innecesaria en su aplicación.

II.- IDENTIFICACIÓN DE LAS POSIBLES ALTERNATIVAS A LA REGULACIÓN

4. Señale y compare las alternativas con que se podría resolver la problemática que fueron evaluadas, incluyendo la opción de no emitir la regulación. Asimismo, indique para cada una de las alternativas consideradas una estimación de los costos y beneficios que implicaría su instrumentación.

Seleccione		Descripción de las alternativas y estimación de los costos y beneficios.
X	**No emitir regulación alguna**	No se consideraron otras alternativas de regulación, toda vez que lo procedente era actualizar la Norma Oficial Mexicana en esta materia, ya que el origen de la NOM-237 publicada en el DOF(15/junio/2006), es un mandato de la Ley General de Salud que establece en su artículo 7 fracción XIV, "*La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:* *Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud",* así como el artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización párrafo tercero que dice: *"Las normas oficiales mexicanas deberán ser revisadas cada 5 años a partir de la fecha de su entrada en vigor, debiendo notificarse al secretariado técnico de la Comisión Nacional de Normalización los resultados de la revisión, dentro de los 60 días naturales posteriores a la terminación del período quinquenal correspondiente. De no hacerse la notificación, las normas perderán su vigencia y las dependencias que las hubieren expedido deberán publicar su cancelación en el Diario Oficial de la Federación. La Comisión podrá solicitar a la dependencia dicha cancelación",* por lo tanto no emitir la regulación sería una omisión al mandato de Ley, así como generar un vacío jurídico en la regulación sanitaria de los servicios de atención médica prehospitalaria.
	Esquemas de autorregulación	
	Esquemas voluntarios	
	Incentivos económicos	
	Otro tipo de regulación	
	Otras	

5. Justifique las razones por las que la regulación propuesta es considerada la mejor opción para atender la problemática señalada.

El presente proyecto es el resultado de la revisión y actualización quinquenal de una Norma Oficial Mexicana vigente que se desprende y se sustenta en la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica. Con motivo de la presente revisión quinquenal, se llevó a cabo la actualización, mejora y reagrupación de diversos numerales de la norma vigente para reiterar y hacer más clara la necesidad de que la atención médica prehospitalaria requiere de condiciones diversas, de carácter muy específico, mediante las cuales sea posible que la atención médica prehospitalaria se

proporcione de forma inmediata, con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, toda vez que se encuentra en riesgo la vida, la pérdida de un órgano o una función del paciente.

III.- IMPACTO DE LA REGULACION

6. ¿La regulación propuesta crea, modifica o elimina trámites?
El presente proyecto de Norma Oficial Mexicana, no crea, no modifica ni elimina trámites.

7. Seleccione las disposiciones, obligaciones y/o acciones distintas a los trámites que correspondan a la propuesta:

II. Acciones Regulatorias

Seleccione	Artículos aplicables	Justificación
Establecen requisitos		
Establecen sanciones		
Establecen restricciones		
Establecen prohibiciones		
Establecen obligaciones	6.1.1.1 y 6.1.2.1	En el proyecto se precisa la obligación de contar con un perfil específico de Técnico en Atención Médica Prehospitalaria (TAMP) que funge como copiloto, el cual además podrá apoyar en la atención médica prehospitalaria del paciente.
Establecen obligaciones	6.3.1.1	En el proyecto se precisa la obligación de contar con un perfil específico de Técnico en Atención Médica Prehospitalaria (TAMP) que funge como copiloto, el cual además podrá apoyar en la ambulancia de cuidados intensivos, con el objeto de coadyuvar en la atención y traslado del paciente en estado crítico.
Establecen obligaciones	6.4.1.2 y 6.4.1.3	En el proyecto se precisa que el personal de salud conozca la interacción con el tipo de aeronave, así como en el caso de proporcionar servicios de cuidados intensivos, deberá contar con un médico que sea el enlace para la entrega-recepción del paciente en el establecimiento para la atención médica que lo recibe.
Establecen obligaciones	6.5, 6.5.1.1 y 6.5.1.2	En el proyecto se establece que deberán contar con un operador de ambulancia marítima TAMP, autorizado para realizar operaciones marítimas a excepción de las ambulancias de las fuerzas armadas, así como contar con un TAMP o personal de enfermería que demuestre documentalmente haber acreditado cursos de salvamento acuático, que colabore con la atención y movilización del paciente según la capacidad operativa del tipo de ambulancia marítima de que se trate.

Establecen obligaciones	7.1.1	Se incorpora la figura y actividades del primer respondiente definido en el numeral 4.11 del proyecto de norma, que tiene la posibilidad de acudir en primera instancia para brindar los primeros auxilios al paciente a través de los procedimientos en los que fue previamente capacitado y autorizado.
Establecen obligaciones	Apéndice A (Normativo): A.1.1.3, A.2.1, A.2.3, A.2.4, A.2.5, A.2.7, A.2.8, A.2.9, A.2.12, A.3.4, A.3.7 y A.3.14. Apéndice B Normativo: B.1, B.2, B.2.1, B.2.2, B.2.3, B.2.4, B.2.5, B.2.6, B.2.9, B.2.10, B.2.11, B.2.12, B.3.1, B.4.1.1, B.4.2, B.4.2.1, B.4.2.2, B.4.3 y B.4.3.1. Apéndice C Normativo: C.1.6, C.3.1.3, C.3.2.1, C.3.5.3, C.3.6.1. Apéndice D Normativo D.1.1.1. Apéndice E Normativo: E.2.1.2, E.3.2. Apéndice F Normativo: F.1.1, F.2.2.1.	La actualización del Apéndice A Normativo de las ambulancias terrestres de traslado, en cuanto al equipo básico de señalización, se especifica la utilización de los traficonos y triángulos reflejantes. En cuanto al equipo médico, se incluyeron: bolsa, válvula, mascarilla, en tamaños: adulto y pediátrico; el carro camilla; esfigmomanómetro aneroide portátil con brazalete para adulto; estetoscopio de cápsula doble; equipo de cánulas orofaríngeas en tamaños prematuro, neonatal, infantil, pediátrica y adulto; el gancho porta-suero doble; glucómetro o sustituto tecnológico; tanque de oxígeno portátil tamaño “D” con manómetro regulador de presión con medidor de flujo para cilindros de oxígeno de rango entre 2 a 15 litros por minuto o mayor y salida para humidificador, con conexión a yugo CGA-870. En cuanto a insumos: cómodo, pato orinal y desinfectante para equipos y superficies. Actualización del Apéndice B Normativo de las ambulancias terrestres de urgencias básicas. En cuanto a equipo médico: collarines rígidos: chico, mediano y grande, cánulas nasofaríngeas, dispositivo para inmovilizar la cabeza, desfibrilador automatizado externo, dispositivo de estabilización pélvica o elemento sustituto, estetoscopio de Pinard o sustituto tecnológico, oxímetro de pulso; sistema de inmovilización pediátrica, tabla corta con sistema de sujeción o chaleco de extracción, tabla larga con sistema de sujeción. En cuanto a insumos: bolsa amarilla para RPBI, acerca de medicamentos y soluciones: ácido acetilsalicílico en tabletas; adrenalina solución inyectable, atropina solución inyectable y frasco con dextrosa al 50 %. Actualización del Apéndice C Normativo de las ambulancias terrestres de urgencias avanzadas. En cuanto a equipo médico: se incluyó el micro-nebulizador o sustituto tecnológico; por lo que se refiere a medicamentos: clorhidrato de nalbufina, midazolam, ranitidina e hidralazina, todas ellas en solución inyectable. En el apéndice D Normativo de las ambulancias terrestres de cuidados intensivos, se incorporó el medicamento haloperidol en solución inyectable. En el Apéndice E Normativo, las ambulancias aéreas de urgencias avanzadas y de cuidados

		intensivos, deberán incluir en su equipo médico bomba de infusión y capnógrafo. En el Apéndice F Normativo, las ambulancias marítimas deben contar con equipo de radiocomunicación con el CRUM o su equivalente. En el caso de ofrecer servicios de cuidados intensivos y previa aprobación del fabricante de la embarcación para su instalación y uso, deberá contar además con estetoscopio con supresor de ruido, con la finalidad de actualizar el equipo e insumos indispensables, evitar equipos obsoletos, con el objetivo de proporcionar a los pacientes servicios de atención médica prehospitalaria, con calidad y seguridad.
Condicionan un beneficio		
Condicionan una concesión		
Establecen estándares técnicos	**Apéndice Informativo B:** B.1, B.1.1, B.1.1.1, B.1.1.2, B.1.1.3, B.2, B.2.1, B.2.1.1, B.2.1.2, B.2.1.3, B.2.1.4, B.2.1.5, B.3, B.3.1, B.3.1.1, B.3.1.2, B.3.1.3, B.3.1.4, B.3.1.5, B.3.1.6, B.3.2, B.3.2.1, B.3.2.2, B.3.2.3, B.3.2.4, B.3.2.5, B.3.2.6, B.4, B.4.1.1, B.4.1.2, B.4.1.3, B.4.1.4, B.4.1.5, B.4.1.6, B.4.1.7, B.4.1.8, B.4.1.8.1, B.4.1.9, B.4.2, B.4.2.1, B.4.2.2, B.4.3, B.4.3.1, B.4.3.2, B.4.4, B.4.4.1, B.4.4.2, B.4.5, B.4.5.1, B.4.5.2, B.4.5.3, B.5, B.5.1, B.5.1.1, B.5.1.2, B.5.2, B.5.3, B.5.4,B.5.5, B.5.6 y B.6	El Apéndice B Informativo establece los estándares técnicos a nivel nacional de las actividades curriculares en las que se recomienda sea capacitado el primer respondiente, tomando como base el “Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios” elaborado por del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, con el objetivo principal de homogeneizar dichas actividades, para la formación de los primeros respondientes y proporcionen los primeros auxilios al paciente, con calidad y seguridad
Establecen procedimientos de evaluación de la conformidad	5.5	El numeral establece una disposición genérica para abrir la posibilidad de solicitar la evaluación de la conformidad, pero no tiene carácter obligatorio para las instituciones, establecimientos, ni para el personal del área de la salud.
Otras		

8. ¿La propuesta de regulación contempla esquemas que impactan de manera diferenciada a sectores o agentes económicos?

El proyecto de Norma Oficial Mexicana no contempla esquemas que impactan de manera diferenciada a sectores o agentes económicos, es simplemente producto de la revisión y actualización quinquenal de un instrumento jurídico-sanitario de observancia obligatoria, dirigido a regular en el ámbito de la salud las ambulancias de los sectores público, social y privado; el propósito primordial de este instrumento es el de garantizar en la operación el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica. Quien no cumpla con la Ley General de Salud y los instrumentos que de ella emanan, se sanciona administrativa, económica o corporalmente cuando se presume que un acto del personal de salud se pueda constituir en un delito. Los pacientes de los servicios de atención médica prehospitalaria de los sectores público, social y privado, son los que principalmente resultan beneficiados por la correcta aplicación de las disposiciones del proyecto, ya que con ello se asegura que reciban servicios con calidad y seguridad.

9. Proporcione la estimación de los costos y beneficios que supone la regulación para cada particular o grupo de particulares.

III. Costos Cuantificables y No Cuantificables

COSTOS	**Grupo o industria al que le impacta la regulación** El principal grupo beneficiado son los diferentes tipos de ambulancias nuevas que iniciarán su funcionamiento, de los sectores público, social y privado o de aquellas que ya funcionaban, pero que no cumplían totalmente con los requisitos establecidos en la NOM- 237.
	Describa y estime los costos El aviso de funcionamiento y de responsable sanitario de la o las ambulancias como establecimientos de servicios de salud, son dos requisitos fundamentales para el inicio del funcionamiento, tiene un costo no cuantificable, ya que son parte de los trámites gratuitos que se presentan ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o ante sus homólogas estatales, mediante el formato COFEPRIS 05-036, en donde se especifican los datos de cada una de las instituciones, compañías o agrupaciones de ambulancias o ambulancias unitarias existentes, que ofertan servicios de atención médica prehospitalaria en el país. El trámite no tiene un costo tangible, ya que el procedimiento consiste en llenar el formato respectivo, que puede obtenerse vía internet y presentarlo ante la autoridad sanitaria, donde se acusa de recibido y queda oficialmente registrado, lo cual permite iniciar operaciones dentro del marco jurídico-sanitario.

COSTOS	**Grupo o industria al que le impacta la regulación** El personal de salud, que funge como copiloto, con perfil de: técnico en atención médica prehospitalaria (TAMP), para coadyuvar en la atención del paciente en cada una de las ambulancias terrestres de traslado, urgencias básicas, urgencias avanzadas y cuidados intensivos del sector público, social y privado.
	Describa y estime los costos El costo de incorporar un copiloto en las ambulancias terrestres de traslado, urgencias básicas, urgencias avanzadas y de cuidados intensivos de los sectores público, social y privado, tiene un costo estimado con amplios rangos de variación, ya que las condiciones laborales, horario y salario de los Técnicos en Atención Médica Prehospitalaria son diferentes en las diferentes instituciones públicas, sociales y privadas que prestan servicios de atención médica prehospitalaria. No obstante, en la búsqueda de información por los medios a nuestro alcance, de plantillas o tabuladores de salarios de personal que pueda realizar esa actividad y tener un cálculo aproximado de cuánto costaría incorporar a este personal de salud en las ambulancias terrestres, se encontró que en el tabulador de sueldos para el personal de base (vigente a partir del 16 de octubre del 2010) del IMSS, cuyos datos se describen en las siguientes tablas:

Transportes IMSS: traslado de pacientes en vehículos de alta tecnología (hoja B.10) [2]

Categoría	Jornada	Sueldo mensual	Sueldo mensual estimado para cubrir 24 horas (6 turnos) [4]
técnico operador de transporte de paciente de urgencia	8 horas	$4,342.16	$26052.96
técnico operador de transporte de pacientes de terapia intensiva	8 horas	$4,698.24	$28189.44
enfermera para el traslado de pacientes de urgencia	8 horas	$4,455.30	$26731.80
enfermera para el traslado de pacientes de terapia intensiva	8 horas	$5,079.66	$30477.96
médico en un transporte para traslado de pacientes de urgencia o para traslado de pacientes de terapia intensiva	8 horas	$7,752.88	$46517.28

Transportes IMSS: vehículos para pacientes de servicios ordinarios y programados (hoja B.12) [2]

Categoría	Jornada	Sueldo mensual	Sueldo mensual estimado para cubrir 24 horas (6 turnos) [4]
Operador de ambulancia (exclusivo servicio foráneo)	6.5 horas	$3,016.94	$18101.64
	8 horas	$3,713.22	$22279.32
Operador de vehículos de servicios ordinarios y programados	8 horas	$4,084.36	$24506.16

Ayuntamiento municipal de Rayón, San Luis Potosí, durante el trienio 2009-2012[3]

Categoría	Jornada	Sueldo mensual	Sueldo mensual estimado para cubrir 24 horas (6 turnos) [4]
chofer de ambulancia o paramédico	8 horas	$ 4,600.00	$27600

	Cualquier categoría de las anteriormente descritas podría realizar la función de copiloto en las diferentes ambulancias terrestres, que es el requerimiento actual del proyecto y su costo estimado para cubrir 24 horas, se observa en la columna de la derecha. (2) http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/Documents/10_ApendiceB.pdf (3) http://www.rayonslp.gob.mx/docu/tabuladordesueldos27.pdf (4) Composición de los 6 turnos para cubrir 24 horas: matutino, vespertino, nocturnos A, B, C y, sábados, domingos y festivos.

COSTOS	**Grupo o industria al que le impacta la regulación** El personal auxiliar de salud denominado: primer respondiente en la atención médica prehospitalaria
	Describa y estime los costos El "primer respondiente" es la persona que puede responder y participar en la primera atención de un lesionado, su participación se limita a brindar los primeros auxilios en los que fue capacitado y autorizado por la autoridad competente; los cursos de capacitación no tienen un costo cuantificable, toda vez que se promueven a través de la Dirección General de Protección Civil dependiente de la Secretaría de Gobernación, a nivel federal se coordinan a través del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y este a nivel local con los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA), en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. En el apéndice B informativo del proyecto, con un propósito orientador únicamente, se describen las actividades curriculares en las que es conveniente que se capacite el primer respondiente.

COSTOS	**Grupo o industria al que le impacta la regulación** Actualizar el equipamiento e insumos mínimos requeridos en los diferentes tipos de ambulancias de acuerdo con su capacidad operativa.
	Describa y estime los costos El costo es variable, de acuerdo con las características del material, calidad, marca y vida útil que el responsable o el propietario de la o las ambulancias desee adquirir con los diferentes proveedores. Estos costos representan únicamente el complemento del equipamiento que se encuentra establecido en el proyecto, para cada tipo de ambulancia, el costo estimado total del equipamiento e insumos para cada tipo de ambulancia se incrementará de acuerdo con la capacidad operativa de las mismas, (para comprender mejor esto se remite al apartado VII, Anexo 2, de la presente MIR, con las diferentes tablas de costos estimados desglosados). Costo estimado Apéndice Normativo A. Complemento del equipo e insumos requeridos para una ambulancia de traslado. Monto esperado: $46,706.50 pesos. Rango del costo: Costo Inferior: $14,300.50 pesos. Costo Superior: $46,706.50 pesos. (Anexo 2). Costo estimado Apéndice Normativo B. Complemento del equipo e insumos de una ambulancia terrestre de urgencias básicas. Monto esperado: $100,219.70 pesos. Rango del costo: Costo Inferior: $42,864.70 pesos. Costo Superior: $100,219.70 pesos. (Anexo 2). Costo estimado Apéndice Normativo C. Complemento del equipo e insumos de una ambulancia terrestre de urgencias avanzadas. Monto esperado: $107,516.40 pesos. Rango del costo: Costo Inferior: $45,334.89 pesos. Costo Superior $107,516.40 pesos. (Anexo 2).

	Costo estimado Apéndice Normativo D. Complemento de insumos de una ambulancia terrestre de cuidados intensivos. Monto esperado: $107,981.42 pesos. Rango del costo: Costo Inferior: $45,499.89 pesos. Costo Superior: $107,981.42 pesos (Anexo 2.). Costo estimado Apéndice Normativo E. Actualización del equipo e insumos de una ambulancia aérea. Monto esperado: $167,940.10 pesos. Rango del costo: Costo Inferior: $91,080.55 pesos. Costo Superior: $167,940.09 pesos. (Anexo 2). Costo estimado Apéndice Normativo F. Actualización del equipo y recursos físicos de una ambulancia marítima. Monto esperado: $288,969.34 pesos. Rango del costo: Costo Inferior: $83,380.85 pesos. Costo Superior: $159,940.09 pesos. (Anexo 2).

IV. Beneficios Cuantificables y No Cuantificables

BENEFICIOS	**Grupo o industria al que le beneficia la regulación** El principal grupo beneficiado son los diferentes tipos de ambulancias nuevas que iniciarán su funcionamiento, de los sectores público, social y privado o de aquellas que ya funcionaban, pero que no cumplían totalmente con los requisitos establecidos en la NOM-237.
	Describa y estime los beneficios El beneficio es no cuantificable, porque los diferentes tipos de ambulancia se utilizarán para el propósito que fue notificado en el aviso de funcionamiento, ya que cada una contará con el personal de salud y los insumos específicos para el tipo de servicio de atención médica prehospitalaria que oferten y no se ponga en riesgo la vida del paciente.

BENEFICIOS	**Grupo o industria al que le beneficia la regulación** El copiloto, que debe tener perfil de: técnico en atención médica prehospitalaria (TAMP), para coadyuvar en la atención del paciente en cada una de las ambulancias terrestres de traslado, urgencias básicas, urgencias avanzadas y cuidados intensivos del sector público, social y privado.
	Describa y estime los beneficios El beneficio de complementar la tripulación con un TAMP como copiloto en los distintos tipos de ambulancia terrestre es no cuantificable, ya que su perfil académico e intervención en los momentos de una urgencia, puede brindar mayores posibilidades de salvar la vida de los pacientes.

BENEFICIOS	**Grupo o industria al que le beneficia la regulación** El personal auxiliar de salud denominado: primer respondiente en la atención médica prehospitalaria.
	Describa y estime los beneficios Los beneficios son no cuantificables, ya que al incluir y acotar la figura y actividades del primer respondiente, es posible brindar los primeros auxilios al lesionado en tanto acude una ambulancia con personal y recursos adecuados al tipo de problema para el que fue requerida.

BENEFICIOS	**Grupo o industria al que le beneficia la regulación** Los pacientes que reciben los servicios de atención médica prehospitalaria.

	Describa y estime los beneficios Los beneficios se relacionan con los servicios de atención médica prehospitalaria que reciben los pacientes, ya que al existir criterios mínimos que se deben cumplir en la atención médica prehospitalaria, las especificaciones de equipamiento e insumos de las ambulancias de los sectores público, social y privado, así como el tipo de personal que proporcione la atención médica prehospitalaria, se podrá mejorar la calidad y seguridad del servicio, en beneficio directo de los pacientes. Un beneficio adicional es el fortalecimiento de la certidumbre jurídica de los pacientes, durante el proceso de la atención médica prehospitalaria.

BENEFICIOS	**Grupo o industria al que le beneficia la regulación** La autoridad sanitaria responsable por mandato de Ley, de ejercer el control y vigilancia sanitaria de los establecimientos de atención médica, en este caso a las ambulancias.
	Describa y estime los beneficios Al describir con mayor detalle y claridad los criterios mínimos que se deben cumplir de manera obligatoria en la atención médica prehospitalaria, las especificaciones de equipamiento e insumos de las ambulancias de los sectores público, social y privado, así como el tipo de personal que proporcione la atención médica prehospitalaria, se acotan y disminuyen los márgenes de discrecionalidad de la autoridad sanitaria, ya que dispondrá de criterios homogéneos para el control y vigilancia sanitaria.

10. Justifique que los beneficios de la regulación son superiores a sus costos.

La presente regulación no implica necesariamente nuevos costos, ya que las ambulancias cumplían con los requisitos, insumos y personal señalados en la anterior NOM- 237. Independientemente de lo anterior, los beneficios para los diferentes tipos de ambulancias, el personal técnico y auxiliar del área de la salud y los pacientes que reciben el servicio de atención médica prehospitalaria, así como para la autoridad sanitaria, descritos en el punto anterior, son superiores a los costos de la regulación, ya que garantizan que se cumpla con el derecho a la protección de la salud de la población, que consagra el artículo 4º Constitucional, el propósito primordial de estos instrumentos es garantizar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica prehospitalaria, para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población de México.

Los pacientes que reciben los servicios de atención médica prehospitalaria de los sectores público, social y privado, son los que principalmente resultan beneficiados por la correcta aplicación de las disposiciones del proyecto, ya que se asegura que reciban servicios con calidad y seguridad.

IV.- CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

11. Describa la forma y/o los mecanismos a través de los cuales se implementará la regulación (incluya recursos públicos).

El mecanismo mediante el cual se implementará la regulación se llevará a cabo a través de la difusión en Diario Oficial de la Federación (DOF), en la página electrónica de la Secretaría de Salud y en el catálogo de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Economía. Asimismo, es importante tener en cuenta que los titulares y presidentes de las diversas academias, asociaciones, consejos, colegios, etc. que agrupan a los profesionales del área de la salud, en general promueven entre sus agremiados que el desarrollo de sus actividades se apegue al marco normativo vigente. Con frecuencia dichos organismos, solicitan a la Secretaría de Salud y en particular a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la participación de servidores públicos en seminarios, congresos o sesiones informativas, a efecto de proporcionar a los participantes de dichos foros, la información suficiente y actualizada sobre el marco jurídico vigente, al que se deben sujetar los servicios de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para la instrumentación de la vigilancia sanitaria de los establecimientos que proporcionan servicios de atención médica prehospitalaria, son los que la Secretaría de Salud tiene programados y dispuestos a través de la Comisión Federal para

la Protección Contra Riesgos Sanitarios y los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia. Lo anterior, con sustento en los Títulos Decimoséptimo y Decimoctavo de la Ley General de Salud, misma que faculta a la Secretaría de Salud para el ejercicio de la vigilancia sanitaria de todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado en el país. Es necesario destacar que para vigilar el cumplimiento del presente ordenamiento, no se requieren recursos adicionales, ya que los recursos humanos, materiales y presupuestales disponibles por la autoridad sanitaria Federal, Estatal y Jurisdiccional, son suficientes para ejercer y cumplir con estas actividades.

V.- EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

12. Describa la forma y los medios a través de los cuales se evaluará el logro de los objetivos de la regulación.

En este sentido, la Secretaría de Salud no evalúa logros de objetivos de las distintas regulaciones, lo que hace por medio de sus funciones, es vigilar a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, el que se cumpla con lo dispuesto en la Ley General de Salud para el ejercicio de la vigilancia sanitaria de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, así como del ejercicio del personal profesional y técnico que brindan servicios de atención médica prehospitalaria.

VI.- CONSULTA PÚBLICA

13. ¿Se consultó a las partes y/o grupos interesados para la elaboración de la regulación?

Seleccione	Particular	Opinión
Formación de comité técnico interinstitucional para la elaboración conjunta del proyecto	Listado de integrantes del Grupo Técnico Interinstitucional (GTI) (Anexo 3).	Se formó un Grupo Técnico Interinstitucional, con representantes expertos en la materia de dependencias, instituciones, colegios, academias, etc., de los sectores público, social y privado, para la revisión y actualización del anteproyecto de norma, con el propósito principalmente de: 1) Garantizar que los diferentes tipos de ambulancias se utilicen de acuerdo con su capacidad operativa para la prestación de los servicios de atención médica prehospitalaria que le corresponda de acuerdo con el aviso de funcionamiento. 2) Ser más específico en el perfil del personal de salud, que funge como copiloto, técnico en atención médica prehospitalaria (TAMP) como mínimo, en las ambulancias terrestres de traslado, urgencias básicas, urgencias avanzadas y de cuidados intensivos, para coadyuvar en la atención de la persona lesionada o enferma. 3) Incluir la figura y regulación de la

		participación del primer respondiente en la atención médica prehospitalaria. 4) Actualizar y depurar el equipamiento mínimo requerido en los diferentes tipos de ambulancia, de acuerdo con su capacidad operativa.
Circulación del borrador a grupos o personas interesadas y recepción de comentarios	Listado de instituciones y grupos de personas interesadas que enviaron comentarios durante la Consulta Nacional y pública. (Anexo 4)	La norma vigente se difundió a las 32 entidades federativas para la Consulta Nacional, seguido de la difusión del proyecto durante la Consulta Pública, Los comentarios y propuestas recibidas, se centraron principalmente en: modificar la redacción, para dar mayor precisión y claridad a las disposiciones de la norma, con la finalidad de mejorar su comprensión por parte del personal del área de la salud y facilitar su complimiento.
Recepción de comentarios no solicitados	No aplica	No aplica
Consulta intra-gubernamental	No aplica	No aplica
Consulta con autoridades internacionales o de otros países	No aplica	No aplica
Otro	No aplica	No aplica

14. Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.
La elaboración del proyecto de modificación de la norma 237, se desarrolló a partir de un documento de trabajo, mismo que se revisó y analizó con un grupo de expertos y especialistas en la materia, representantes de diversas dependencias, instituciones, colegios y asociaciones de los sectores público, social y privado. Las propuestas de actualización se enfocaron principalmente a: 1) Garantizar que los diferentes tipos de ambulancias se utilicen de acuerdo con su capacidad operativa para la prestación de los servicios de atención médica prehospitalaria que le corresponda de acuerdo con el aviso de funcionamiento. 2) Ser más específico en el perfil del personal de salud, que funge como copiloto, el cual debe ser técnico en atención médica prehospitalaria (TAMP) en las ambulancias terrestres de traslado, urgencias básicas, urgencias avanzadas y de cuidados intensivo, para coadyuvar en la atención de la persona lesionada o enferma. 3) Incluir la figura y regulación de la participación del primer respondiente en la atención médica prehospitalaria. 4) Actualizar el equipamiento mínimo requerido en los diferentes tipos de ambulancia, de acuerdo con su capacidad operativa.

VII.- ANEXOS

Anexe las versiones electrónicas de los documentos consultados o elaborados para diseñar la regulación.
Anexo 2: Costos estimados de los Apéndices Normativos.
Anexo 3: Listado de integrantes del Grupo Técnico Interinstitucional (GTI).
Anexo 4: Listado de participantes de la Consulta Nacional y Pública.

Anexo 5: Nota técnica relativa al PEC.
Anexo 6: Lista Bibliográfica.
Anexo 7: Documentos Bibliografía.

10.5 Oficio solicitud de comentarios

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud
Subdirección Normativa en Servicios de Salud

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

No. de oficio: 01408

México, D.F., a, 12 AGO 2013

Asunto: Se remite para opinión jurídica, documentos relativos a la norma NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO
13 AGO 2013
CONTROL DE GESTIÓN
NOMBRE
ANEXO 1 Proyecto y C.D.

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS
JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS.
Guadalajara No. 46, 2° Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700, México, D.F.
Presente.-

En mi carácter de Secretario Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), con fundamento en el artículo 8 de las Reglas de Operación del mencionado Comité, remito a usted los documentos relativos a la norma NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, que se describen a continuación:

- Impresión en papel bond con la respuesta a comentarios del Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
- Impresión en papel bond de la versión definitiva de la norma NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
- Medio magnético con los archivos correspondientes a la respuesta a comentarios del proyecto de norma y la versión definitiva de la misma.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, la experta opinión jurídica de la Coordinación General a su digno cargo, a fin de poder llevar a cabo en su caso, los ajustes que resulten necesarios, previos a la solicitud formal de publicación como norma en el Diario Oficial de la Federación. No omito mencionar que dicha norma está incluida en el Programa Nacional de Normalización 2013.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
30 AGO 2013
RECIBIÓ: Norma
13:54

SALUD Secretaría de Salud
OFICIALÍA DE PARTES
13 AGO 2013
NOMBRE:
HORA: 11:00
RECIBIDO
1 copia

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD Y SECRETARIO
TÉCNICO DEL CCNNIDTIS.

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

Anexos: Los documentos que se describen en el cuerpo del oficio.
C.c.p. Dr. Luis Rubén Durán Fontes.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.
C.c.p. Lic. Elvia Macedo de la Concha.- Directora de Procesos Normativos en Salud.- Presente.

JPMC/ASM
Sin Folio DGCES.

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 2000 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.6 Documento de respuesta a comentarios final (Diario Oficial de la Federación)

DOF: 25/09/2012

RESPUESTA a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico, publicado el 5 octubre de 2010.

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

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 40 fracciones III y XI, 43, 47 fracción II y III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobreMetrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la respuesta a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 octubre de 2010.

Como resultado del análisis que realizó el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud de los comentarios recibidos de los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos:

PROMOVENTE	RESPUESTA
1. Dr. Armando León Bernal **Comisionado Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco.** **SE PROPONE:** **QUE EN LE PROCESO DE ELABORACION DE ESTANORMA PARTICIPEN:** **LAS INSTANCIAS DE PROCURACION DEIMPARTICION DE JUSTICIA, COLEGIOS OBARRAS DE ABOGADOS, EN VIRTUD DE QUE LAMISMA NORMA ESTABLECE QUE ES UNDOCUMENTOS MEDICO-LEGAL.** **L CONSEJO MEXICANO DE ARBITRAJE MEDICO (CMAM)** **AS COMISIONES ESTATALES DE ARBITRAJEMEDICO** **A ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA** **A ACADEMIA NACIONAL DE PEDIATRIA** **LA FEDERACION NACIONAL DE LOS COLEGIOSDE LA PROFESION MEDICA (FENACOME)** **L INSTITUTO FEDERAL ACCESO A LAINFORMACION (IFAI)**	**No se acepta la propuesta,** para la elaboración delanteproyecto de norma, fueron convocados de manera formal y oficial, mediante oficio-circular No. DGCES/204/003124 de fecha 27 de abril de 2005; instituciones y organismos de los sectores público, social y privado; en respuesta, asistieron representantes de diversas instituciones, academias, asociaciones, colegios, etc., mismos que aparecen en el prafacio del proyecto publicado el 5 de octubre de 2010 en el Diario Oficial de la Federación. Por lo cual, en esta fase ya no es posible la incorporación y participación de representantes de las instituciones a que se refiere la propuesta. Algunas de lasinstituciones mencionadas, participaron en el proceso deelaboración del anteproyecto; asimismo, durante la fase deconsulta pública, las instituciones y las personas físicas ymorales interesadas, participaron en la formulación decomentarios, como es el caso de "La Comisión Estatal deConciliación y Arbitraje Médico de Tabasco". De conformidad con el artículo 38 fracción II de la Ley Federal de Metrología y Normalización y 13 apartado A fracción I de la Ley General de salud.

10.7 Proyecto de NOM publicado en el D.O.F.

PROYECTO de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

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

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 44 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 27, 34, 45, 46, 48, 78 y 79 de la Ley General de Salud; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 4o., 5o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I y IV, 17, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 81, 82 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, del:

PROYECTO DE MODIFICACION DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-237-SSA1-2004, REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ATENCION PREHOSPITALARIA DE LAS URGENCIAS MEDICAS, PARA QUEDAR COMO PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-034-SSA3-2012, REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ATENCION PREHOSPITALARIA DE LAS URGENCIAS MEDICAS

El presente proyecto de modificación de norma, se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación, presenten sus comentarios por escrito y medio magnético en idioma español ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sito en Lieja número 7, 1er. piso, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06696, México, D.F., teléfonos (55) 55 53 69 30 y 52 86 17 20, fax 52 86 17 26, correo electrónico fajardo.german@salud.gob.mx.

Durante el lapso mencionado y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización los análisis que sirvieron de base para la elaboración del presente Proyecto de Modificación y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, para su consulta, en el domicilio del mencionado Comité de Normalización, o bien en el portal electrónico de Manifestaciones de Impacto Regulatorio www.cofemermir.gob.mx.

PREFACIO

En la elaboración de este proyecto de modificación de norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Información en Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.

Coordinación de Atención Prehospitalaria y Desastres.

Centro Regulador de Urgencias Médicas.

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO.

Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.

Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes, CEPAEM (COEPRA).

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS.

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA.

10.8 Dictamen final CGAJYDH

De: Blanca Estela Mendoza Díaz
Enviado el: lunes, 24 de marzo de 2014 03:20 p.m.
Para: Adolfo Serrano Moya; Elvia R Macedo De la Concha; 'elvia_macedo@hotmail.com' (elvia_macedo@hotmail.com)
CC: Sergio Salvador Váldes Trejo; Alberto Hernandez Escorcia; Alberto Guzman Garcia; Laura Rocío Espinosa Cervantes
Asunto: RV: RC Y DEFINITIVA NOM-034-SSA3-2013 ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
Datos adjuntos: NOM-034-SSA3-2013, AMP.doc; R-C-034-SSA3-2013, AMP.doc

Estimado Dr. Serrano:

Por instrucciones del Lic. Sergio Salvador Valdés Trejo, Director General Adjunto Consultivo y Contencioso, me refiero al comunicado que se adjunta, de fecha 21 de marzo, mediante el cual nos fueron enviados el documento de **Respuesta a los comentarios recibidos recibidos respecto del Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas** y a la versión definitiva de la Norma Oficial Mexicana, con la finalidad de corroborar los cambios derivados de diversos comentarios y observaciones formulados por esta Unidad Jurídica.

Sobre el particular, de conformidad con las atribuciones que le confiere el artículo 11 Bis, fracción VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud a esta Unidad Jurídica, como órgano de asesoría, le informo que una vez analizados los documentos de mérito, en nuestra opinión, no existe inconveniente jurídico con su contenido, toda vez que fueron atendidas las observaciones realizadas por esta Coordinación General, mediante correos electrónicos de fechas 24 de diciembre de 2013 y 20 de marzo de 2014.

Sin otro particular por el momento reciba un cordial saludo.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

LIC. BLANCA ESTELA MENDOZA DÍAZ
SUBDIRECTORA DE NORMATIVIDAD, REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN
Dirección Consultiva
Dirección General Adjunta Consultiva y Contenciosa
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guadalajara 46, Col. Roma Norte, Deleg. Cuauhtemoc, C.P. 06700, México
D.F. Tel. 50621600 Ext. 53340#
blanca.mendoza@salud.gob.mx

10.9 Oficio para solicitar publicación de Formato de Respuesta a Comentarios

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

"2014, Año de Octavio Paz"

SIDSS-DGCES- 198 -2014

México, D.F., a 20 de agosto de 2014

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS
JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
P R E S E N T E

En mi carácter de Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), me permito enviar a usted en impresión en papel oficial con firma autógrafa y medio magnético, la respuesta a los comentarios recibidos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, así como la versión definitiva de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, que en términos de lo dispuesto por el Artículo 47, fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, sea el amable conducto para realizar las gestiones para la publicación de ambos documentos en el Diario Oficial de la Federación.

No omito mencionar que la versión definitiva del documento citado, cuenta con la opinión favorable de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria y de la Coordinación General a su digno cargo (copias simples anexas), así como, que fue aprobado en la Segunda Sesión Ordinaria del CCNNIDTIS, celebrada el día 25 de noviembre de 2013 e incluido en el Programa Nacional de Normalización 2014.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL SUBSECRETARIO Y PRESIDENTE DEL CCNNIDTIS

DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER

C.c.p.- Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente.
SGS
Sección/Serie 1C.15

10.10 Norma Oficial Mexicana publicada en el Diario Oficial de la Federación

DOF: 15/10/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

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

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología yNormalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de octubre de 2010, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías eInformación en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 4 de diciembre del 2010, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Modificación de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO

PREFACIO

En la elaboración de esta norma participaron:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Dirección General de Planeación y Desarrollo

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Nacional de Rehabilitación

77. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA DIFUSIÓN DE LA NORMATIVIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y ASISTENCIA SOCIAL

PROPÓSITO

1.1 Dar a conocer a los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás instrumentos normativos vigentes, con la finalidad de fomentar su adecuado conocimiento, interpretación, aplicación y cumplimiento.

ALCANCE

2,1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación (DGCES) en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, mismas que están involucradas en promover la difusión de la normatividad vigente en materia de servicios de atención médica, asistencia social e infraestructura sanitaria.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de elaborar, actualizar, adecuar y difundir las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, revisa y en su caso aprueba la información al área responsable de la elaboración y actualización de la página web de la DGCES y emite instrucciones para elaborar estrategias para la difusión de los instrumentos regulatorios. Revisa, analiza y en su caso aprueba el programa general de difusión; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, elabora propuestas de difusión de instrumentos regulatorios, integra las propuestas y difunde.

2.2 A nivel externo:

El Procedimiento es aplicable a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales, de los sectores social y privado, que prestan servicios de atención médica y asistencia social

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar, actualizar, adecuar y difundir las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado.

3.2 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de elaborar las instrucciones para desarrollar las estrategias para la difusión de los instrumentos regulatorios. Revisa, analiza y en su caso aprueba el programa general de difusión.

3.3 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de integrar las propuestas para la difusión de las Normas Oficiales Mexicana vigentes y desarrollar las estrategias de difusión de las mismas.

3.4 Subdirector Normativo en Servicios de Salud. Recibe la presentación. Revisa, analiza y en su caso aprueba Procede: NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 13.SI: Envía

información al área responsable de la elaboración y actualización de la página web de la DGCES. Continúa procedimiento.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

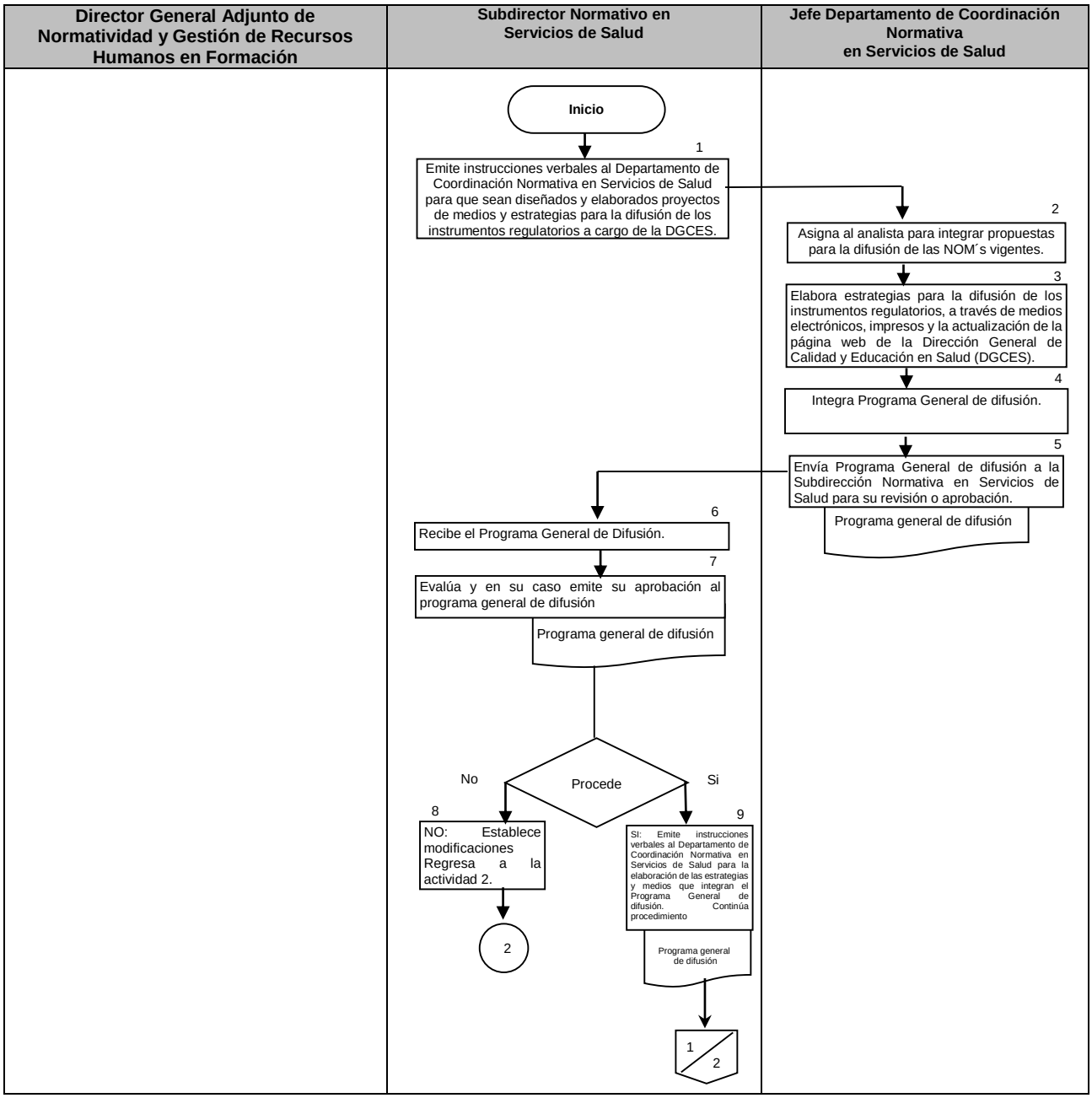
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Emite instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud para que sean diseñados y elaborados proyectos de medios y estrategias para la difusión de los instrumentos regulatorios a cargo de la DGCES.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	2. 3. 4. 5.	Asigna al analista para integrar propuestas para la difusión de las NOM´s vigentes. Elabora estrategias para la difusión de los instrumentos regulatorios, a través de medios electrónicos, impresos y la actualización de la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Integra Programa General de difusión. Envía Programa General de difusión a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión o aprobación.	Programa General de Difusión.
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	6 7 8 9	Recibe el Programa General de Difusión. Evalúa y en su caso emite su aprobación al programa general de difusión. Procede: NO: Establece modificaciones Regresa a la actividad 2. SI: Emite instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud para la elaboración de las estrategias y medios que integran el Programa General de difusión. Continua procedimiento	Programa General de Difusión

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	10	Asigna al analista encargado de identificar los archivos electrónicos de cada uno de los instrumentos regulatorios en materia de atención médica, asistencia social que se van incorporando en el Programa General de difusión.	Lista de correos electrónicos Archivos en PDF
	11	Integra un directorio de correos electrónicos de las principales instituciones, dependencias, colegios, academias, asociaciones de los sectores público social y privado que se identifiquen como potenciales difusores de la información.	
	12	Envía a través del correo electrónico las comunicaciones con el material informativo en formato PDF.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	13	Recibe información de los archivos enviados previamente	
	14	Emite la instrucción de que se archiven los acuses de correos electrónicos.	
	15	Determina continuar con la difusión de las NOM´s	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	16	Elabora el contenido y diseño de los folletos, folletines, etc. de las NOM´s y lineamientos.	Material informativo propuesto
	17	Solicita al Subdirector Normativo en Servicios de Salud aprobación del diseño de material impreso.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	18	Recibe y analiza el Programa general de difusión Procede:	Material informativo aprobado
	19	NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 6.	
	20	SI: Emite su aprobación sobre el material informativo Continúa procedimiento.	
	21	Emite instrucciones para su envío al Director Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para visto bueno y solicitud de impresión de material	

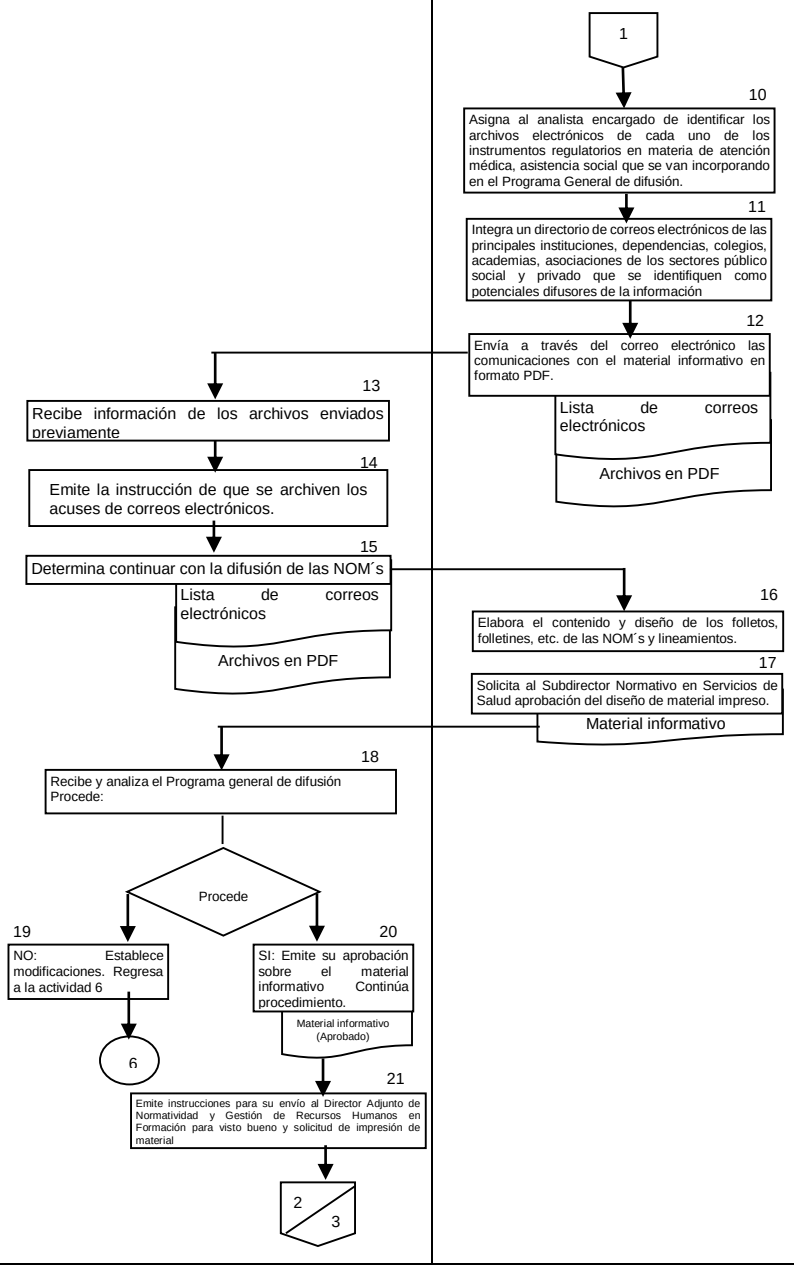
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	22	Autoriza la gestión para la impresión de tiraje de material impreso.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	23 24	Establece prioridades Emite instrucciones para el envió de los materiales impresos a las Instituciones, asociaciones, dependencias, colegios, academias, de los sectores público social y privado.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	25 26 27 28 29 30 31	Actualiza directorio de Instituciones, Asociaciones, etc. Compila los paquetes del material que corresponde a cada destinatario. Elabora oficios de envío y lleva acabo la gestión con oficialía de partes para el envió. Informa y entrega acuses de los oficios de envío a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud. Asigna analista para elaborar presentaciones en sobre las normatividad vigente. Elabora ponencia. Remite a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud la presentación para su revisión y aprobación	Presentación de las NOM's
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	32 33 34	Recibe la ponencia, la revisa y en su caso aprueba Procede: NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 11. SI: Establece la acción para agendar la asistencia de un representante al evento solicitado a la DGCES para difundir las NOM´s. Continua procedimiento.	Presentación de las NOM´s

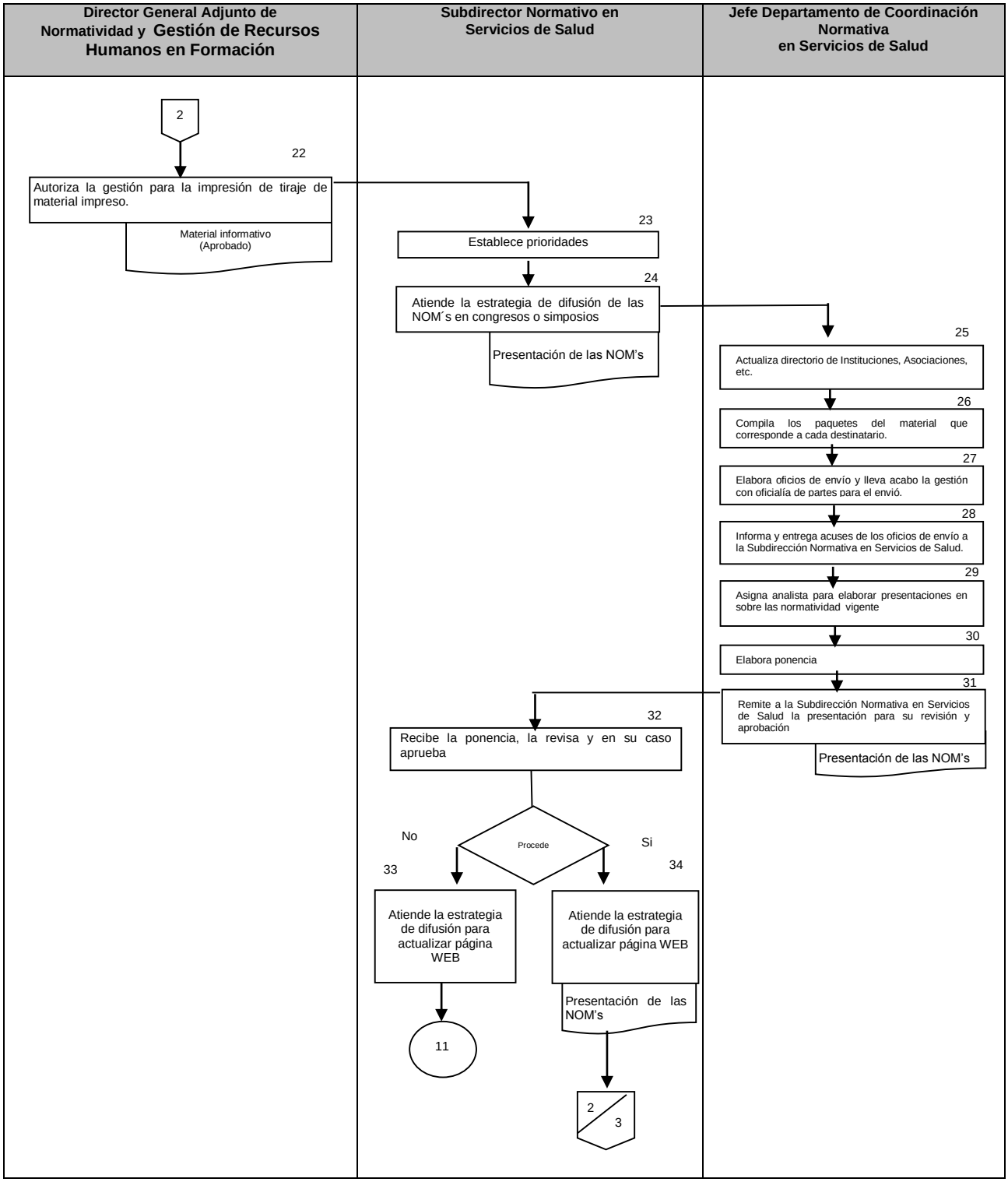
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	35	Diseña y elabora información para la actualización de la página WEB	Diseño de actualización de la página web
	36	Envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para gestionar la actualización de la página WEB	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	37	Recibe la presentación.	Información para página web
	38	Supervisa, analiza y en su caso aprueba Procede:	
	39	NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 13.	
	40	SI: Envía información al área responsable de la elaboración y actualización de la página web de la DGCES. Continúa procedimiento. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

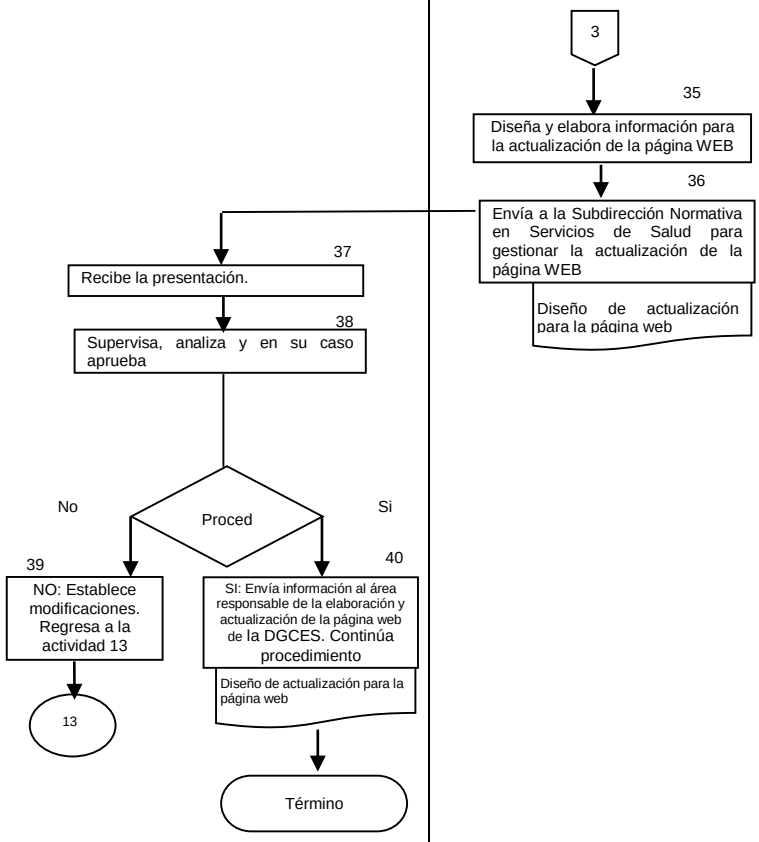


Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud




Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
2
22
Autoriza la gestión para la impresión de tiraje de material impreso.
Material informativo (Aprobado)
23
Establece prioridades
24
Atiende la estrategia de difusión de las NOM´s en congresos o simposios
Presentación de las NOM's
25
Actualiza directorio de Instituciones, Asociaciones, etc.
26
Compila los paquetes del material que corresponde a cada destinatario.
27
Elabora oficios de envío y lleva acabo la gestión con oficialía de partes para el envió.
28
Informa y entrega acuses de los oficios de envío a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud.
29
Asigna analista para elaborar presentaciones en sobre las normatividad vigente
30
Elabora ponencia
31
Remite a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud la presentación para su revisión y aprobación
Presentación de las NOM's
32
Recibe la ponencia, la revisa y en su caso aprueba
Procede
No
Si
33
34
Atiende la estrategia de difusión para actualizar página WEB
Atiende la estrategia de difusión para actualizar página WEB
Presentación de las NOM's
11
2
3

Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.3 Guía para la redacción, estructuración y presentación de Normas Oficiales Mexicanas.	NMX-Z13
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Copia de acuse de confirmaciones	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2 Archivos electrónicos e impresos de las NOM´s en Formato PDF	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 Base de correos electrónicos	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Difusión de la Normatividad: es la divulgación por medios impresos o electrónicos, a través los cuales se dan a conocer las Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos y demás ordenamientos

jurídico-sanitarios a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado.

8.2 Marco Jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

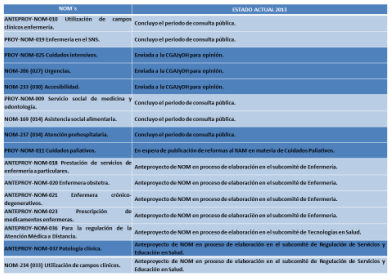
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Presentación de Normas Oficiales Mexicanas
10.2 Material informativo: Ejemplo de una Norma definitiva publicada en el DOF, para difusión en la página web
10.3 Lista de correos electrónicos
10.4 Diseño de actualización para la página web

10.1 Presentación de NOM´s





NOM´s	ESTADO ACTUAL 2013
ANTEPROY-NOM-010 Utilización de campos clínicos enfermería.	Concluyo el periodo de consulta pública.
PROY-NOM-019 Enfermería en el SNS.	Concluyo el periodo de consulta pública.
PROY-NOM-025 Cuidados intensivos.	Enviada a la CGAJyDH para opinión.
NOM-206 (027) Urgencias.	Enviada a la CGAJyDH para opinión.
NOM-233 (030) Accesibilidad.	Enviada a la CGAJyDH para opinión.
PROY-NOM-009 Servicio social de medicina y odontología.	Concluyo el periodo de consulta pública.
NOM-169 (014) Asistencia social alimentaria.	Concluyo el periodo de consulta pública.
NOM-237 (034) Atención prehospitalaria.	Concluyo el periodo de consulta pública.
PROY-NOM-031 Cuidados paliativos.	En espera de publicación de reformas al RAM en materia de Cuidados Paliativos.
ANTEPROY-NOM-018 Prestación de servicios de enfermería a particulares.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Enfermería.
ANTEPROY-NOM-020 Enfermera obstetra.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Enfermería.
ANTEPROY-NOM-021 Enfermera crónico degenerativos.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Enfermería.
ANTEPROY-NOM-023 Prescripción de medicamentos enfermeras.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Enfermería.
ANTEPROY-NOM-036 Para la regulación de la Atención Médica a Distancia.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Tecnologías en Salud.
ANTEPROY-NOM-037 Patología clínica.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Regulación de Servicios y Educación en Salud.
NOM-234 (033) Utilización de campos clínicos.	Anteproyecto de NOM en proceso de elaboración en el subcomité de Regulación de Servicios y Educación en Salud.

10.1Ejemplo de una Norma definitiva publicada en el DOF, para difusión en la página web

NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

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

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-002-SSA3-2007, PARA LA ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO E INGENIERIA SANITARIA DE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA.

MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ, Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en los artículos 39 fracciones I, VI, VII y VIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 38 fracción II, 40 fracción XI, 43, 44 primer párrafo, 47 fracciones III y IV y 51 párrafos primero, tercero y cuarto de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I y II, 45, 124, 125, 126 y 127 de la Ley General de Salud; 31 fracción III del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 7o. fracciones I, II y III, 21, 26, 139, 140 fracción II, inciso d), 141, 173 fracción IV, 176, 177, 178, 209, 212, 213, 214 y 215 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracciones II y V y 18 fracciones II y IV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

CONSIDERANDO

Que con fecha 17 de octubre de 2008, en cumplimiento del acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaron sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 16 de diciembre de 2008, no fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios sobre el proyecto de NOM, razón por la que no fue necesario publicar el documento de respuesta a comentarios a que hace referencia el artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-002-SSA3-2007, PARA LA ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO E INGENIERIA SANITARIA DE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA

PREFACIO

En la elaboración del presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD.
Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud
Instituto Nacional de Cancerología
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Hospital General de México

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
Hospital Central Militar

COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLEAR Y SALVAGUARDIAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI

INSTITUTO DE FISICA DE LA UNAM

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Hospital Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

ASESORES EN RADIACIONES, S.A.

ASOCIACION MEXICANA DE FISICA MEDICA.

CORPORATIVO ONCOLOGIA RADIOTERAPIA Y RADIOCIRUGIA, S.A. DE C.V. (CORR)

GARANTIA DE CALIDAD EN LA APLICACION DE RADIACIONES, S.C.

HOSPITAL ANGELES UNIDAD LOMAS

HOSPITAL MEDICA SUR

HOSPITAL SAN JAVIER, S.A. DE C.V., GUADALAJARA, JALISCO.

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
4. Definiciones y abreviaturas
5. Requisitos
6. De las características y funciones del personal
7. Concordancia con normas internacionales
8. Bibliografía
9. Vigilancia
10. Vigencia

0. Introducción

En la población mexicana, las enfermedades neoplásicas se han constituido en una importante causa de morbi-mortalidad, ya que las tendencias epidemiológicas muestran un crecimiento constante. Se estima que más de la mitad de los pacientes con enfermedades neoplásicas, requerirán en algún momento de terapia con radiación ionizante. El empleo de distintas modalidades de radioterapia permiten la cura de casos específicos, coadyuvancia en otro tipo de terapia y también paliación para las citadas enfermedades.

Por ello, es fundamental ofrecer de manera segura y específica el tratamiento con radiación, por lo que los servicios de radioterapia deberán reunir una serie de condiciones en las instalaciones, los equipos y el personal que labora en ellos.

En la actualidad, la radioterapia se ha convertido en una especialidad interdisciplinaria y cada vez emplea técnicas y equipos más complejos en sus tratamientos, los cuales requieren procedimientos que aseguren mayores condiciones de calidad en la atención que brindan a los pacientes, así como de protección

radiológica al personal ocupacionalmente expuesto y al público que acude a las unidades en que se otorgan estos servicios.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto, establecer los criterios para el funcionamiento de los servicios de teleterapia y braquiterapia, que se proporcionan en establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, para asegurar una radioterapia con calidad y seguridad a los pacientes y proteger al personal ocupacionalmente expuesto, al público y en general al medio ambiente, de posibles riesgos derivados del uso de la radiación ionizante.

2. Campo de aplicación

Las disposiciones de esta Norma Oficial Mexicana, son de observancia obligatoria para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, donde se presten servicios de radioterapia, así como para el propietario, responsable sanitario, personal profesional y técnico que labora en ellos. Esta Norma no aplica a los establecimientos en los que únicamente se brinden tratamientos con radiación ionizante proporcionada con fuentes abiertas, como las utilizadas en medicina nuclear.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de la presente Norma, es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-012-STPS-1999, Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, usen, manejen, almacenen o transporten fuentes de radiaciones ionizantes.

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-026-STPS-1998, Colores y señales de seguridad e higiene e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.

3.3. Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-1999, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

3.4. Norma Oficial Mexicana NOM-031-NUCL-1999, Requerimientos para la calificación y entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

3.5. Norma Oficial Mexicana NOM-032-NUCL-1997, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia que utilizan material radiactivo.

3.6. Norma Oficial Mexicana NOM-033-NUCL-1999, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia. Aceleradores lineales.

3.7. Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

4. Definiciones y abreviaturas

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entenderá por:

4.1. Blindaje: Barrera que permite reducir la intensidad de la radiación ionizante.

4.2. Braquiterapia: Es la forma de radioterapia donde las fuentes radiactivas se sitúan en la vecindad del tumor a tratar o en su interior.

4.3. Dosis absorbida: La energía depositada por la radiación ionizante en la materia por unidad de masa. Técnicamente la dosis absorbida, D, se define como el cociente de dE/ dm, donde dE es la energía promedio depositada por la radiación ionizante en una masa, dm. La unidad de medida es el Gray.

4.4. Equivalente de dosis: Con fines de protección radiológica se ha encontrado conveniente introducir una magnitud física que correlaciona la dosis absorbida con los efectos deletéreos más importantes de la exposición a la radiación, en particular con los efectos estocásticos tardíos. El equivalente de dosis es

la cantidad que resulta de la ecuación: H = DQN, donde D, es la dosis absorbida en Gray; Q, es el factor de calidad y N, es el producto de todos los demás factores modificantes, tomando por ahora un valor para N igual a la unidad. La unidad para el equivalente de dosis es el Sievert.

4.5. Establecimiento de radioterapia: El que alberga un conjunto de recursos físicos, tecnológicos y humanos dedicados a actividades terapéuticas que utilizan radiación ionizante para el tratamiento de neoplasias malignas y algunas entidades clínicas benignas.

4.6. Médico radioterapeuta: El médico cirujano con certificado vigente de la especialidad relacionada con la radioterapia y expedido por el Consejo correspondiente o por una institución educativa competente, que realiza los tratamientos de radioterapia.

4.7. Memoria analítica: Documento que contiene los cálculos de blindaje necesarios para las áreas donde son utilizadas radiaciones ionizantes, de acuerdo con la normatividad vigente de protección radiológica, y que garantiza la protección del personal ocupacionalmente expuesto y público que se encuentra dentro y fuera de dichas áreas.

4.8. Personal ocupacionalmente expuesto: Aquel que en ejercicio y con motivo de su ocupación, está expuesto a radiación ionizante o a la incorporación de material radiactivo. Se excluye a los trabajadores que ocasionalmente en el curso de su trabajo quedan expuestos a este tipo de radiaciones, siempre que el equivalente de dosis efectiva anual que reciban, no exceda el límite establecido en el reglamento para el público.

4.9. Radiación ionizante: Toda radiación electromagnética o corpuscular capaz de producir iones directa o indirectamente, debido a su interacción con la materia.

4.10. Teleterapia: Forma de radioterapia a distancia, que utiliza radiación ionizante proveniente de un equipo especialmente diseñado para tal efecto.

4.11. Zona controlada: La zona sujeta a supervisión y controles especiales, con fines de protección radiológica.

4.12. Abreviaturas:

Gy: Gray

Sv: Sievert

POE: Personal ocupacionalmente expuesto

cGy: Centigray

5. Requisitos

5.1. Del establecimiento de radioterapia.

5.1.1. Cuando el establecimiento de radioterapia esté integrado o ligado a un hospital, formará parte de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, en su caso, se coordinará con el servicio de oncología del hospital o apoyará a otros servicios de oncología existentes en el área de influencia.

5.1.2. De acuerdo con el nivel resolutivo, el establecimiento contará únicamente con servicio de teleterapia o con servicio de braquiterapia y los de mayor nivel resolutivo, podrán contar con ambos servicios.

Cuando el establecimiento de radioterapia no disponga de alguno de los servicios descritos, deberá contar con convenios de apoyo, celebrados con otro establecimiento de radioterapia que sí cuente con el servicio faltante, permitiendo referir a los pacientes que lo requieran y así brindar una atención integral.

5.1.3. El establecimiento de radioterapia debe reunir las características siguientes:

5.1.3.1. Contar con la señalización que indique la presencia de radiación ionizante, de acuerdo con la NOM-026-NUCL-1999, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

5.1.3.2. Tener una zona de amortiguamiento entre las paredes externas de las unidades de teleterapia y braquiterapia, con los limites de casas o edificios destinados al uso de casa habitación.

5.1.4. Para la construcción de un establecimiento de radioterapia o de alguno de sus servicios: braquiterapia o teleterapia, se deberá cumplir con la normatividad correspondiente.

5.1.5. En el establecimiento se tomarán en cuenta las especificaciones de infraestructura, que permitan a las personas con discapacidad el acceso, tránsito y uso del establecimiento, de acuerdo con lo especificado en la NOM-233-SSA1-2003, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

5.1.6. El establecimiento de radioterapia contará con las áreas físicas de apoyo siguientes: sala de espera, consultorios, vestidores, sanitarios y las áreas sustantivas de tratamiento de acuerdo al nivel resolutivo.

5.1.7. Se elaborará anualmente un programa de entrenamiento para los casos de emergencias radiológicas que pudieran presentarse en cualquiera de los servicios y se mantendrá en condiciones operativas realizando cuando menos un simulacro de contingencia radiológica al año.

5.1.8. Cuando en el establecimiento ocurra un accidente radiológico, el permisionario, el responsable de seguridad radiológica o el POE, deberá notificar a través de un reporte escrito, a la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias sobre los hechos ocurridos, en los términos del Título Noveno, Capítulo I del Reglamento de Seguridad Radiológica.

5.2. De la teleterapia.

5.2.1. Para la operación de este servicio es imprescindible contar con médico radioterapeuta y;

5.2.2. Profesional en física aplicada al uso médico de las radiaciones ionizantes o físico médico, ya sea de tiempo completo, parcial o subrogado.

5.2.3. El profesional en física aplicada al uso médico de las radiaciones ionizantes, es el responsable de que los procedimientos de control de calidad se lleven a cabo y deberá comprobar y avalar con su firma, los registros de las pruebas diarias que confirmen el funcionamiento adecuado de los equipos de tratamiento y de los sistemas de seguridad instalados en cada uno de ellos.

5.2.4. También debe comprobar, dejando constancia en las guías de supervisión diarias, el funcionamiento adecuado de los dispositivos visuales y audibles de advertencia de inicio o permanencia del tratamiento en la consola de control y los accesos al cuarto de tratamiento; el funcionamiento adecuado de los indicadores de los parámetros de tratamiento, tales como ángulo de gantry y cabezal y el tamaño del campo.

5.2.5. Los servicios de teleterapia deben contar con un procedimiento rutinario de supervisión con guías elaboradas por la unidad, que contenga como mínimo lo dispuesto en las NOM-032-NUCL-1997, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia que utilizan material radiactivo y NOM-033-NUCL-1999, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia. Aceleradores lineales.

5.2.6. El área de teleterapia deberá tener las características siguientes: ubicación accesible a la sala de espera; una superficie interior definida por las guías mecánicas señaladas por el fabricante del equipo, sin considerar los espacios destinados a los laberintos de acceso; un espacio independiente para el control de mando; las puertas y los pasillos de acceso tendrán un claro mínimo de 1.20 m, para que transiten con facilidad camillas y sillas de ruedas y se garanticen el mantenimiento y sustitución futura del equipo.

5.2.7. El equipo de teleterapia, debe contar con un sistema audiovisual que permitan la vigilancia del paciente durante el tratamiento y cuando el equipo utilice fuente radiactiva, contará además con un detector de área permanente, calibrado para que al estar la fuente en posición de exposición, se active una señal

visual y acústica. Contará también con dispositivo que interrumpa automáticamente la emisión de radiación cuando por cualquier motivo se abran las puertas de acceso del cuarto de tratamiento.

5.2.8. La memoria analítica de la sala de teleterapia, deberá estar de acuerdo con la guía mecánica del equipo y cualquier cambio de equipo, posición y colindancias, requiere del cálculo correspondiente y de nueva autorización, mediante el trámite de modificación de licencia de operación y aviso a la autoridad sanitaria correspondiente, mediante escrito libre.

5.2.9. La radiación de fuga del cabezal a un metro de distancia, no debe ser mayor a 0.1% de la radiación emitida a un metro sobre el eje central del haz primario.

5.2.10. La consola de control contará con un dispositivo, que permita la interrupción inmediata del tratamiento cuando el operador advierta una condición insegura de funcionamiento. El área de control debe contar con una señal visual y audible que se active al inicio de la emisión de la radiación y se suspenda en el momento en que la emisión se detiene o cuando la fuente se encuentre en su posición de seguridad. El acceso al área de tratamiento deberá contar con una señal luminosa que indique la presencia de radiaciones ionizantes en el interior de la misma.

5.2.11. Para las unidades de cobalto 60 adquiridas a partir de la vigencia de esta Norma, la distancia mínima de la fuente al isocentro será de 80 cm. y la rapidez de dosis mínima de 50 cGy/min, para un campo de 10 cm x 10 cm a la distancia fuente isocentro.

5.2.12. Para la autorización de importación de equipos usados, se considerará el historial de mantenimiento, condiciones de funcionamiento de los equipos en cumplimiento de las NOM-032-NUCL-1997, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia que utilizan material radiactivo y NOM-033-NUCL-1999, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia. Aceleradores lineales.

5.2.13. En teleterapia, se debe contar con equipo computarizado propio o subrogado para la planeación de los tratamientos. En el caso de la radiocirugía, radioterapia estereotáctica, radioterapia conformacional y radioterapia de intensidad modulada, es indispensable contar con equipos de planeación que garanticen la precisión en el tratamiento de cada paciente, a partir de imágenes en tercera dimensión obtenidas por Tomografía Axial Computarizada o Resonancia Magnética y remitidas al área de planeación a través de medios electrónicos, magnéticos, ópticos, magneto ópticos u otros de calidad y precisión similares.

5.2.13.1. Cuando se cuente con simulador, deberá estar accesible a los servicios de braquiterapia y teleterapia, se respetará el espacio, blindaje y ventilación que determine la guía mecánica del aparato de localización o de rayos X adaptado. Dispondrá además de un espacio independiente para el control de mando. La puerta de acceso tendrá un ancho mínimo de 90 cm, para que transiten con facilidad camillas y sillas de ruedas y se garantice el mantenimiento y sustitución futura del equipo.

5.2.14. Cuando el establecimiento de teleterapia no disponga de un simulador o aparato de rayos X adaptado para tal fin, deberá suscribir convenios de apoyo con otro establecimiento que cuente con este recurso.

5.2.15. El área de terapia superficial deberá estar ubicada en la zona de radioterapia; contará con una superficie mínima de 12 m², incluyendo el área de control; el blindaje estará calculado de acuerdo a la memoria analítica.

5.2.16. Durante el tratamiento de teleterapia, para la protección de los pacientes y el POE, se deberá tener como mínimo lo siguiente: sistemas de registro u hojas de planeación, en los que se consigne la dosis total planeada y diaria en el tumor, número de sesiones por día y por semana, dosis aplicada, verificados cuando menos por: profesional en física aplicada al uso médico de las radiaciones ionizantes y médico radioterapeuta. El técnico radioterapeuta anotará la fecha del tratamiento, la dosis administrada y firmará el registro u hoja de planeación. El primer día de tratamiento se realizará la supervisión por parte del médico radioterapeuta, anotando la fecha, su conformidad y firmando el registro u hoja de planeación.

5.2.17. Para las unidades generadoras de radiaciones ionizantes, del tipo acelerador lineal o con fuentes de cobalto 60, que cuenten con dispositivos para la realización de procedimientos en: radiocirugía, radioterapia estereotáctica, radioterapia de intensidad modulada y radioterapia conformacional, es imprescindible para su operación, que cuenten con un médico radioterapeuta.

5.2.17.1. Además, dichas unidades deberán contar con un profesional en física aplicada al uso médico de las radiaciones ionizantes, de tiempo completo.

5.2.17.2. También deberán contar con la presencia de un neurocirujano, cuando se utilice el equipo en neurología.

5.2.18. Con el objeto de asegurar el posicionamiento e inmovilización correcta del paciente, el médico radioterapeuta deberá, de acuerdo al caso, utilizar alguno de los siguientes elementos: rampas, sistemas de fijación termoplástico, colchones deformables o corchos bucales para tal efecto, así como los sistemas de protección requeridos para el tratamiento.

5.2.19. La instalación de teleterapia con acelerador lineal, deberá contar con el equipo de dosimetría clínica adecuado, de acuerdo a la NOM-033-NUCL-1999, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de teleterapia. Aceleradores lineales.

5.3. De la braquiterapia.

5.3.1. Para la operación de este servicio es imprescindible contar con médico radioterapeuta;

5.3.1.1. En el caso de la técnica de baja tasa de dosis, el médico radioterapeuta es la única persona autorizada para prescribir y colocar los accesorios adecuados, aplicar y retirar el material radiactivo a los pacientes. Los médicos en etapa de formación, únicamente podrán realizar procedimientos bajo la supervisión y tutela del médico responsable.

5.3.1.2. También deberá contar con un profesional en física aplicada al uso médico de radiaciones ionizantes, ya sea de tiempo completo, parcial o subrogado.

5.3.1.3. Se prohíbe el uso de Radio 226 en braquiterapia

5.3.2. El área de braquiterapia de baja tasa de dosis, deberá contar con los siguientes espacios: zona controlada para cuarto de guarda de material radiactivo y camas de hospitalización con instalaciones; cumplir con el blindaje específico de acuerdo a los cálculos de la memoria analítica, contar con un equipo detector de área de radiación gamma con alarma sonora, calibrado a una escala tal que detecte la salida del material radiactivo, fuera del área controlada del cuarto de aplicación con que cuente el establecimiento.

5.3.2.1. Toda área de braquiterapia, contará con un aparato o sistema de localización.

5.3.2.2. En el área se contará con un mueble-tarja para lavado del instrumental utilizado por los especialistas como apoyo en la colocación del material radiactivo.

5.3.2.3. El servicio de braquiterapia deberá contar con un detector de radiaciones G-M portátil permanentemente. Este equipo se calibrará anualmente o antes si es necesario.

5.3.3. El material radiactivo para uso en braquiterapia se almacenará en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de la braquiterapia; contando con mesa de trabajo de material resistente, para soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo. En este lugar, se prepararán las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.

5.3.3.1. Siempre deberá estar disponible la bitácora con el registro del material radiactivo del cuarto de guarda; la bitácora deberá contener la siguiente información actualizada a la salida de las fuentes: fecha de salida, distribución en cada paciente, ubicación física de cada paciente; al regreso de las fuentes: fecha de entrada, distribución de fuentes recibidas, número de cuarto o cama de hospitalización de donde procede. Esta bitácora permitirá llevar además, el inventario de las fuentes, actualizándose por recepción de nuevas fuentes o desecho de otras.

5.3.3.2. Dentro de la zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se deberá contar con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación.

5.3.4. Cuando se utiliza carga manual, el material radiactivo utilizado en la braquiterapia, únicamente se aplicará en las áreas específicas autorizadas en la licencia de operación, manteniendo ahí al paciente hasta el retiro del material radiactivo, cuando la aplicación sea temporal. Los contenedores de transporte de material radiactivo deben permanecer en el área de pacientes en tratamiento de braquiterapia, para colocar aquellas fuentes que fueran expulsadas voluntaria o involuntariamente del área de aplicación.

5.3.5. Las fuentes radiactivas asociadas a accesorios para su implante deberán estar sujetas a un control estricto para su uso y almacenamiento. Los accesorios deberán ser apropiados para aplicar los tratamientos intracavitarios e intersticiales.

5.3.6. Cuando se utilice braquiterapia con carga diferida a control remoto, previo a la colocación de las fuentes en el paciente, se realizará un estudio radiográfico para determinar la posición adecuada de las mismas dentro del paciente; la aplicación se llevará a cabo por medio de equipos autoblindados que permitan manipular las fuentes radiactivas a control remoto, éstos requerirán de un cuarto diseñado y construido especialmente para el tratamiento; en caso de no existir, puede ubicarse en el cuarto de tratamiento de teleterapia, el cual deberá cumplir con los blindajes requeridos para este uso, así como los elementos de seguridad para su funcionamiento.

5.3.7. En braquiterapia, se deberá contar con equipo computarizado para la planeación de los tratamientos, ya sea propio o subrogado.

6. De las características y funciones del personal

6.1. Todo personal profesional y técnico que labore en un establecimiento de radioterapia, deberá conocer y observar lo establecido en el marco legal vigente que rige las funciones y actividades tanto del personal como del establecimiento.

6.1.1. El POE contará con dosímetros personales con una capacidad mínima similar a la de los dosímetros termoluminiscentes. En el caso de braquiterapia manual, el personal que maneje fuentes radiactivas contará además con dosímetros de anillo.

6.2. Del encargado de la seguridad radiológica:

6.2.1. Debe designar al responsable del cuarto de guarda de material radiactivo, que será quien controle el movimiento de las fuentes de braquiterapia y mantenga actualizado el inventario del material radiactivo almacenado.

6.3. Del médico radioterapeuta:

6.3.1. Es el responsable de los tratamientos, así como de establecer el tipo e intensidad de los procedimientos y las técnicas de radioterapia, de supervisar la operación del servicio, de establecer y aplicar los programas de seguridad e higiene y de adiestramiento y capacitación al personal técnico en los métodos y técnicas de radioterapia, de conformidad con lo establecido en las normas oficiales mexicanas: NOM-012-STPS-1999, Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, usen, manejen, almacenen o transporten fuentes de radiaciones ionizantes y NOM-031-NUCL-1999, Requerimientos para la calificación y entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes;

6.3.2. En su caso, fungirá como responsable de la seguridad radiológica, de acuerdo con las disposiciones que establece la NOM-026-NUCL-1999, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

6.4. Del profesional en física aplicada al uso médico de las radiaciones ionizantes:

6.4.1. Deberá tener nivel de licenciatura en ciencias físicas o matemáticas o ingeniería y cédula profesional expedida por la autoridad educativa competente.

6.4.2. Haber recibido capacitación teórica en los conceptos y técnicas de la física de radiaciones ionizantes aplicadas a la medicina y entrenamiento práctico en la aplicación clínica de la radioterapia.

6.4.3. Es el responsable de calibrar los equipos de teleterapia, elaborar y supervisar los programas de control de calidad y de mantenimiento de los equipos y de las fuentes generadoras de radiaciones ionizantes, así como de realizar la dosimetría clínica en los servicios de teleterapia y braquiterapia;

6.4.4. Junto con el médico radioterapeuta, deberá elaborar y revisar los cálculos de las dosis terapéuticas, supervisar la planeación de los tratamientos y la fabricación de los modificadores del haz de radiación;

6.5. Del técnico radioterapeuta o radiólogo:

6.5.1. Deberá tener capacitación teórica y entrenamiento práctico en la aplicación clínica de la radioterapia, diploma de la actividad técnica que desempeña y cédula, expedidos por la autoridad educativa competente.

6.5.2. Con base en las indicaciones del médico radioterapeuta, deberá preparar el equipo y los accesorios para ministrar el tratamiento al paciente, así como operar el equipo de radiación ionizante.

6.5.3 Dará aviso al médico radioterapeuta, sobre cualquier incidente que se presente en el paciente durante el tratamiento con radiación ionizante.

6.6. El establecimiento deberá proporcionar por lo menos una vez al año, capacitación y actualización al personal de enfermería que trabaje en braquiterapia de baja tasa de dosis, para el manejo de pacientes expuestos a radiación ionizante.

7. Concordancia con normas internacionales

La presente Norma Oficial Mexicana no tiene concordancia con ninguna norma internacional.

8. Bibliografía

8.1. Ley General de Salud.

8.2. Ley Reglamentaria del artículo 27 Constitucional en Material Nuclear. Reglamento General de Seguridad Radiológica.

8.3. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Protección Contra la Radiación Ionizante de Fuentes Externas Utilizadas en Medicina.

8.4. Unidades de Medida de la Radiactividad, http://caebis.cnea.gov.ar/IdEN/CONOC_LA_ENERGIA_NUC/ CAPITULO_1_Difusion/ EL_TEMA_NUCLEAR/Unidades_de%20medida_de_la_radiactividad.htm.

8.5. INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, Manual on High Energy Teletherapy, IAEA-PRSM-4 (Rev. 1), IAEA, Vienna, 1996.

8.6. INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, Manual on Brachitherapy, IAEA-PRSM-5 (Rev.1), IAEA, Vienna, 1996.

8.7. Organismo Internacional de Energía Atómica, Organización Internacional del Trabajo...otros, Guía de Seguridad, Evaluación de la Exposición Ocupacional Debida a Incorporaciones de Radionucleidos. Colección Seguridad, No. RS-G-12, noviembre 2002, STI/PUB/1077.

8.8. http://www-ns.iaea.org/downloads/standards/provisional-rs-g-1.2.pdf.

8.9. http-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1096s_web.pdf.

9. Vigilancia de la norma

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma Oficial Mexicana, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia de la norma

10.1. Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a los 60 días, contados a partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente Norma Oficial Mexicana, deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA2-1993, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre de 1994.

México, D.F., a 9 de febrero de 2009.- La Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Maki Esther Ortiz Domínguez**.- Rúbrica.

10.3 Lista de correos electrónicos



Correo de Outlook

Buscar en Correo y Contactos

Carpetas
- Bandeja de entrada
  - coord. normativa
  - normatividad
- Correo no deseado
- Borradores
- Elementos enviados
- Elementos eliminados
- 003
- 006 anestesia
- 007 lab clinicos
- 237
- Archivo
- coord.normativa
- LEC
- Imp
- nom lab
- turismo

Nuevo | Eliminar Archivar Correo no deseado | Limpiar Mover a

PUBLICACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008 SOBREPESO Y OBESIDAD

DC Dr. Victor Cortes Responder |

MA. EUGENIA VELASCO CONTRERAS (maria.velasco@ims +45 destinatarios

NOM-008-OBESIDAD...
60 KB
Descargar Guardar en OneDrive - Personal

Agosto 4 de 2010.

DISTINGUIDOS INTEGRANTES DEL
GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL
DE LA NOM-008-SOBREPESO Y OBESIDAD

En cumplimiento de los acuerdos y compromisos establecidos en las reuniones de trabajo del grupo, anexo les envío el archivo electrónico con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicada el día 04 de agosto de 2010 en el Diario Oficial de la Federación.

Sin otro particular, me es grato enviarles un cordial saludo.

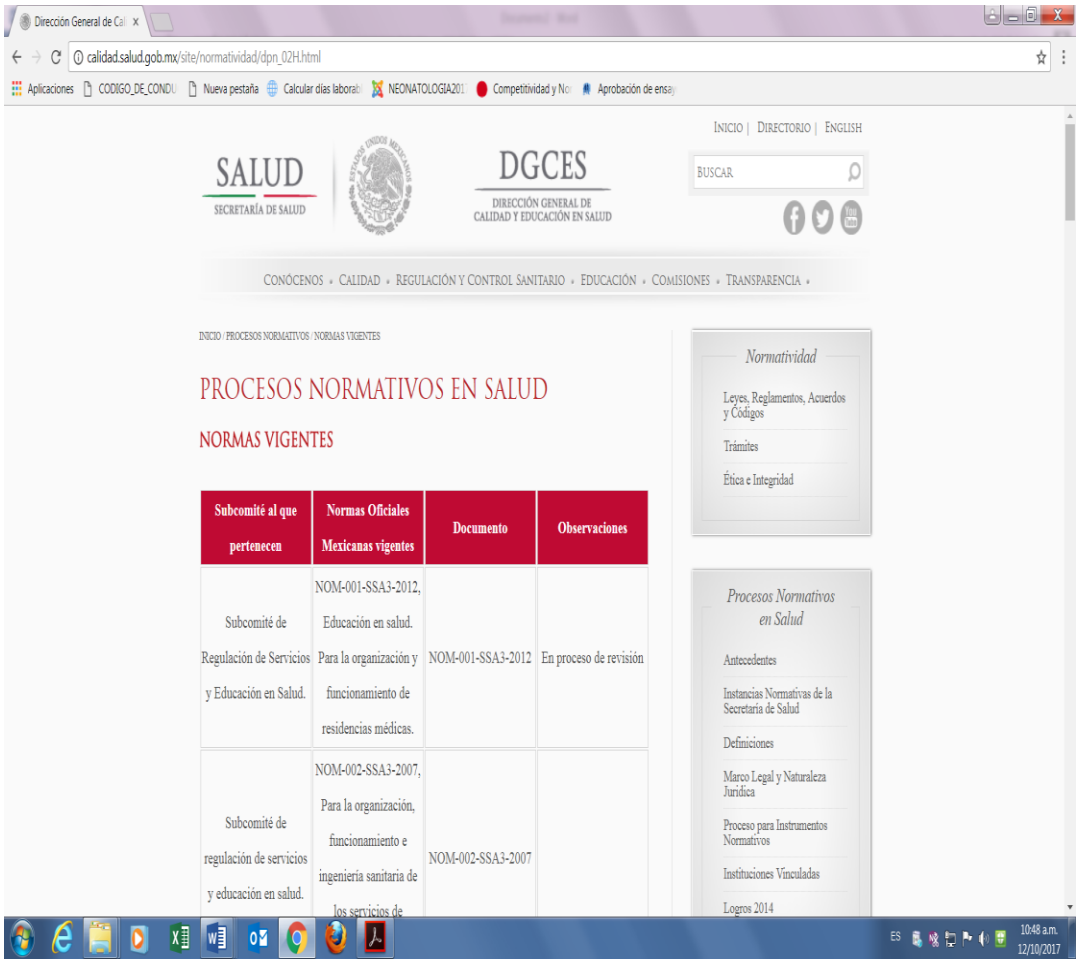
Atentamente

La Coordinación Técnica
GTI-NOM-008 SOBREPESO Y OBESIDAD

José Luis Cantón...

Escaleras Construcen
¿Buscas Escale de Diseño? Ent Inmediatas. ¡Consulta Ya!
Escaleras - Construcci

10.4Diseño de actualización para la página web.



78. PROCEDIMIENTO PARA DISEÑAR E INSTRUMENTAR LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA SU DIFUSIÓN EN MEDIOS IMPRESOS, MAGNÉTICOS Y ELECTRÓNICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Diseñar y elaborar lineamientos normativos para su difusión en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, a través de medios impresos, magnéticos y electrónicos con el objeto de coadyuvar en la misión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establece lineamientos e instrumentos de rectoría; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, gestiona la incorporación de Lineamientos Normativos en Materia de Atención Médica en la página WEB de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, solicita los lineamientos normativos en materia de atención médica para su difusión en medios impresos, magnéticos y electrónicos; el Departamento de Coordinación Normativa elabora los lineamientos normativos en materia de atención médica para su difusión.

2.3 A nivel externo:

El Procedimiento es aplicable a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales, de los sectores social y privado, que prestan servicios de atención médica y asistencia social

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en materia de servicios de atención médica.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la atribución de establecer lineamientos e instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica, así como promover su cumplimiento.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de gestionar la incorporación de Lineamientos Normativos en Materia de Atención Médica en la página WEB de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.4 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de solicitar los lineamientos normativos en materia de atención médica para su difusión en medios impresos, magnéticos y electrónicos.

3.5 El Departamento de Coordinación Normativa es responsable de elaborar los lineamientos normativos en materia de atención médica para su difusión.

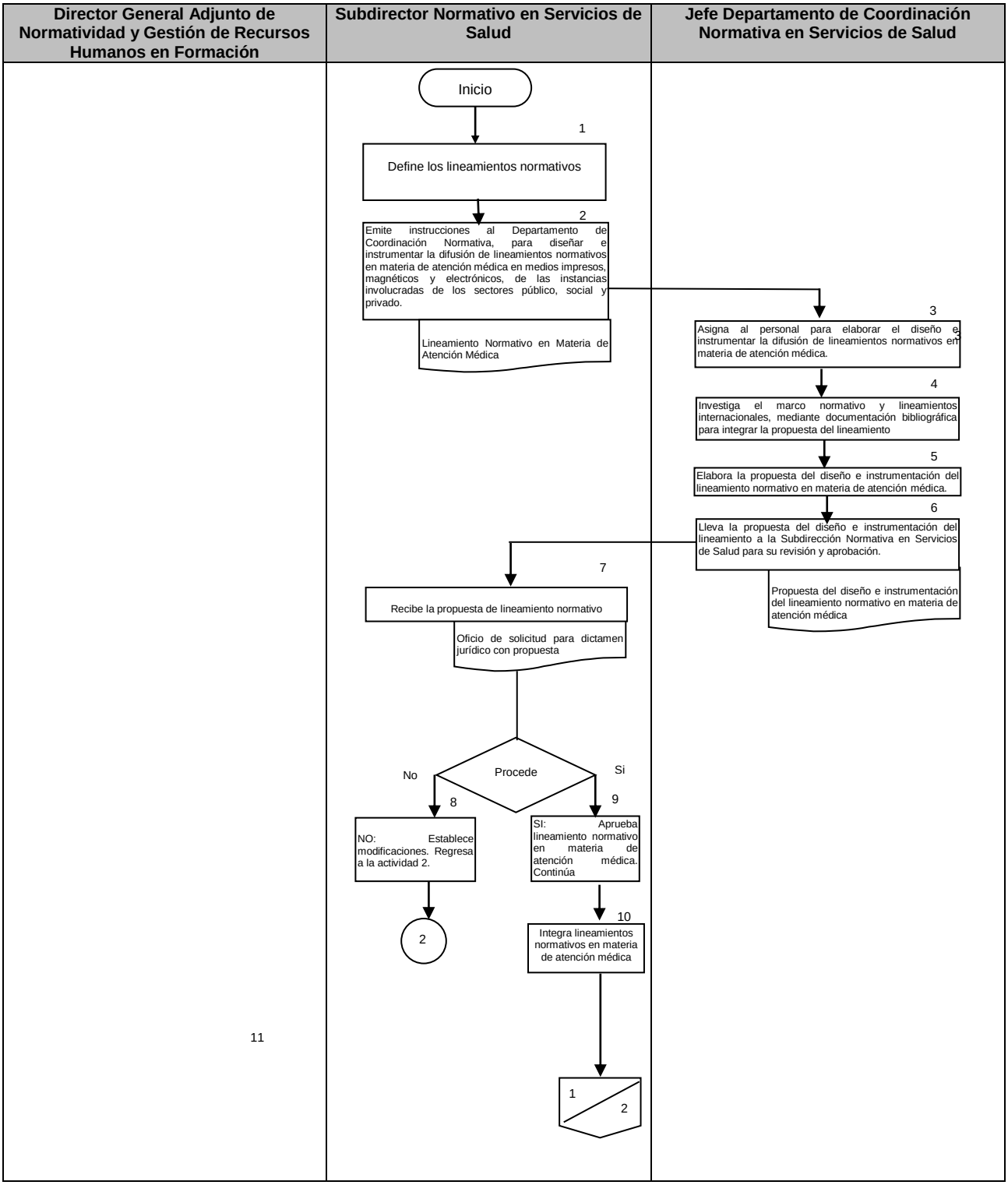
3.6 Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación. Autoriza las gestiones requeridas para incorporar los lineamientos normativos en materia de atención médica en la página WEB de la DGCES, con el Departamento de Sistemas de Información.

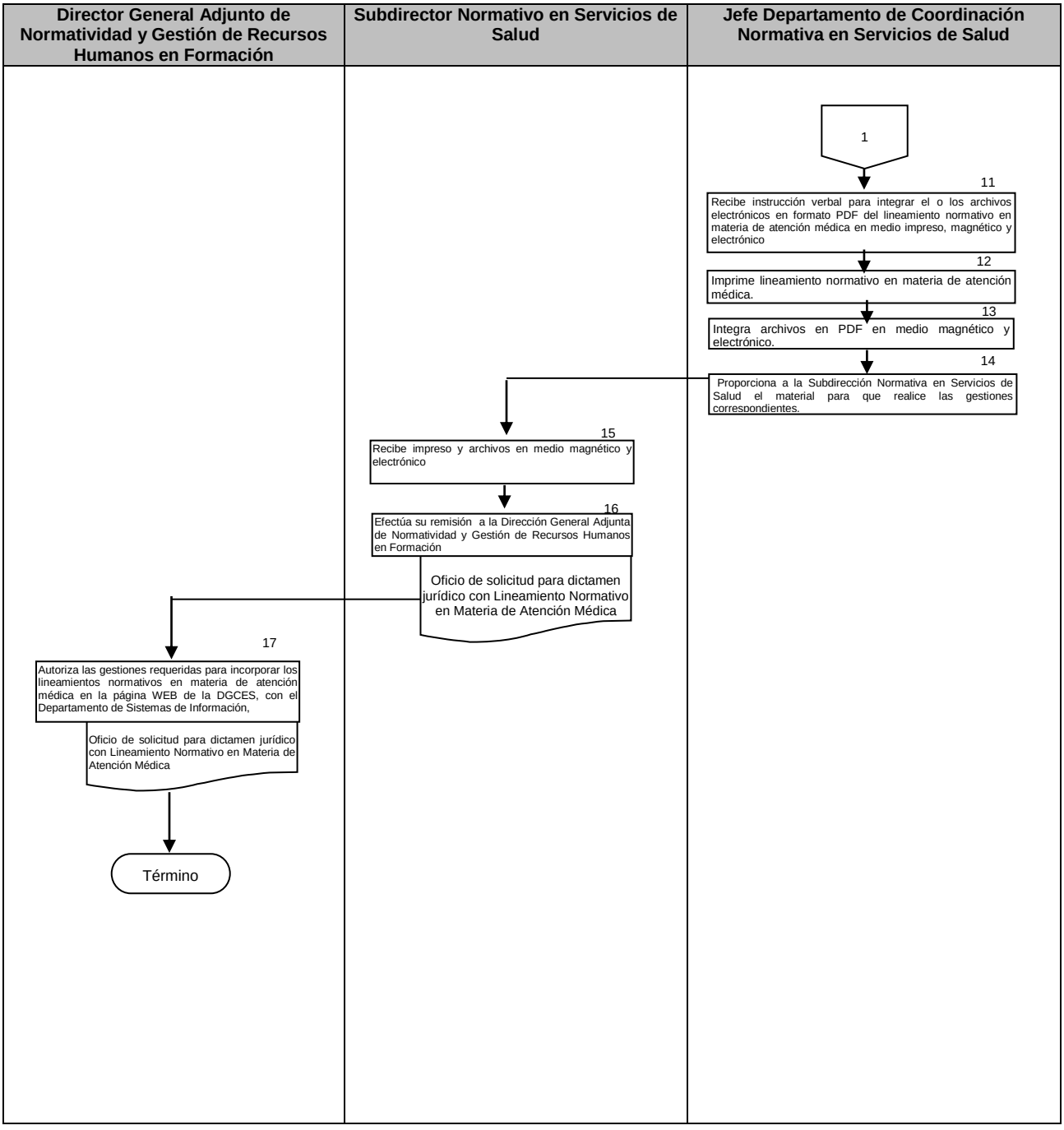
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Define Lineamientos normativos en materia de atención médica.	Lineamiento normativo en materia de atención médica
	2	Emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa, para diseñar e instrumentar la difusión de lineamientos normativos en materia de atención médica en medios impresos, magnéticos y electrónicos, de las instancias involucradas de los sectores público, social y privado.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa de Servicios de Salud	3	Asigna al personal para elaborar el diseño e instrumentar la difusión de lineamientos normativos en materia de atención médica.	
	4	Investiga el marco normativo y lineamientos internacionales, mediante documentación bibliográfica para integrar la propuesta del lineamiento.	
	5	Elabora la propuesta del diseño e instrumentación del lineamiento normativo en materia de atención médica.	Propuesta del diseño e instrumentación del lineamiento normativo en materia de atención médica
	6	Lleva la propuesta del diseño e instrumentación del lineamiento a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	7	Supervisa y analiza la propuesta de diseño e instrumentación del lineamiento normativo en materia de atención médica. Procede:	
	8	NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 2.	Lineamiento normativo en materia de atención medica final.
	9	SI: Aprueba lineamiento normativo en materia de atención médica. Continúa procedimiento	
	10	Emite instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa para integrar el o los archivos electrónicos en formato PDF del lineamiento normativo en materia de atención médica en medio impreso, magnético y electrónico.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe Departamento de Coordinación Normativa de Servicios de Salud	11	Recibe instrucción verbal para integrar el o los archivos electrónicos en formato PDF del lineamiento normativo en materia de atención médica en medio impreso, magnético y electrónico	Lineamientos normativos en materia de atención médica en medios impresos, magnéticos y electrónicos
	12	Imprime lineamiento normativo en materia de atención médica.	
	13	Integra archivos en PDF en medio magnético y electrónico.	
	14	Proporciona a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud el material para que realice las gestiones correspondientes.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	15	Recibe impreso y archivos en medio magnético y electrónico	Archivos en medio impreso, magnético y electrónico
	16	Efectúa su remisión a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	17	Autoriza las gestiones requeridas para incorporar los lineamientos normativos en materia de atención médica en la página WEB de la DGCES, con el Departamento de Sistemas de Información, **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Actualización de la página WEB

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
1
11
Recibe instrucción verbal para integrar el o los archivos electrónicos en formato PDF del lineamiento normativo en materia de atención médica en medio impreso, magnético y electrónico
12
Imprime lineamiento normativo en materia de atención médica.
13
Integra archivos en PDF en medio magnético y electrónico.
14
Proporciona a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud el material para que realice las gestiones correspondientes.
15
Recibe impreso y archivos en medio magnético y electrónico
16
Efectúa su remisión a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Oficio de solicitud para dictamen jurídico con Lineamiento Normativo en Materia de Atención Médica
17
Autoriza las gestiones requeridas para incorporar los lineamientos normativos en materia de atención médica en la página WEB de la DGCES, con el Departamento de Sistemas de Información,
Oficio de solicitud para dictamen jurídico con Lineamiento Normativo en Materia de Atención Médica
Término

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lineamiento	2 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Lineamiento Normativo: Descripción del procedimiento que permite a los profesionales de la salud orientar su práctica médica.

8.2 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lineamientos para difusión

10.2 Oficio de solicitud para dictamen jurídico con propuesta

10.1 Lineamientos para difusión

Segunda Sección — Miércoles de 8 de marzo de 2017

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos.

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 28 Bis, 240 y 250, de la Ley General de Salud; 64, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28, del Reglamento de Insumos para la Salud y 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho humano que tiene toda persona a la protección de su salud;

Que conforme a lo dispuesto por el artículo 39, fracción VII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, corresponde a la Secretaría de Salud, planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

Que el artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, señala los profesionales de la salud que pueden prescribir medicamentos, estableciendo que, tratándose de licenciados en Enfermería, éstos podrán prescribir, cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud, en tanto que, los pasantes en servicio social de las carreras de Medicina, Homeopatía, Cirujano Dentista, Medicina Veterinaria y Enfermería, así como los licenciados en Enfermería, podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría de Salud, y

Que atendiendo a lo anterior y con la finalidad de que los licenciados en Enfermería, así como los pasantes antes mencionados, se encuentren en posibilidad de prescribir medicamentos en términos de las disposiciones aplicables, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ÚNICO.- Se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos.

TRANSITORIO

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

Dado en la Ciudad de México, a los 28 días del mes de febrero de 2017.- El Secretario de Salud, José **Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

LINEAMIENTOS QUE CONTIENEN EL PROCEDIMIENTO Y LOS CRITERIOS A LOS QUE DEBERÁN SUJETARSE LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA, ASÍ COMO LOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL DE LAS CARRERAS REFERIDAS EN LOS NUMERALES 1 A 5, DEL ARTÍCULO 28 BIS, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO. Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer el procedimiento y los criterios para que los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras de Medicina, Homeopatía, Cirujano Dentista, Medicina Veterinaria y Enfermería puedan prescribir medicamentos.

SEGUNDO. Para efectos de los presentes Lineamientos se entenderá por:

I.- Atención primaria a la salud, al conjunto de servicios que se proporcionan, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de los individuos, en establecimientos de atención médica ambulatoria del sector público del Sistema Nacional de Salud;

II.- Pasante, al estudiante de una institución de educación superior, reconocido con tal carácter por la autoridad educativa competente, que cumple con los requisitos establecidos por las disposiciones jurídicas aplicables para prestar su servicio social, y

79. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER Y ELABORAR INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y ASISTENCIA SOCIAL

1. PROPÓSITO

1.1 Diseñar y elaborar instrumentos metodológicos dirigidos a la evaluación bajo criterios homogéneos del cumplimiento de la normatividad para establecimientos y prestadores de servicios de atención médica y de asistencia social en las Entidades Federativas**.**

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud propone los mecanismos e instrumentos de corroboración de la normatividad sanitaria vigente a las instancias revisoras; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a través de la Subdirección de Normativa en Servicios de Salud elabora, actualiza y modifica los mecanismos para la verificación del cumplimiento de la normatividad; el Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud: recibe instrucciones verbales y asigna personal para formalizar el trámite de envío de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación a las Entidades Federativas con los respectivos archivos en PDF y medio impreso. Recaba acuse de oficios de envío y archiva.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios para la adecuada interpretación y óptima aplicación del Marco Jurídico Sanitario para regular el desarrollo de las actividades de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos para la atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud propone los mecanismos e instrumentos de corroboración de la normatividad sanitaria vigente a las instancias revisoras, para que se supervise su cumplimiento en los establecimientos de atención médica y asistencia social.

3.3 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, a través de la Subdirección de Normativa en Servicios de Salud será la responsable de la elaboración, actualización y modificación de los mecanismos para la verificación del cumplimiento de la normatividad por parte de los prestadores de servicios en materia de atención médica y de asistencia social.

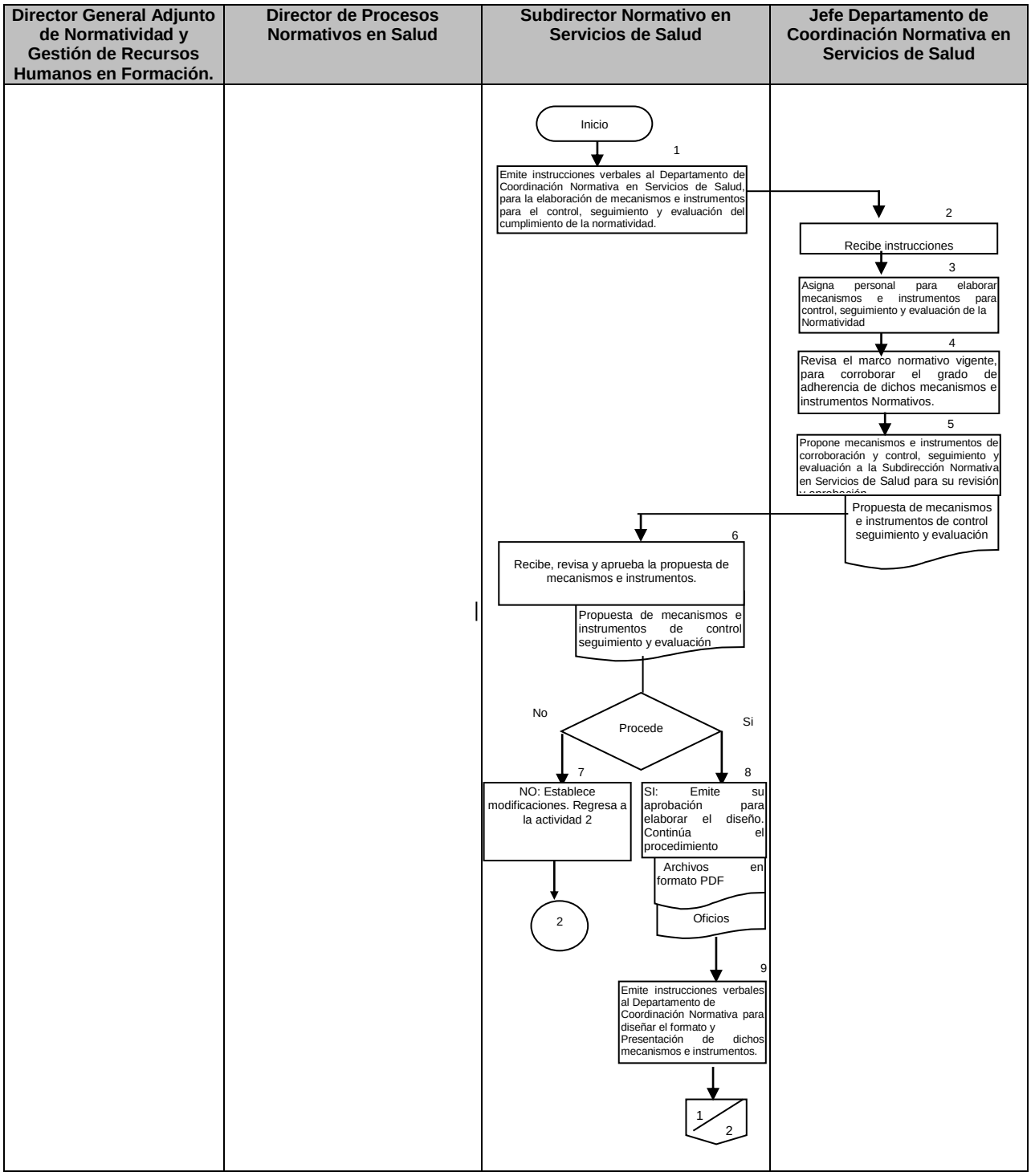
3.4 Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud. Recibe instrucciones verbales y asigna personal para formalizar el trámite de envío de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación a las Entidades Federativas con los respectivos archivos en PDF y medio impreso. Recaba acuse de oficios de envío y archiva.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

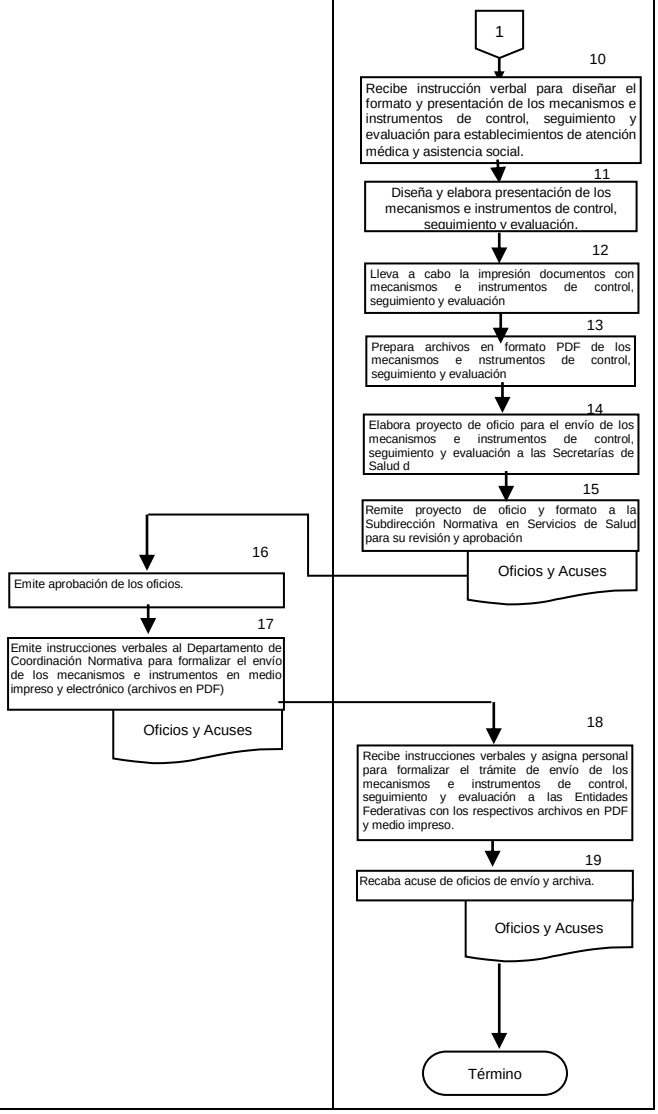
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Emite instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, para la elaboración de mecanismos e instrumentos para el control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de la normatividad.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	2 3 4 5	Recibe instrucciones Asigna personal para elaborar mecanismos e instrumentos para control, seguimiento y evaluación de la normatividad Revisa el marco normativo vigente, para corroborar el grado de adherencia de dichos mecanismos e Instrumentos Normativos. Propone mecanismos e instrumentos de corroboración y control, seguimiento y evaluación a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación.	Propuesta de mecanismos e instrumentos
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	6 7 8 9	Recibe y analiza los instrumentos normativos de Seguimiento, control y evaluación para establecimientos de atención médica y asistencia social. Procede: NO: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 2 SI: Emite su aprobación para elaborar el diseño. Continúa el procedimiento. Emite instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa para diseñar el formato y presentación de dichos mecanismos e instrumentos.	Mecanismos e instrumentos de corroboración final
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	10 11 12	Recibe instrucción verbal para diseñar el formato y presentación de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación para establecimientos de atención médica y asistencia social. Diseña y elabora presentación de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación. Lleva a cabo la impresión documentos con mecanismos	Mecanismos e instrumentos de control seguimiento y evaluación. Archivos en

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		e instrumentos de control, seguimiento y evaluación	formato PDF
	13	Prepara archivos en formato PDF de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación	Oficios
	14	Elabora proyecto de oficio para el envío de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación a las Secretarías de Salud de las entidades federativas.	
	15	Remite proyecto de oficio y formato a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	16	Emite aprobación de los oficios.	
	17	Emite instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa para formalizar el envío de los mecanismos e instrumentos en medio impreso y electrónico (archivos en PDF)	Oficios y acuses
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	18	Recibe instrucciones verbales y asigna personal para formalizar el trámite de envío de los mecanismos e instrumentos de control, seguimiento y evaluación a las Entidades Federativas con los respectivos archivos en PDF y medio impreso.	Oficios y acuses
	19	Recaba acuse de oficios de envío y archiva. **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lineamiento	2 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Lineamiento Normativo: Descripción del procedimiento que permite a los profesionales de la salud orientar su práctica médica.

8.2 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo del 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio a las entidades federativas, para participar en el proceso de evaluación

10.2 Instrumentos de control seguimiento y evaluación

10.1 Oficio a las entidades federativas, para participar en el proceso de evaluación

Oficio No.
México, D.F., a del 2013.

Asunto: Solicitud de cooperación con el proceso para la evaluación de Normas Oficiales Mexicanas SSA3.

DR.
Secretario de Salud del Estado
Gobierno del Estado de
P R E S E N T E

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la finalidad de promover, supervisar y evaluar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas a cargo del Comité Consultivo Nacional de Normalización e Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), ha diseñado un mecanismo que permita determinar el estado que guarda cada norma a su cargo de acuerdo al nivel técnico administrativo de responsabilidad dentro del sector salud, este mecanismo incluye una serie de actividades, como el llenado de formularios y cédulas de autoevaluación, que sirvan para elaborar un diagnóstico situacional a nivel nacional, así como actividades de coordinación e intercambio de información.

Para el desarrollo de las actividades, hemos considerado proponerle a usted, que el contacto y vínculo entre la DGCES y su Estado, sea el Líder Estatal de Calidad, tanto por el tipo, como por la naturaleza y propósito de las actividades, que no le representan una carga significativa de trabajo.

El Líder Estatal de Calidad fungirá como responsable para el desarrollo de las actividades en su nivel técnico administrativo de responsabilidad y a su vez se coordinara con el Líder Jurisdiccional de Calidad y su homólogo en las unidades de atención para la instrumentación de dichas actividades.

Adjunto al presente oficio se encuentra el Anexo Técnico para la instrumentación de la evaluación de las Normas Oficiales Mexicanas en comento, en el que se describen con mucho más detalle las actividades y su mecanismo de coordinación.
Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo, esperando su cooperación para el desarrollo exitoso de estas actividades.

A t e n t a m e n t e
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

10.2 Instrumentos de control seguimiento y evaluación

Anexo Técnico para la instrumentación del mecanismo de coordinación para la Evaluación de Normas Oficiales Mexicanas de atención médica.

- **Introducción**

Dentro de las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, otorgadas por el reglamento Interior de la Secretaria de Salud, que a la letra dice en su artículo 18 fracción II: …"evaluar su cumplimiento". Se diseña una metodología para evaluar las Normas Oficiales Mexicanas.

Esta metodología se encuentra centrada en el desarrollo de un diagnostico situacional, por cada nivel de técnico administrativo de responsabilidad.

- **Objetivo general**

Evaluar el conocimiento, difusión, aplicación y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas competencia de este subcomité del CCNDITIS, de acuerdo a los distintos niveles técnico administrativo del sector salud.

- **Objetivos específicos**
  1. Elaborar un Diagnostico situacional del estado que guardan las variables en evaluación de las NOM´s de atención médica.
  2. Proponer un modelo para la difusión y fomento del conocimiento de las NOM´s de atención médica.
  3. Contribuir con el cumplimiento de las NOM´s de atención médica.

- **Criterios de participación**

Las Normas Oficiales Mexicanas que serán consideradas en este año son:

- NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
- NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

80. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR ELEMENTOS TÉCNICOS QUE APOYEN LAS ACTIVIDADES DE ACTUALIZACIÓN Y ADECUACIÓN NORMATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Integrar información técnica, científica y legal que permita elaborar los fundamentos técnico-médicos y jurídico-sanitarios técnicos para apoyar los procesos de elaboración, actualización y adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, pertenecientes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad elabora, actualiza y adecua Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social, de los sectores público, social y privado lleva a cabo el proceso de elaboración; actualiza y adecua las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y su respectiva Manifestación de Impacto Regulatorio de conformidad; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, genera los criterios e instrucciones técnicos-médicos y jurídicos-sanitarios para elaborar los anteproyectos de NOM; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, revisa y analiza la información para elaborar la fundamentación técnico-médica y jurídico-sanitaria requerida para la NOM. Recibe y revisa el documento final. Lleva a cabo los ajustes del documento en proceso (NOM, MIR, etc.) con base en la información final validada.

:2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar, actualizar y adecuar Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social, de los sectores público, social y privado.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, debe llevar a cabo el proceso de elaboración, actualización y adecuación de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y su respectiva Manifestación de Impacto Regulatorio de conformidad con las disposiciones legales aplicables, cuidando que no rebase el objetivo y ámbito de aplicación de las mismas.

3.3 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de generar los criterios e instrucciones para llevar a cabo la fundamentación técnico-médica y jurídico-sanitaria para la elaboración de anteproyectos de NOM.

3.4 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de realizar la revisión, análisis y síntesis de la información para elaborar la fundamentación técnico-médica y jurídico-sanitaria requerida para la NOM.

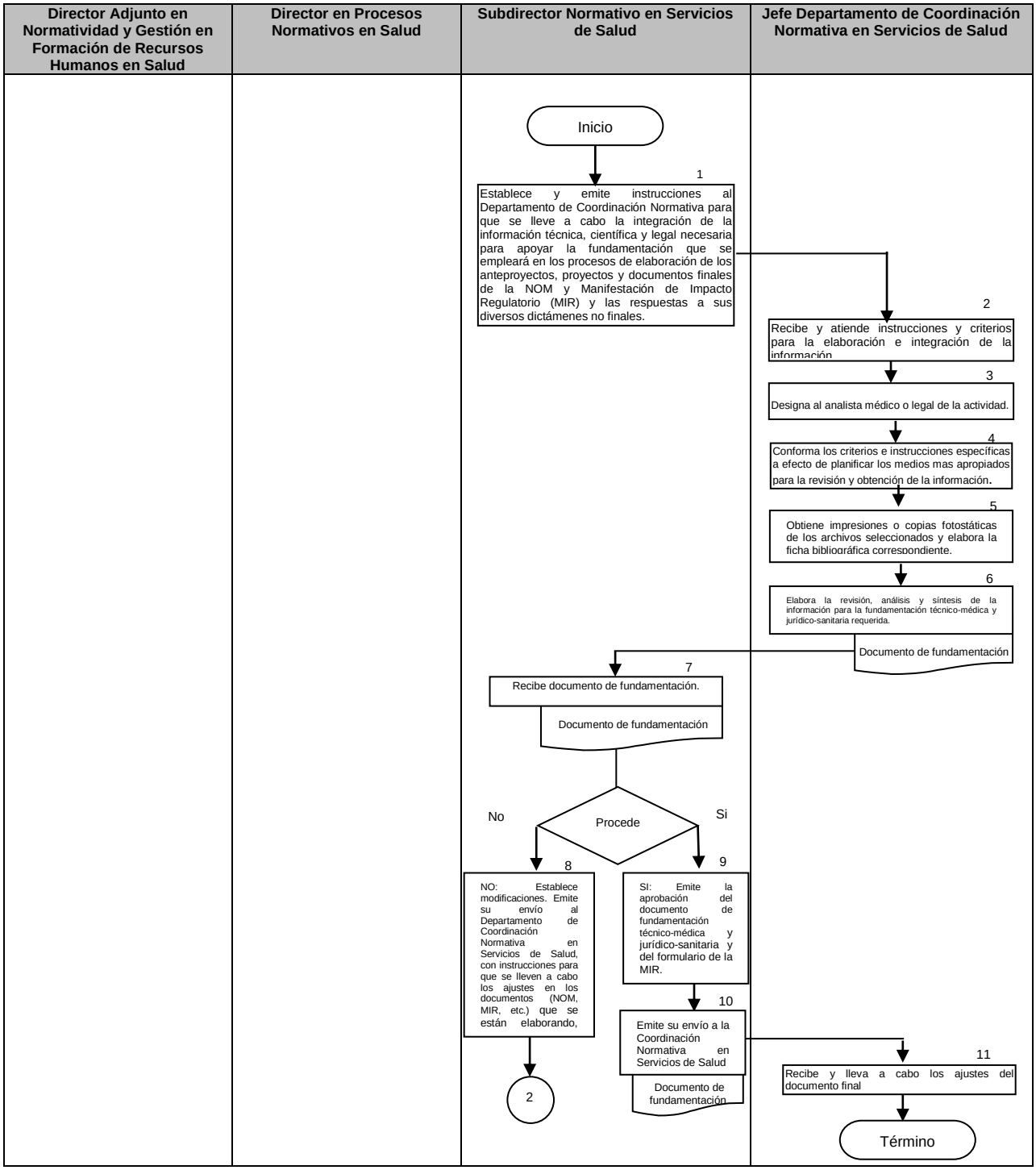
3.5 Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud. Recibe y lleva a cabo los ajustes. Revisa el documento final.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Establece y emite instrucciones al Departamento de Coordinación Normativa para que se lleve a cabo la integración de la información técnica, científica y legal necesaria para apoyar la fundamentación que se empleará en los procesos de elaboración de los anteproyectos, proyectos y documentos finales de la NOM y Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) y las respuestas a sus diversos dictámenes no finales.	Oficio de solicitud de dictamen
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	2	Recibe y atiende instrucciones y criterios para la elaboración e integración de la información.	
	3	Designa al analista médico o legal de la actividad.	
	4	Conforma los criterios e instrucciones específicas a efecto de planificar los medios mas apropiados para la revisión y obtención de la información.	Documento de fundamentación
	5	Obtiene impresiones o copias fotostáticas de los archivos seleccionados y elabora la ficha bibliográfica correspondiente.	
	6	Elabora la revisión, análisis y síntesis de la información para la fundamentación técnico-médica y jurídico-sanitaria requerida.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	7	Recibe documento de fundamentación. Procede:	
	8	NO: Establece modificaciones. Emite su envío al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, con instrucciones para que se lleven a cabo los ajustes en los documentos (NOM, MIR, etc.) que se están elaborando, actualizando o adecuando. Regresa a la actividad 2.	Formulario de la MIR
	9	SI: Emite la aprobación del documento de fundamentación técnico-médica y jurídico-sanitaria y del formulario de la MIR.	Documento de fundamentación final
	10	Emite su envío a la Coordinación Normativa en Servicios de Salud	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	11	Recibe y lleva a cabo los ajustes del documento final . **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Formulario de la MIR Documento de fundamentación final

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.5 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.7 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.8 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.9 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Formulario de la MIR	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2. Dictámenes	5 años	Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Manifestación de Impacto Regulatorio: Es el documento que contiene un balance del impacto económico que afecta a la población y los prestadores de servicios, la aplicación de Normas Oficiales Mexicanas.

8.2 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de solicitud de dictamen
10.2 Formulario de la MIR
10.3 Documento final para Dictamen de COFEMER

10.1 Oficio de solicitud de dictamen

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud
Subdirección Normativa en Servicios en Salud

Oficio No. 00123

México, D.F., a, 27 ENE 2014.

Asunto: Se remite Proyecto PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, MIR y anexos.

LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS
Oklahoma No. 14, P B
Col. Nápoles
Deleg. Benito Juárez
03810, México, D. F.

SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
28 ENE 2014
RECIBIDO
OFICIALÍA DE PARTES

En mi carácter de Secretario Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), con fundamento en el artículo 8 de las Reglas de Operación del mencionado Comité, remito a usted los documentos relativos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, que se describen a continuación;

- Impresión en papel bond del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
- Impresión en papel bond de la Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR).
- Medio magnético con los archivos correspondientes al Proyecto, la MIR y anexos.

Lo anterior con el propósito de solicitarle atentamente, sea el amable conducto para que la MIR, sea subida al portal electrónico de la COFEMER para su revisión y dictamen. No omito mencionar que el Proyecto fue inscrito en el Programa Nacional de Normalización 2014.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Secretaría de Salud
OFICIALÍA DE PARTES
28 ENE 2014
11:40
1 cd

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO
TÉCNICO DEL CCNNIDTIS.

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
28 ENE 2014
RECIBIO: Norma
HORA: 13:50

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO.

Anexos: Los documentos que se describen en el cuerpo del oficio.
C.c.p. Dr. Luis Rubén Durán Fontes.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.
C.c.p. Lic. Elvia Macedo De la Concha.- Directora de Procesos Normativos en Salud.- Presente.

EMC/ASM
Sin Folio DGCES

Homero No. 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.,
Tel.: (55) 200 3400 www.calidad.salud.gob.mx

10.2 Formulario de la MIR

COFEMER Comisión Federal de Mejora Regulatoria

SE SECRETARÍA DE ECONOMÍA

No. Expediente:	02/1255/300114
Titulo:	PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-037-SSA3-2012, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
Enviado por:	SSA
Fecha de apertura:	30/01/2014

Si desea emitir su opinión respecto de este anteproyecto, envíe su comentario a cofemer@cofemer.gob.mx

Documentos que conforman al Anteproyecto Regulatorio.

Tipo de documento	Fecha de emisión	Remitente	Referencia
MIR ORDINARIA.	30/01/2014	Mikel Andoni Arriola Peñalosa	SSA/31163

Para obtener notificaciones en su correo electrónico sobre los documentos que reciba o emita la COFEMER con relación a este expediente, de 'Clic aquí'.

Proceso de Mejora Regulatoria

MIR DE IMPACTO MODERADO

Dependencia u Organismo Descentralizado: Secretaría de Salud	**Título de la Regulación:** Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037- SSA3-2012, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.	
Punto de contacto: José Ignacio Santos Preciado Teléfono: 20003484 Correo: jose.santos@salud.gob.mx	**Fecha de recepción:** 30/01/2014	**Fecha de envío:** 30 Jan 2014 11:51:00:000

Indique si la regulación propuesta requiere la no publicidad a la que se refiere el artículo 69-K de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo (en caso de responder afirmativamente, proporcione la justificación correspondiente).

○ Si ◉ No **Justificación:**
El regulador no proporcionó información

Indique si la regulación propuesta requiere la constancia de publicidad a que se refiere el artículo 10 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 25 de su Reglamento. (En caso de responder afirmativamente, la regulación estará en consulta pública al menos 20 días hábiles).

○ Si ◉ No

Indique el (los) supuesto (s) de calidad para la emisión de regulación en términos del artículo 3 del Acuerdo de Calidad Regulatoria.

Es un instrumento que se deriva de una obligación específica establecida alguna ley, reglamento, decreto, acuerdo u otra disposición de carácter general expedidos por el Titular del Ejecutivo Federal.:	◉ Si ○ No
Es un instrumento que se deriva de un compromiso internacional.:	○ Si ◉ No
Es un instrumento que representa beneficios notoriamente superiores a sus costos en términos de la competitividad y eficiencia de los mercados.:	○ Si ◉ No
Se trata de un anteproyecto que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal, por lo que no es aplicable el Acuerdo de Calidad Regulatoria .:	○ Si ◉ No

Justificación:
Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la prestación de servicios de salud, son instrumentos normativos de tipo sanitario que no afectan el ámbito industrial o comercial de nuestro país. Son regulaciones que están dirigidas a garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de la población, que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4°. Estas NOM's son emitidas para complementar, hacer más específicas y explícitas las obligaciones de la Ley General de Salud y sus Reglamentos, de esta manera imponen regulaciones a los establecimientos y a los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, para asegurar que los servicios de atención médica y los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se brinden con calidad, eficacia, eficiencia y sobre todo seguridad. Las deficiencias, desviaciones, omisiones o excesos en los que eventualmente pudieran incurrir los prestadores de servicios de salud, pueden llegar a constituirse en un riesgo para la salud e incluso una amenaza para la vida de las personas que son atendidas en dichos servicios. Por ello, la autoridad sanitaria determinó necesario elaborar el presente anteproyecto de norma, el cual regula la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, ya que a través de las disposiciones establecidas en este instrumento, es posible vigilar la práctica del médico anatomopatólogo, así como los recursos materiales e insumos necesarios para desarrollar las técnicas y procedimientos en los diferentes estudios que se realizan. En este marco, el anteproyecto establece la importancia de contar con los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para llevar a cabo los procedimientos que permiten obtener y reportar datos exactos, fidedignos y confiables, así como enfatizar la necesidad de apegarse a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica en beneficio de los pacientes. Bajo estos criterios y directrices, los laboratorios de anatomía patológica son y serán vigilados, en su caso sancionados por la autoridad sanitaria, con el propósito de asegurar el cumplimiento de las disposiciones que establecen la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica. Es pertinente señalar que el anteproyecto de norma, también proporciona seguridad jurídica a los prestadores de servicios, toda vez que establece con mayor precisión, detalle y claridad, las obligaciones del responsable sanitario del establecimiento, así como el perfil del personal que está facultado para desempeñarse como profesional o técnico en el laboratorio de anatomía patológica. En este sentido, el anteproyecto que nos ocupa, está debidamente sustentado en los artículos 4, 7 fracciones I, II y III; 10 fracción IV, 140 fracción I inciso b), 168, 169, 170, 171 y 172, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que a la letra señalan: ARTICULO 4o.- Corresponde a la Secretaría emitir las Normas Técnicas a que se ajustará, en todo el territorio nacional, la prestación de los servicios de salud en materia de atención médica, las que se publicarán en la Gaceta Sanitaria para su debida observancia. ARTICULO 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por: I.- ATENCION MED

Anexe el archivo que contiene la regulación.
31163.131.59.1 Anexo 1 PROY-NOM-037-SSA3-2013 Anatomía Patológica.docx

I.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS GENERALES DE LA REGULACIÓN

1. Describa los objetivos generales de la regulación propuesta.
Establecer las características y criterios mínimos de organización y funcionamiento, así como los recursos materiales y tecnológicos para los laboratorios de anatomía patológica, de los sectores público, social y privado, que además eviten la confusión de éstos, con los laboratorios de análisis clínicos; 2) Establecer el perfil y funciones del responsable sanitario del establecimiento, así como los perfiles del personal profesional y técnico necesarios para garantizar la calidad del servicio que brindan los laboratorios de anatomía patológica; 3) Describir recursos materiales y tecnológicos mínimos necesarios para cada una de las distintas áreas que integran el laboratorio de anatomía patológica, mismo que deberá corresponder al tipo de servicios que oferte, a fin de garantizar la realización de las técnicas y procedimientos que se apliquen en los estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares; 4) Incorporar la figura de subrogación de servicios, a través de los instrumentos consensuales para la prestación de servicios por parte de otros laboratorios de anatomía patológica que cuenten con mayor infraestructura y capacidad resolutiva.

2. Describa la problemática o situación que da origen a la intervención gubernamental a través de la regulación propuesta.

Los laboratorios de anatomía patológica se ocupan del estudio de órganos, tejidos y piezas anatómicas o especímenes, por medio de técnicas de estudio de las causas, desarrollo y efectos de las enfermedades, en ese sentido, se constituyen en un recurso fundamental para el diagnóstico, ya que no sólo estudia alteraciones morfológicas, sino también funcionales, con diagnóstico macroscópico, histopatológico y molecular de las enfermedades; elementos fundamentales en la emisión de resultados, para dar mayor precisión diagnóstica y por lo tanto, un manejo más adecuado de los pacientes que permita a su vez establecer índices de pronóstico en la respuesta al tratamiento. Cabe señalar, que una mala calidad en las técnicas y procedimientos, redundará en la calidad de la emisión de resultados, que pueden llegar a significar un riesgo para la salud e incluso la vida de los pacientes; por esta razón, se requiere llevar a cabo controles de calidad que resulten necesarios para este tipo de laboratorios, para que oferten y proporcionen niveles óptimos de calidad y seguridad en la prestación del servicio, así como que los resultados tengan un alto grado de confiabilidad, gracias a la aplicación de procedimientos de verificación interna y externa de la calidad. Por esta razón, en la práctica de la especialidad de anatomía patológica, se realizan técnicas y procedimientos distintos a los que se practican en un laboratorio clínico, por ello, la importancia de caracterizar la prestación de estos servicios, para evitar deficiencias, desviaciones u omisiones en los que eventualmente pueden llegar a incurrir los especialistas en esta materia, al realizar diagnósticos macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares de manera inadecuada o incluso improvisada, en el caso de que la infraestructura sea insuficiente y las condiciones de seguridad no sean óptimas, lo cual expone a los usuarios o pacientes a situaciones de riesgo para su salud. Una problemática latente, es la proliferación de establecimientos que ofertan servicios de anatomía patológica que operan irregularmente, toda vez que los recursos humanos no son los idóneos, ni la infraestructura del local garantizan las condiciones mínimas de higiene y seguridad para el desarrollo de los estudios y aplicación de las técnicas y procedimientos macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares, situación que ocasiona una importante alteración en el grado de precisión y confiabilidad en la emisión de resultados. Por lo tanto, es indispensable que la Secretaría de Salud, elabore instrumentos normativos que complementen y hagan más detalladas y explícitas las disposiciones genéricas que la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica establecen para regular la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, recursos materiales y tecnológicos; así como las actividades de los profesionales de la salud, a efecto de que se garantice su desarrollo con altos estándares de calidad científica, ética, técnica, operativa y administrativa entre otros factores. Adicionalmente es pertinente mencionar que con la norma, la autoridad sanitaria contará con un instrumento regulatorio que establezca y homogenice criterios aplicables a estos laboratorios de anatomía patológica, lo que permitirá disminuir los márgenes de discrecionalidad de la autoridad en el control y vigilancia sanitaria, para que esta se lleve a cabo, con certidumbre jurídica para el prestador de servicios, los pacientes y para la autoridad misma, sobre todo en el caso de que se deban aplicar medidas de seguridad o sanciones, en los términos que establece la Ley General de Salud.

3. Indique el tipo de ordenamiento jurídico propuesto. Asimismo, señale si existen disposiciones jurídicas vigentes directamente aplicables a la problemática materia del anteproyecto, enumérelas y explique por qué son insuficientes para atender la problemática identificada.

Normas oficiales mexicanas 1.- Ley General de Salud.- La Ley establece un grado de generalidad en sus disposiciones, en cuanto a las obligaciones que deben observar los prestadores de servicios en los laboratorios de anatomía patológica, por ello, es necesario que se establezcan con mayor detalle los criterios y características mínimas de organización y funcionamiento, recursos materiales y tecnológicos lo cual permitirá garantizar la calidad y seguridad de los servicios que brinda este tipo de laboratorios. 2.- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.- Con base en las disposiciones Reglamentarias, este instrumento regulatorio establece de manera genérica, las características y requisitos para que los establecimientos y prestadores de servicios de atención médica, brinden sus servicios con calidad y seguridad. No obstante lo anterior, el Reglamento remite a las normas para dar especificidad y desarrollar con mayor claridad las características, criterios y requisitos para la organización y funcionamiento, recursos materiales y tecnológicos de este tipo de laboratorios, así como describir los perfiles del personal profesional y técnico necesarios para asegurar que las técnicas y procedimientos que se aplican para la realización de los estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos o moleculares, se lleven a cabo con óptimos márgenes de calidad.

II.- IDENTIFICACIÓN DE LAS POSIBLES ALTERNATIVAS A LA REGULACIÓN

4. Señale y compare las alternativas con que se podría resolver la problemática que fueron evaluadas, incluyendo la opción de no emitir la regulación. Asimismo, indique para cada una de las alternativas consideradas una estimación de los costos y beneficios que implicaría su instrumentación.

Descripción de las alternativas y estimación de los costos y beneficios.

Esquemas de autorregulación

En el caso de los laboratorios de anatomía patológica es necesaria la intervención gubernamental a través de una regulación jurídico-sanitaria y técnico-médica, que en esta materia ordena la Ley General de Salud, por lo que no es pertinente implementar esquemas de autorregulación. Es preciso mencionar que la Secretaría de Salud está facultada para emitir regulaciones en materia de prestación de servicios de salud, de conformidad con el artículo 13, apartado A fracción I de la Ley General de Salud.

Esquemas voluntarios

Implementar esquemas de cumplimiento voluntario no es opción viable, ya que la presente regulación corresponde a una Norma Oficial Mexicana (NOM), de observancia obligatoria, de conformidad con el artículo 13, apartado A fracción I de la Ley General de Salud, así como al artículo 3 fracción XI de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que a la letra dice: "Norma oficial mexicana: la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación."

No emitir regulación alguna

Las Normas Oficiales Mexicanas, en determinadas materias están ordenadas en la Ley General de Salud y en su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, por ello son el único instrumento legal idóneo, mediante el cual se hacen más explícitas y detalladas las disposiciones para regular la prestación de servicios de atención médica. Por lo anterior, no es posible que las normas sean sustituidas por otro tipo de instrumentos regulatorios, toda vez que se sustentan y desprenden de disposiciones legales de mayor jerarquía jurídica, de esta manera establecen con mayor precisión las obligaciones de carácter jurídico sanitario a que hacen referencia. Razón por lo cual, no aplican otras alternativas regulatorias debido a que las NOM's en materia de prestación de servicios de atención médica tienen un carácter de observancia obligatoria, asimismo precisan y hacen más explícitas las disposiciones que establecen los instrumentos legales jerárquicamente superiores. Los beneficios directos con la emisión de la regulación, son establecer los criterios mínimos de organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica que permitan asegurar el cumplimiento de la Ley y la garantía de los derechos de confidencialidad, autonomía y respeto de los pacientes que hacen uso de este tipo de establecimientos.

Incentivos económicos

Implementar incentivos económicos a los laboratorios de anatomía patológica independientes o no ligados a un hospital o al médico anatomopatólogo independiente, no es materia de las regulaciones en materia sanitaria, por lo que tampoco resulta una opción viable, ya que implicaría la creación de instrumentos regulatorios adicionales en una materia que es ajena al ámbito de competencia de la Secretaría de Salud.

Otras

El presente anteproyecto de norma, tiene también la finalidad de proporcionar certeza jurídica a los médicos anatomopatólogos toda vez que disminuye los márgenes de discrecionalidad al realizar los estudios, técnicas y procedimientos con fines de diagnóstico, pronóstico o predicción de respuesta al tratamiento, favoreciendo la vigilancia sanitaria a que deben ser sujetos los profesionales que presten sus servicios en los laboratorios de anatomía patológica.

5. Justifique las razones por las que la regulación propuesta es considerada la mejor opción para atender la problemática señalada.

En el marco de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, los laboratorios de anatomía patológica deben brindar diagnósticos morfológicos con calidad y seguridad en beneficio de los pacientes, por ello es necesario regular esta práctica para el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en este tipo de laboratorio. En este sentido, las NOM's en materia de prestación de servicios de atención médica tienen un carácter de observancia obligatoria, ya que como se ha mencionado, precisan y hacen más explícitas las disposiciones que establecen los instrumentos legales jerárquicamente superiores, por lo tanto la autoridad sanitaria identificó que para asegurar el cabal cumplimiento de las disposiciones jurídicas de mayor jerarquía, el anteproyecto que nos ocupa, ofrece con mayor detalle y especificidad, los criterios de organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, con la finalidad de asegurar que los servicios que se otorguen tengan el menor margen de riesgo y los mayores beneficios. No hay que perder de vista que el anteproyecto, tiene un sustento jurídico-sanitario toda vez que da cumplimiento a las disposiciones jurídicas que establece la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, mismo que se constituye como el único instrumento regulatorio obligatorio para los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado.

III.- IMPACTO DE LA REGULACIÓN

6. ¿La regulación propuesta crea, modifica o elimina trámites?

No crea, modifica ni elimina trámites

7. Seleccione las disposiciones, obligaciones y/o acciones distintas a los trámites que correspondan a la propuesta:

Establecen obligaciones

Artículos aplicables

5.1 y 5.2

Justificación

Son descritos con mayor detalle y especificidad los requisitos para el funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, de acuerdo con lo que establece la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica.

Establecen obligaciones

Artículos aplicables

5.3, 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.7.1, 5.7.2, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 6.4, 6.4.1, 6.4.2, 6.5, 6.5.1, 6.5.1.1, 6.5.1.2, 6.5.1.3, 6.5.1.4, 6.5.1.5, 6.5.2, 6.5.2.1, 6.5.2.2, 6.5.2.3, 6.5.2.4, 6.5.2.5, 6.5.2.6, 6.5.2.7, 6.5.3, 6.5.3.1, 6.5.3.2, 6.5.3.3, 6.5.4, 6.5.4.1, 6.5.4.2, 6.5.4.3, 6.5.4.4, 6.5.4.5, 6.5.5, 6.5.6, 6.5.7, 6.5.8 y 6.5.9

Justificación

Se especifican los criterios mínimos que deben observar los prestadores de servicios del laboratorio de anatomía patológica, también se precisa con detalle el contenido mínimo de los manuales de organización, procedimientos adminstrativos y técnicos; de manejo de equipo, de seguridad e higiene ocupacional, mismos que deben elaborar, mantener actualizados y disponibles permanentemente para su consulta.

Establecen obligaciones

Artículos aplicables

6.1., 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5, 6.1.6, 6.1.7, 6.1.8, 6.1.9, 6.1.10, 6.1.11, 6.1.12, 6.3, 6.3.1 6.3.2, 6.3.3 y 6.3.4

Justificación

Se establece con detalle y claridad el perfil, las responsabilidades y funciones del responsable santiario para asegurar el adecuado funcionamiento del laboratorio de anatomía patológica. Así como los perfiles del personal profesional y técnico que está facultado para realizar estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos, moleculares y necropsias.

Establecen obligaciones

Artículos aplicables

6.2, 6.2.1, 6.2.1.1, 6.2.1.2, 6.2.1.3, 6.2.1.4, 6.2.1.5, 6.2.1.6, 6.2.1.7, 6.2.1.8, 6.2.1.9 y 6.2.1.10.

Justificación

Especifica con detalle y claridad cada unas de las áreas con la cuales debe contar todo laboratorio de anatomía patológica, puntualizando que solo en los casos donde se realicen estudios, técnicas o procedimientos de patología molecular, inmunohistoquímica e inmunofluorescencia, microscopía electrónica y necropsias será obligatorio contar con esas áreas.

Establecen obligaciones

Artículos aplicables

7., 7.1.1, 7.2, 7.3, 7.4, 8., 8.1 y 8.2.

Justificación

Establece los criterios para asegurar la calidad y seguridad en los instrumentos consensuales de referencia y subrogación de servicios que suscriba el laboratorio de anatomía patológica señalando la responsabilidad que corresponde a las partes que intervienen en ellos. Se precisan disposiciones para la seguridad y protección del personal para el almacenamiento, trasporte y el manejo de sustancias toxicas.

Establecen obligaciones

Artículos aplicables

Apéndice A Normativo.

Justificación

Se establece el mobiliario, equipo, material e instrumental necesarios para cada técnica o procedimiento que se realicen en las áreas del laboratorio de anatomía patológica, histología y citología exfoliativa. Cabe señarlar, los laboratorios de anatomía patológica ya existentes cuentan con los recusros materiales y tecnológicos señalado, solo en el caso de establecer un laboratorio nuevo o bien, los existentes no cuenten con el mobiliario, equipamiento e instrumental, será obligatorio contar con los que se señala en el Apéndice A, de acuerdo con el tipo de estudios, técnicas o procedimientos que practique.

Establecen procedimientos de evaluación de la conformidad

Artículos aplicables
5.11

Justificación
No se incluye lo relativo al PEC, no por omisión, sino porque la Secretaría de Salud como parte del Ejecutivo Federal y en su carácter de Autoridad Sanitaria Federal, no tienen facultades para desarrollar un programa que solo puede realizar un organismo privado, específicamente constituido para aplicar el PEC conforme a su objeto y materia, por lo cual cobrará una cuota, tarifa u honorarios. Esto no lo puede hacer la Secretaría de Salud en las NOM's sanitarias, que son instrumentos de observancia obligatoria. Hacerlo significaría convertir a las NOM's obligatorias en instrumentos híbridos voluntarios nulos de todo derecho sin ningún sustento ni validez jurídica, ante lo cual los prestadores de servicios podrían presentar un recurso de inconformidad o recurrir al amparo, con la seguridad de que ganarían el proceso, lo que significaría que no estarían obligados a cumplir con la NOM, convirtiendo a esta en letra muerta. No obstante lo anterior, se incorpora en el anteproyecto de NOM, el numeral 5.11 referente al PEC.

8. ¿La propuesta de regulación contempla esquemas que impactan de manera diferenciada a sectores o agentes económicos?
El presente ordenamiento normativo no contempla esquemas que impactan de manera diferenciada a sectores o agentes económicos, ya que es conveniente precisar, que las NOM's de carácter sanitario, se sustentan y desprenden directamente de la Ley General de Salud y de su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, por lo que se constituyen en instrumentos legales que regulan una práctica médica para asegurar que los establecimientos y los prestadores de servicios de atención médica en el territorio nacional otorguen servicios con altos índices de calidad y seguridad para los usuarios, por ello, no establece estándares ni criterios o mecanismos para competir en igualdad de circunstancias con otros mercados o países. El apegarse a las disposiciones normativas, significa cumplir con los ordenamientos jerárquicamente superiores, quien no lo hace, se convierte en un prestador de servicios al margen de la legalidad y por ello, merecedor a una sanción administrativa o económica por la autoridad sanitaria, sin perjuicio de las penas que correspondan por hechos constitutivos de delito.

9. Proporcione la estimación de los costos y beneficios que supone la regulación para cada particular o grupo de particulares.

Grupo o industria al que le impacta la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado.

Describa y estime los costos
El aviso de funcionamiento y de responsable sanitarios son trámites gratuitos, por tanto no tienen un costo cuantificable, sin embargo la licencia sanitaria genera un pago de derechos de $16.338.00 pesos, para lo cual, es necesario el llenado del formato COFEPRIS-05-34 y realizar el trámite correspondiente en la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios. Cabe señalar, que este trámite significa un costo indirecto para los laboratorios que funcionan al amparo de las autorizaciones y avisos de un hospital o establecimiento en el ámbito sanitario.

Grupo o industria al que le impacta la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado, requieren manuales de organización, procedimientos, administrativos y técnicos, para garantizar la prestación del servicio.

Describa y estime los costos
Para el adecuado funcionamiento es necesario que todo laboratorio de anatomía patológica cuenten con los manuales de organización, procedimientos administrativos y técnicos; de manejo de equipo, de seguridad e higiene ocupacional para la consulta permanente del prestador de servicio, ello garantiza el adecuado manejo de las técnicas y procesamientos de los diversos estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares. Esta disposición regulatoria no tiene costo, este tipo de instrumentos administrativos, no solo son necesarios para el adecuado funcionamiento interno sino, también son parte de las funciones del personal y del responsable de laboratorio integrarlos y mantenerlos actualizados.

Grupo o industria al que le impacta la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado, deben contar con el personal suficiente e idóneo para la prestación del servicio.

Describa y estime los costos
Para garantizar el adecuado manejo de las muestras o espécimenes en un laboratorio de anatomía patología es indispensable que el personal profesional y técnico cuenten con diploma, título o certificado de especialización, legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Los costos de incorporar personal profesional o técnico a un determinado laboratorio, tienen un costo no cuantificable ya que las condiciones laborales son diferentes, el horario y salario difiere de acuerdo al sector público, social o privado del que se trate. No obstante, la búsqueda de información en la web sobre tabuladores y plantillas de la rama paramédica y grupos afines se describe en el siguiente cuadro, que corresponde al tabulador de sueldos vigente 2013 de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Categoría Institución Jornada laboral Sueldo mensual Sueldo mensual estimado para cubrir 24 horas (6 turnos) . Médico Especialista "A" SSA 8 $30,965.00 $3,096 por día Citotécnologo "A" SSA 8 $11,971.00 $1,197 por día Citotécnologo IMSS 8 $ 4,896.20 $ 490 por día Histotécnologo IMSS 8 $ 4,896.20 $ 490 por día Ayudante de autopsias IMSS 8 $ 4,075.42 $ 408 por día

Grupo o industria al que le impacta la regulación
Los laboratorio de anatomía patológica independiente o ligados a un hospital de los sectores público, social y privado, así como los pacientes o usuarios.

Describa y estime los costos
Todo laboratorio de anatomía patológica debe contar con las áreas específicas con el fin de asegurar que los prestadores de servicios, cuenten con los recursos materiales y tecnológicos mínimos indispensables para llevar a cabo los estudios, técnicas o procedimientos de patología molecular, inmunohistoquímica e inmunofluorescencia, microscopía electrónica y necropsias con la menor o nula posibilidad de incurrir en deficiencias u omisiones que se constituyan en un riesgo para el paciente o para la emisión de los resultados. Esta disposición regulatoria no tiene un costo cuantificable directamente atribuido al laboratorio, toda vez que corresponde al diseño arquitectónico del hospital, en la actualidad los laboratorios existentes están funcionando en las unidades hospitalarias de los sectores público social y privadas en forma normal, salvo en los casos de unidades hospitalarias nuevas, es necesario que se consideren el diseño arquitectonico de estas áreas de acuerdo a las capacidad resolutiva y la prestación de servicios que oferten al público.

Grupo o industria al que le impacta la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado.

Describa y estime los costos

Los laboratorios de anatomía patologica, así como los médicos anatomopatológos, realizan instrumentos consensuales de servicios de referencia o subrogación con otros laboratorios para el procesamiento de muestras, con la finalidad de garantizar que la práctica de estos se realicen en estricto apego con la normatividad aplicable, el anteproyecto que nos ocupa, precisa los criterios mínimos que deben cumplir las partes que intervienen en los mismos. En este sentido, la estimación del costo es variable, ya que estará sujeto a la cantidad, a los tipos de estudio que se solicite y al volumen de muestras.

Grupo o industria al que le impacta la regulación

Los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado.

Describa y estime los costos

Se fijan los criterios en materia de higiene y bioseguridad con el objeto de garantizar que el personal del laboratorio adopte las medidas preventivas para su protección en el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias tóxicas o biológico-infecciosas, de conformidad con la normatividad aplicable. En este sentido, la estimación del costo es variable.

Grupo o industria al que le impacta la regulación

Para los nuevos laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado, y para aquellos existentes que no cuenten con el mobiliario, equipo e instrumental señalado.

Describa y estime los costos

Se establecen y precisan los contenidos mínimos de mobiliario, equipo e instrumental con que deben contar las diferentes áreas que integran el laboratorio de anatomía patológica, para garantizar la calidad y seguridad en el manejo de las muestras o especímenes. El costo puede variar, dependiendo de las características de calidad, marca y vida útil que el responsable del establecimiento desee adquirir. Los montos económicos estimados que se presentan, corresponden al mobiliario, equipo, materiales e instrumental necesarios para cada técnica o procedimiento que se realicen, cabe señalar que en los laboratorios ya se disponen de estos para sus funcionamiento regular. Sólo en el caso de sustituir los recursos existentes o la instauración de un nuevo laboratorio, la estimación del costo por área sería el siguiente: Costo Apéndice Normativo A (Anexo 2), en caso de la actualización del mobiliario, equipo e intrumental del laboratorio de anatomía patológica. Área: Administración, recepción, registro de especímenes y entrega de resultados. Rango del costo: Costo inferior : $4,150.00 pesos Costo superior: $6,700.00 pesos Área para toma de muestras. Rango del costo: Costo inferior :$4,150.00 pesos Costo superior: $6,700.00 pesos Área para el estudio y descripción, incluye disección y toma de cortes Rango del costo: Costo inferior: $17,600.00 pesos Costo superior: $44,700.00 pesos Laboratorio para el desarrollo de procesos técnicos. Rango del costo: Costo inferior: $353,000.00 pesos Costo superior: $1.224.000.00 pesos Sala de necropsias, conservación y almacenamiento Rango del costo: Costo inferior:$559,100.00 pesos Costo superior: $880,000.00 pesos Área de fotografía y microfotografía Rango del costo: Costo inferior: $4,400.00 pesos Costo superior: $11,500.00pesos Área para archivo de protocolos, guarda de laminillas, informe de resultados y bloques de parafina. Rango del costo: Costo inferior: $5,000.00 pesos Costo superior: $15,000.00 pesos Área de patología molecular. Rango del costo: Costo inferior: $126,900.00 pesos Costo superior: $722,500.00pesos Área de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia. Rango del costo: Costo inferior: $365,000.00 pesos Costo superior: $446,000.00 pesos Área de microscopía electrónica. Rango del costo: Costo inferior: $ 329,500.00pesos Costo superior: $4,644,000.00 pesos Instalaciones sanitarias. Rango del costo: Costo inferior: $10,000.00 pesos Costo superior: $10,000.00 pesos Área de depósito y estación temporal de RPBI, materiales y reactivos. Rango del costo: Costo inferior: $2,500.00 pesos Costo superior: $8,000.00 pesos

Grupo o industria al que le beneficia la regulación

Los laboratorios de anatomía patologica, los prestadores de servicios y los pacientes o usuarios

Describa y estime los beneficios.

El beneficio se traduce en regular la práctica de la anatomía patológica, como se define en el anteproyecto, los laboratorios para su legal funcionamiento deben contar con los avisos y autorizaciones sanitarias correspondientes, o bien funcionar al amparo de la autorizaciones de las unidades hospitalarias, para garantizar la prestación del servicio. El personal profesional y técnico deberá ser suficiente e idóneo, especializado o capacitado en el área de anatomía patológica, de esta forma se fortalece la seguridad jurídica del paciente y proporciona certeza jurídica al personal de salud, toda vez que disminuye los márgenes de discrecionalidad en las técnicas y procedimientos que aplica, y al existir un instrumento normativo en ésta materia que regula éstos servicios se favorece la vigilancia sanitaria a este tipo de establecimientos.

Grupo o industria al que le beneficia la regulación

Los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado y los prestadores de servicios.

Describa y estime los beneficios.

Para los sectores público, social y privado, contar con un instrumento normativo en materia de anatomía patologica, implica un beneficio directo para la institución o establecimiento para la atención médica y para los prestadores de servicios, ya que el anteproyecto establece un orden y homogeneiza los criterios mínimos de organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, lo cual se traduce en mayores facilidades y posibilidades de cumplimiento y por ende en menores posibilidades de ser sancionado por incumplir la normativa sanitaria, en el caso de ser sujeto de una visita de verificación médico-sanitaria. El beneficio adicional es el fortalecimiento de la seguridad jurídica en el adecuado manejo de las técnicas y procedimientos de los diversos estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares, así como de los equipos y la presición de la emisión de los resultados. El médico anatomopatólogo de acuerdo a su criterio, podrá determinar el diagnóstico, pronóstico y predicción de respuesta al tratamiento apropiado para el paciente.

Grupo o industria al que le beneficia la regulación

Los laboratorios de anatomía patológica, los prestadores del servicio y pacientes o usuarios.

Describa y estime los beneficios.

Los beneficios se relacionan con la garantía de contar con el personal sufiente e idóneo de acuerdo a la prestación del servicios que se oferta al paciente o usuario, toda vez que el personal profesional y técnico cumple con la formación, conocimientos y capacidades específicas para realizar el adecuado manejo de las técnicas y procedimientos de estudio morfológico, macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares, mismos que permitirán un adecuado diagnóstico, pronóstico y predicción de respuesta al tratamiento, de esta forma se garantiza que las actividades que realiza el personal de salud se brinden con calidad, eficacia, eficiencia, fortaleciendo la seguridad jurídica del paciente.

Grupo o industria al que le beneficia la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica, los prestadores del servicio y pacientes o usuarios.

Describa y estime los beneficios.
El proyecto establece las principales áreas específicas con las que debe contar todo laboratorio de anatomía patológica, que estarán sujetas a la prestación del servicio que oferten, los beneficios directos son al contar con una adecuda delimitación de áreas favorece la garantía en la prestación del servicio, por que tanto el personal que brinda el servicio, como los usuarios cuentan con el espacio, el mobiliario, equipo e instrumental adecuado y suficiente, que garantice el adecuado manejo de las muestras y espécimenes, evitando una mala calidad en las técnicas y procedimientos, que pueden llegar a significar un riesgo para la salud e incluso la vida de los pacientes. El beneficio adicional es la calidad y el grado de confiabilidad en la emisión de resultados, gracias a la funcionalidad de las áreas y al adecuado mobiliario, equipamiento e instrumental al interior de los laboratorios de anatomía patológica.

Grupo o industria al que le beneficia la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica, los prestadores del servicio y pacientes o usuarios.

Describa y estime los beneficios.
Los beneficios se relacionan con la garantía de contar con el personal sufiente e idóneo de acuerdo a la prestación del servicios que se oferta al paciente o usuario, toda vez que el personal profesional y técnico cumple con la formación, conocimientos y capacidades específicas para realizar el adecuado manejo de las técnicas y procedimientos de estudio morfológico, macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares, mismos que permitirán un adecuado diagnóstico, pronóstico y predicción de respuesta al tratamiento, de esta forma se garantiza que las actividades que realiza el personal de salud se brinden con calidad, eficacia, eficiencia, fortaleciendo la seguridad jurídica del paciente.

Grupo o industria al que le beneficia la regulación
Los laboratorios de anatomía patológica, los prestadores del servicio y pacientes o usuarios.

Describa y estime los beneficios.
Las disposiciones que establece el anteproyecto de NOM, propician un beneficio directo prestador del servicio al establecer que todo el personal del laboratorio debe adoptar medidas preventivas para su protección, a fin de asegurar al personal sobre al almacenamiento, transporte y manejo de sustancias tóxicas o biológico-infecciosas, fuentes de radiación ionizante, así como del material infectocontagioso y los inherentes a los procesos de las muestras y dar cumplimiento a la normatividad aplicable en materia de seguridad e higiene.

Grupo o industria al que le beneficia la regulación
La autoridad sanitaria responsable por mandato de Ley de ejercer el control y vigilancia de todo tipo de establecimiento de atención médica.

Describa y estime los beneficios.
Al establecer con claridad los criterios mínimos de organización y fucionamiento de los laboratorios de anatomía patológica de los sectores público, social y privado, permite que la autoridad disponga de criterios y características mínimas de organización, funcionamiento y equipamiento homogéneos para llevar acabo su función, asimismo se acotan y disminuyen los márgenes de discrecionalidad de la autoridad sanitaria, para que no se traduzca en perjuicio al personal de salud, ya que se dispone de un instrumento regulatorio para reducir las posibilidades de incurrir en desviasiones, errores u omisiones en el control y vigilancia sanitaria. El beneficio es un instrumento regulatorio que permite asegurar que los servicios que se otorguen tengan el menor margen de riesgo y los mayores beneficios para los pacientes y usuarios.

10. Justifique que los beneficios de la regulación son superiores a sus costos.
Los beneficios son superiores a los costos de la regulación, ya que permite regular la prestación de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para asegurar que los laboratorios de anatomía patológica independientes y ligados un hospital de los sectores público, social y privado, así como el personal profesional y técnico en el territorio nacional otorge servicios de calidad y seguridad de los pacientes y los usuarios.

IV.- CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

11. Describa la forma y/o los mecanismos a través de los cuales se implementará la regulación (incluya recursos públicos).
Los mecanismos para implementar la regulación se llevan a cabo a través de la difusión en el Diario Oficial de la Federación (DOF), en la página electrónica de la Secretaría de Salud y en el Catálogo de Normas Oficiales Méxicanas de la Secretaría de Economía. Asimismo, es importante tener en cuenta que los titulares y presidentes de las diversas academias, asociaciones, consejos, colegios, etc., que agrupan a los prestadores de servicios, en general promueven entre sus agremiados que el desarrollo de sus actividades profesionales se apegue al marco normativo vigente, con frecuencia solicitan a la Secretaría de Salud y en particular a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud su participación en seminarios, congresos, o sesiones informativas, a efecto de proporcionar a los participantes de dichos foros sobre el marco jurídico vigente, al que deben sujetar los servicios auxiliares de diagnóstico que ofrecen a los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud. Los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para la instrumentación de la vigilancia sanitaria de los laboratorios de anatomía patológica, son los que la Secretaría de Salud tiene dispuestos a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios y los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia. Lo anterior, con sustento en los Títulos Decimoséptimo y Decimoctavo de la Ley General de Salud, misma que faculta a la Secretaría de Salud para el ejercicio de la vigilancia sanitaria de todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado en el país. Es necesario resaltar que, por el momento y para vigilar el cumplimiento del presente ordenamiento, no se requieren recursos adicionales, ya que los recursos disponibles por la autoridad sanitaria Federal, Estatal y Jurisdiccional, son suficientes para ejercer estas actividades.

V.- EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

12. Describa la forma y los medios a través de los cuales se evaluará el logro de los objetivos de la regulación.
La Secretaría de Salud no evalúa logros de los objetivos de la regulación, de conformidad con sus atribuciones, desarrolla la vigilancia sanitaria a través de la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios para dar cumplimiento con lo dispuesto en la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica. Los laboratorios de anatomía patológica y el personal profesional y técnico son sujetos del control y vigilancia sanitaria, en este sentido las disposiciones contenidas en la norma son obligatorias y su vigilancia es exclusiva de la autoridad sanitaria y su incumplimeinto se sanciona; todo ello dentro de las atribuciones que las leyes le confieren a la Secretaría de Salud.

VI.- CONSULTA PÚBLICA

13. ¿Se consultó a las partes y/o grupos interesados para la elaboración de la regulación?

Formación de grupo de trabajo / comité técnico para la elaboración conjunta del anteproyecto

Particular
Anexo 3. Listado de participantes del Grupo Técnico Interinstitucional

Opinión
El Grupo Técnico Interinstitucional, conformado por representantes de instituciones, dependencias, colegios, academias, etc., de los sectores público, social y privado, fue el encargado de elaborar el anteproyecto de norma con el próposito de: establecer los criterios minimos de organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, así como los perfiles del personal facultado para desarrollar actividades especificas en este tipo de establecimiento.

Circulación del borrador a grupos o personas interesadas y recepción de comentarios

Particular
Anexo 4. Listado de las Secretarias Estales de Salud.

Opinión
Se realizó la circulación del documento de trabajo en las 32 entidades federativas con la finalidad de que se realizara la consulta entre los prestadores de servicios, instituciones de salud, academias, colegios de profesionales de la Entidad y demás organismos interesados en la materia del anteproyNOM.

14. Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.
El proyecto de norma, surge de la propuesta formulada por la Federación de Anatomía Patológica de la República Mexicana, A.C. a la Secretaría de Salud de elaborar un instrumento normativo para regular la práctica de la anatomía patológica, ya que actualmente no existe ningún ordenamiento en la materia. En este contexto, se elabora un anteproyecto, mismo que es sometido a la consideración del grupo de expertos y especialistas en la materia, que representaron a las diversas instituciones, dependencias, colegios, asociaciones de los sectores público, social y privado, concluyendo un documento que describe y precisa los criterios que deben observar los laboratorios de anatomía patológica, así como los profesionales y técnicos que participen en la organización y funcionamiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

VII.- ANEXOS

Anexe las versiones electrónicas de los documentos consultados o elaborados para diseñar la regulación.
31163.177.59.1.Anexo 2 Costo Apéndice A Normativo.docx
31163.177.59.1.Anexo 3 Listado de participantes del Grupo Técnico Interinstitucional..docx
31163.177.59.1.Anexo 4 Listado de las Secretarias Estales de Salud..docx
31163.177.59.1.Anexo 5 Nota Técnica del PEC..docx

10.3 Documento final Dictamen de COFEMER

COFEMER Comisión Federal de Mejora Regulatoria

SE

No. Expediente: 02/1255/300114

Titulo: PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-037-SSA3-2012, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Enviado por: SSA

Fecha de apertura: 30/01/2014

Si desea emitir su opinión respecto de este anteproyecto, envíe su comentario a cofemer@cofemer.gob.mx

Documentos que conforman al Anteproyecto Regulatorio.

Tipo de documento	Fecha de emisión	Remitente	Referencia
MIR ORDINARIA.	30/01/2014	Mikel Andoni Arriola Peñalosa	SSA/31163
DICTAMEN TOTAL FINAL	13/02/2014	Julio César Rocha López (CGMRS)	COFEME/14/0365

Para obtener notificaciones en su correo electrónico sobre los documentos que reciba o emita la COFEMER con relación a este expediente, de 'Clic aquí'.

SE
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

COFEMER
Comisión Federal de Mejora Regulatoria

COMISIÓN FEDERAL DE MEJORA REGULATORIA
COORDINACIÓN GENERAL DE MEJORA REGULATORIA SECTORIAL

Of. No. COFEME/14/0365

Asunto: Se emite Dictamen total (final) sobre el anteproyecto denominado *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.*

México, D.F., a 13 de febrero de 2014

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
14 FEB. 2014
RECIBIDO
OFICIALÍA DE PARTES

LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Secretaría de Salud
P r e s e n t e

Me refiero al anteproyecto denominado *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica*, y a su respectivo formulario de manifestación de impacto regulatorio (MIR), ambos instrumentos remitidos por la Secretaría de Salud (SSA) y recibidos por esta Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), el día 30 enero de 2014, a través del portal de la MIR[1].

Sobre el particular, respecto al supuesto aludido por esa Dependencia en términos de lo establecido en los artículos 3, fracción II, y 4 del Acuerdo de Calidad Regulatoria (ACR) (i.e. las dependencias y organismos descentralizados podrán emitir o promover la emisión o formalización de regulación cuando demuestren que con la emisión de la misma cumplen con una obligación establecida en la ley, así como en reglamento, decreto, acuerdo u otra disposición de carácter general expedidos por el Titular del Ejecutivo Federal), le informo que de acuerdo con la información proporcionada por la SSA en la MIR, esta Comisión considera que el anteproyecto en comento se sitúa en el supuesto antes referido, en virtud de que la Ley General de Salud (LGS) establece en su artículo 45, que "*corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse*".

Por otra parte, le informo que el anteproyecto de referencia también se ubica en el supuesto de excepción previsto por los artículos 3, fracción V, y 4 del Acuerdo de Calidad Regulatoria (i.e. los beneficios aportados por la regulación, en términos de competitividad y funcionamiento eficiente de los mercados, entre otros, son superiores a los costos de cumplimiento por parte de los particulares). Ello, toda vez que, considerando la información proporcionada por la SSA en la MIR correspondiente, así como el análisis realizado por esta Comisión, es posible determinar que los beneficios para los particulares serán superiores a los costos asociados al cumplimiento del presente anteproyecto, tal como se detallará en el apartado *IV. Impacto de la Regulación.*

En virtud de lo anterior, se efectuó el proceso de revisión previsto en el Título Tercero A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo (LFPA) por lo que, con fundamento en los los artículos 69-E, fracción II, 69-G, 69-H y 69-J de la misma, esta COFEMER tiene a bien emitir el siguiente:

[1] www.cofemermir.gob.mx

BOULEVARD ADOLFO LÓPEZ MATEOS 3025, PISO 8, COL. SAN JERÓNIMO ACULCO, DELEGACIÓN MAGDALENA CONTRERAS
C.P. 10100, MÉXICO, D. F., TEL. 01 55 56 29 95 00 EXT. 23607 | cofemer@cofemer.gob.mx

81. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICO-MÉDICA Y JURÍDICO-SANITARIA PARA LA EMISIÓN DE DICTÁMENES TÉCNICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Integrar y elaborar la información necesaria para desarrollar la fundamentación técnica-médica y jurídica-sanitaria de los dictámenes técnicos que le son requeridos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud por promoventes de los sectores público, social, privado o autoridades sanitarias o judiciales**.**

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora, firma y emite opiniones técnicas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social a los promoventes que lo soliciten; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud efectúa las gestiones necesarias para que se elabore el dictamen técnico-médico, así como su aprobación; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, proporciona sustento al proyecto de dictamen técnico-médico.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de elaborar y emitir opiniones técnicas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social a los promoventes que lo soliciten, a efecto de que regulen el desarrollo de sus actividades conforme a la misión y visión de la Secretaría de Salud.

3.3 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de realizar las gestiones necesarias para que se lleve a cabo el dictamen técnico-médico, así como aprobar el proyecto de dictamen técnico médico en base al marco jurídico sanitario.

3.4 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de integrar el borrador del dictamen técnico-médico y el marco jurídico sanitario para dar sustento al proyecto de dictamen técnico-médico.

3.5 En todos los casos, las opiniones técnicas deberán estar sustentadas en los aspectos técnico-médico y jurídico-sanitario que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en la Ley

General de Salud, así como en su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el artículo 18.

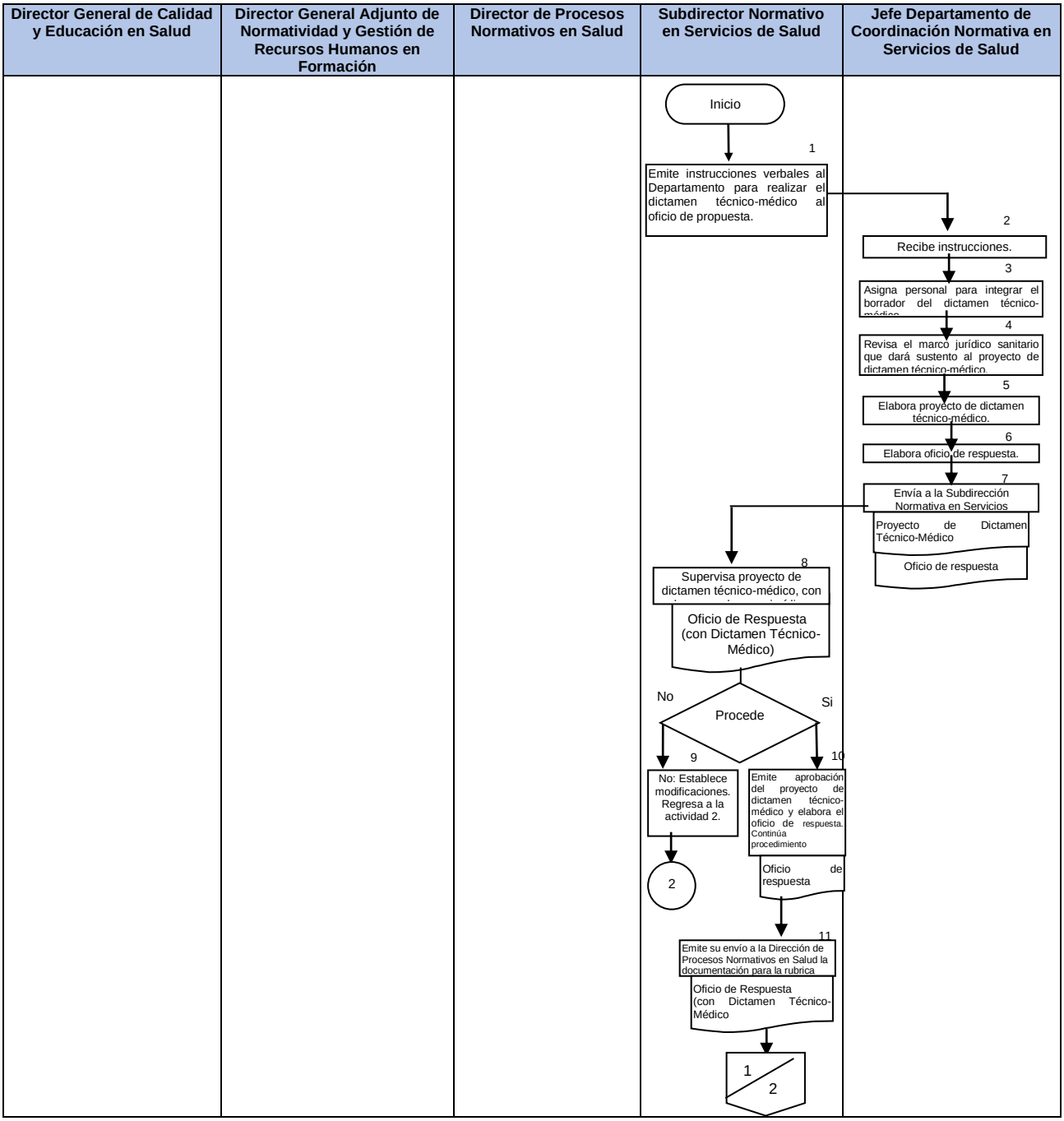
3.6 Director General de Calidad y Educación en Salud. Autoriza, firma y envía respuesta al promovente.

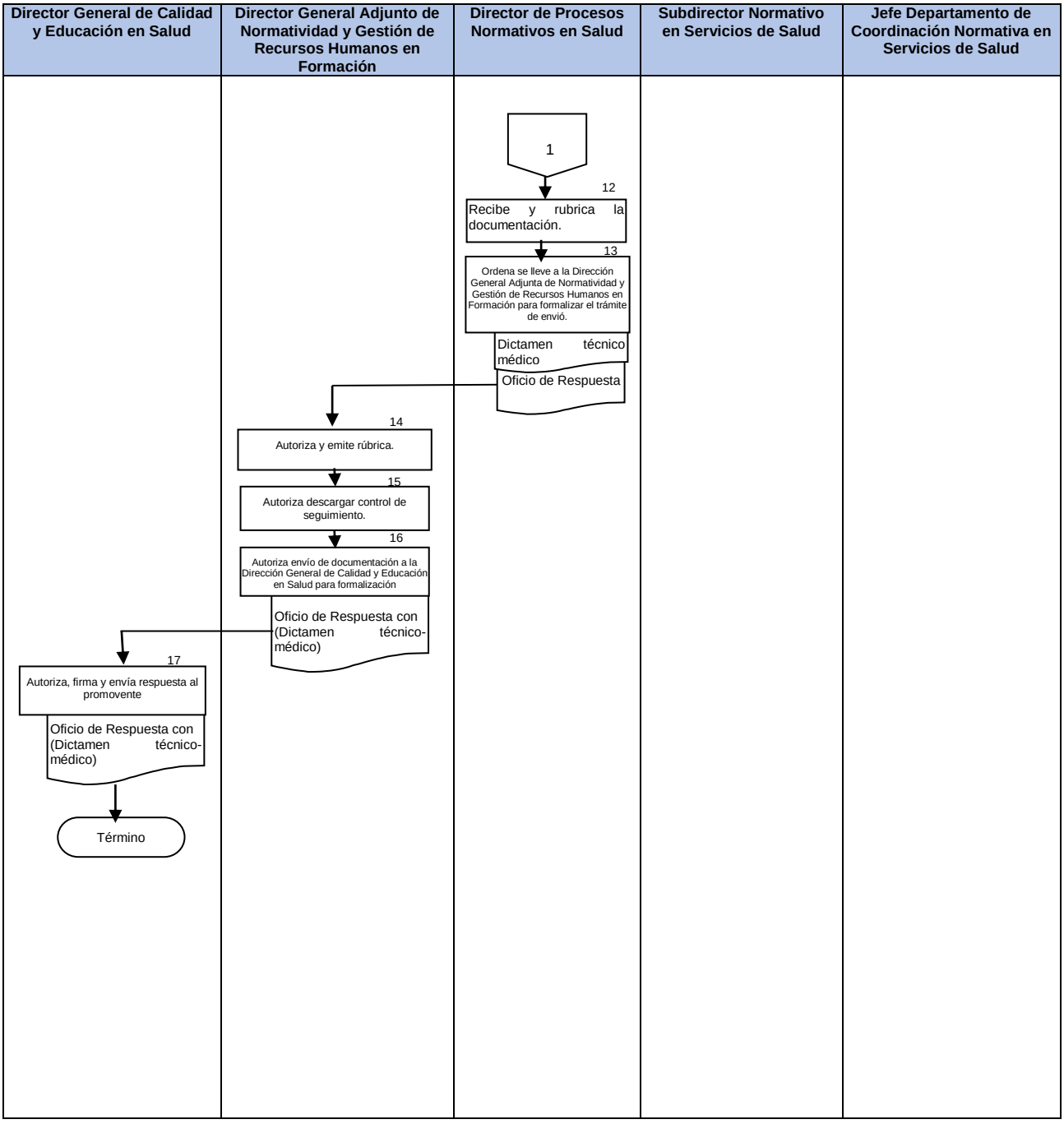
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	1	Emite instrucciones verbales al Departamento para realizar el dictamen técnico-médico al oficio de propuesta.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	2	Recibe instrucciones.	
	3	Asigna personal para integrar el borrador del dictamen técnico-médico.	
	4	Revisa el marco jurídico sanitario que dará sustento al proyecto de dictamen técnico-médico.	Proyecto de dictamen técnico-médico
	5	Elabora proyecto de dictamen técnico-médico.	Oficio de respuesta
	6	Elabora oficio de respuesta.	
	7	Envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación	
Subdirector Normativo ene Servicios de Salud	8	Supervisa proyecto de dictamen técnico-médico, con base en el marco jurídico sanitario	
	9	Procede: No: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 2.	Proyecto final de dictamen técnico-médico
	10	Si: Emite aprobación del proyecto de dictamen técnico-médico y elabora el oficio de respuesta. Continúa procedimiento.	Oficio de respuesta
	11	Emite su envío a la Dirección de Procesos Normativos en Salud la documentación para la rubrica	
Director de Procesos Normativos en Salud	12	Recibe y rubrica la documentación.	Dictamen técnico-médico
	13	Ordena se lleve a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para formalizar el trámite de envió.	Oficio de respuesta
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	14	Autoriza y emite rúbrica.	Dictamen técnico-médico
	15	Autoriza descargar control de seguimiento.	Oficio de respuesta
	16	Autoriza envío de documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalización.	

Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	17	Autoriza, firma y envía respuesta al promovente. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Dictamen técnico-médico. Oficio de respuesta

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director General de Calidad y Educación en Salud
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Director de Procesos Normativos en Salud
Subdirector Normativo en Servicios de Salud
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
1
12
Recibe y rubrica la documentación.
13
Ordena se lleve a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para formalizar el trámite de envió.
Dictamen técnico médico
Oficio de Respuesta
14
Autoriza y emite rúbrica.
15
Autoriza descargar control de seguimiento.
16
Autoriza envío de documentación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalización
Oficio de Respuesta con (Dictamen técnico-médico)
17
Autoriza, firma y envía respuesta al promovente
Oficio de Respuesta con (Dictamen técnico-médico)
Término

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal del Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Código Federal de Procedimientos Civiles	N/A
6.6 Protocolo de Estambul	N/A
6.7 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.8 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.9 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.10 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos	N/A
6.11 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.12 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.13 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.14 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1Oficios de Respuesta	2 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2Dictamen técnico-médico	2 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 Oficio con Respuesta	2 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Dictamen Técnico-Médico: Documento emitido por especialistas en materia medica, jurídica, técnica y sanitaria que establece los criterios generales, basados en las disposiciones jurídico-sanitarias vigentes, para la correcta interpretación del marco legal aplicable en situaciones habituales, cuando es requerido, por controversia o indefinición.

8.2 Servicios de Asistencia Social: El conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Proyecto de Dictamen Técnico -Médico
10.2 Oficio de respuesta con Dictamen Técnico-Médico

10.1 Proyecto de Dictamen técnico médico

AMFECCO
Asociación Mexicana de Facultades, Escuelas, Colegios y Consejos de Optometría, A.C.

OFICIO PRE039/08-14

México D.F. a 20 de Agosto del 2014

Dra. Mercedes Juan López

Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos

A nombre de la Asociación Mexicana de Facultades, Escuelas, Colegios y Consejos de Optometría, queremos compartirle nuestro entusiasmo por la posibilidad de que se reforme el Artículo 79, de la Ley General de Salud; en donde se pide la inclusión de la palabra Optometría, como una profesión para la que se requiere de título y cédula profesional. Además de invitarla a que nos apoye en el proceso de dicha reforma.

Históricamente, los Optometristas han tratado de reformar esta y otras leyes y así elevar la calidad y el nivel de atención para la salud visual de México, pero desafortunadamente no se ha podido concretar. Lo anterior, ha conducido a la proliferación de personal empírico y a una certificación por competencias insuficiente, en donde para emplearse como optometrista no se requiere de un nivel de educación específico.

Esto, a más de agravar el problema en la generación de nuevos profesionales. Pone en riesgo a la salud visual de México y aumenta los casos de ceguera prevenible, ya que el Optometrista, es la primera barrera de atención visual y al no contar con los conocimientos necesarios, pueden pasar desapercibidas para el examinador, enfermedades crónicas degenerativas que podrían atenderse a tiempo.

Sin embargo, estamos convencidos, de que con esta Reforma, daremos pie a que se incremente el número de profesionales de la salud visual, entre Licenciados en Optometría, Técnicos en todos sus niveles y Oftalmólogos. Lo que conllevará a un mejor nivel de atención y a cubrir más rápidamente, el número de profesionales que sugiere la Organización Mundial de la Salud, para la atención visual de la población.

Por todo lo anterior, creemos que siendo la salud de México, la finalidad común, podremos contar con su apoyo y su visto bueno, para que dicha Ley, sea reformada.

Sin más, me despido enviándole un cordial saludo.

Lic. en Opt. Juan Carlos López Méndez

Presidente

Mariano Escobedo #373 -6 Colonia Chapultepec Morales CP 11580 Delegación Miguel Hidalgo México D.F. amfecco@amfecco.org
55457957

10.3

10.3 Oficio de respuesta con Dictamen Técnico-Médico.

81

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | OFICIALÍA DE PARTES
05 SET. 2014
RECIBIDO
FECHA | HORA

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

"2014, Año de Octavio Paz"

02102
DGCES- DG - -2014

México, D.F., a, 02 SEP 2014

LIC. EN OPT. JUAN CARLOS LÓPEZ MÉNDEZ
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE FACULTADES, ESCUELAS, COLEGIOS Y CONSEJOS DE OPTOMETRÍA, A.C. (AMFECCO).
P R E S E N T E

Me refiero a su escrito número PRE039/08-14 de fecha 20 de agosto de 2014, dirigido a la Titular del Ramo, mediante el cual manifiesta su (sic) "entusiasmo por la posibilidad de que se reforme el Artículo 79 de la Ley General de Salud, en donde se pide la inclusión de la palabra Optometría, como una profesión para la que se requiere de título y cédula profesional. Además de invitar a que nos apoye en el proceso de dicha reforma". Asimismo en su escrito señala que esta Reforma, dará pie a que se incremente el número de profesionales de la salud visual.

Al respecto, me permito hacer de su conocimiento lo siguiente:

La optometría forma parte de un conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, para atender algún problema de refracción, cuyo procedimiento debe ser realizado exclusivamente en establecimientos de atención médica, por personal profesional que puede ser médico especialista en oftalmología, licenciado en optometría o por personal técnico en sus respectivos ámbitos de formación académica y responsabilidad profesional, de conformidad con los artículos 78 y 79 de la Ley General de Salud donde se señala con toda claridad que dicho personal deberá contar con título profesional, en su caso, certificado de especialización o diploma para el personal técnico según corresponda, legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

El personal que no cumple con estos requisitos, incurre en irregularidades que sanciona la Ley General de Salud. Por lo anteriormente expresado, el ejercicio profesional del personal del área de la salud, está regulado de manera general explícita o implícita por dicha Ley, por lo que en este caso particular, no es necesario hacer explícita la palabra Optometría en la Ley General de Salud. Es pertinente mencionar que el nivel académico y personalidad jurídica del profesional, lo otorga la autoridad educativa competente a través de la expedición de una cédula profesional que lo faculta para ejercer, no la Secretaría de Salud, ni la Ley en esta materia.

Del mismo modo, es necesario aclarar que las reformas a la Ley son competencia del Poder Legislativo y no del Poder Ejecutivo del cual forma parte la Secretaría de Salud, por lo tanto, dentro de las competencias de la Secretaría no se encuentra la de apoyar o intervenir de manera directa o indirecta en

Lorena Matías Herrera

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

2

el proceso de reformas a la Ley General de Salud, ni para pronunciarse a favor de una carrera profesional o alguna rama de la medicina en particular.

Por último es pertinente señalar, que las Reformas a la Ley General de Salud no tienen como propósito el de incrementar el número de profesionales de la salud en general, ni de los profesionales de la salud visual en particular, sino ampliar y precisar la base jurídica que garantice el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la población en general, que consagra el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dra. Mercedes Juan López.- Secretaria de Salud.- Presente
C.c.p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.

Folio de delegación DGCES: 2719
Sección/Serie: 1S.1

HMC/ASM

82. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LOS CURSOS, SEMINARIOS Y DEMÁS EVENTOS RELATIVOS A LA NORMATIVIDAD EN MATERIA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, EN REPRESENTACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Representar a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en cursos, seminarios y demás eventos relacionados a la Normatividad, para coadyuvar en el cumplimiento de la misión de esta Dirección General.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora y expide Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social; participa en seminarios, congresos, o sesiones informativas para difundir la información sobre el marco jurídico vigente; la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, analiza las invitaciones y solicitudes y da instrucciones a la Dirección de Procesos Normativos en Salud; la Dirección de Procesos Normativos en Salud, da seguimiento a las solicitudes y envía a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención; la Subdirección Normativa en Servicios de Salud, recibe las solicitudes y establece criterios para preparar el material informativo en la atención de cada solicitud; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, revisa el marco jurídico vigente, prepara y elabora presentación y participa en el evento.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y local, personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de Atención Médica y Asistencia Social o que soliciten la participación de la Dirección General.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar y expedir Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica y asistencia social, a las que deben sujetarse los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, así como de instrumentar las estrategias y medios para su difusión.

3.3 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud participa en seminarios, congresos, o sesiones informativas, a efecto de difundir la información más detallada y completa sobre el marco jurídico vigente, a efecto que los servicios de atención médica que se ofertan y

proporcionan a los usuarios del Sistema Nacional de Salud cumplan con las características de calidad y seguridad que exige la legislación sanitaria vigente.

3.4 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de analizar las invitaciones y solicitudes para las instrucciones correspondientes a la Dirección de Procesos Normativos en Salud.

3.5 Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de dar seguimiento a las solicitudes generadas y enviar a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.

3.6 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de recibir las solicitudes e instruir al personal correspondiente para preparar el material informativo y establecer los criterios para la atención de cada solicitud de acuerdo a la temática normativa requerida.

3.7 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de asignar personal adecuado para llevar a cabo la revisión del marco jurídico vigente, así mismo prepara y elabora presentación y participa en dicho evento.

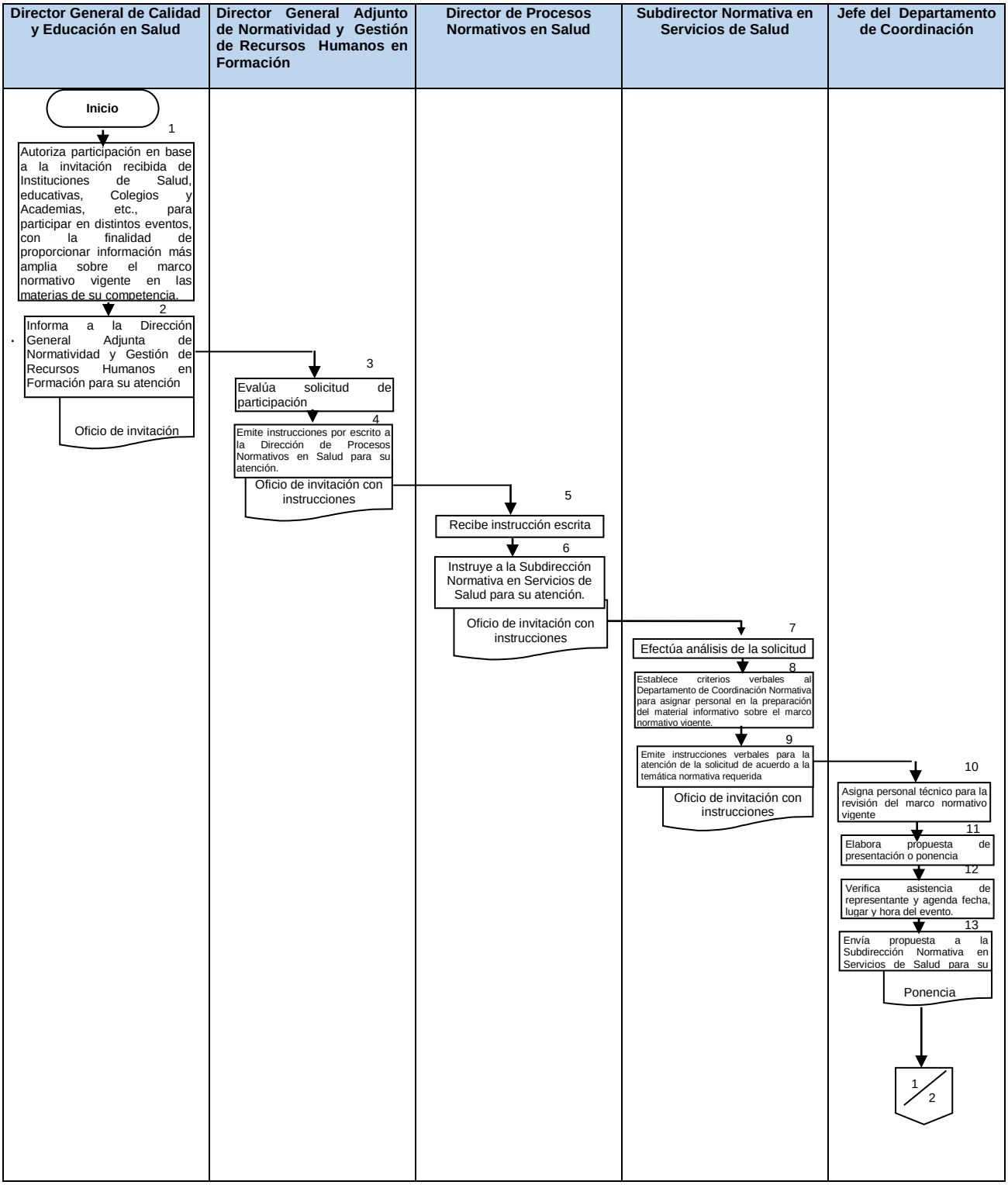
3.8 Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud. Asistencia del ponente designado al evento. Elabora nota informativa al finalizar el evento. Envía nota informativa al director General de Calidad y Educación en Salud para descargar el folio.

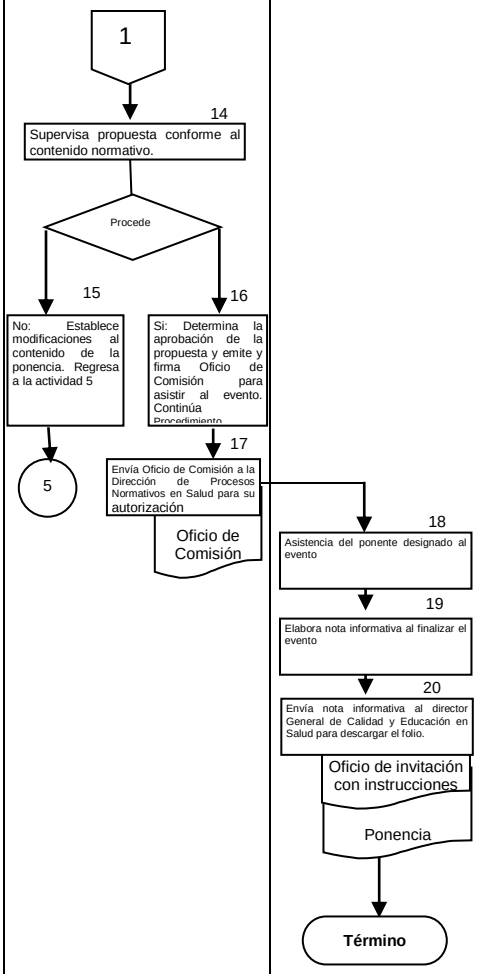
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Autoriza participación en base a la invitación recibida de Instituciones de Salud, educativas, Colegios y Academias, etc., para participar en distintos eventos, con la finalidad de proporcionar información más amplia sobre el marco normativo vigente en las materias de su competencia.	Oficio de invitación.
	2	Informa a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su atención.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	3	Evalúa solicitud de participación	Oficio de invitación con instrucciones.
	4	Emite instrucciones por escrito a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	
Director de Procesos Normativos en Salud	5	Recibe instrucción escrita	Oficio de invitación con instrucciones.
	6	Instruye a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su atención.	
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	7	Efectúa análisis de la solicitud	Oficio de invitación con instrucciones
	8	Establece criterios verbales al Departamento de Coordinación Normativa para asignar personal en la preparación del material informativo sobre el marco normativo vigente.	
	9	Emite instrucciones verbales para la atención de la solicitud de acuerdo a la temática normativa requerida.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	10	Asigna personal técnico para la revisión del marco normativo vigente.	Ponencia
	11	Elabora propuesta de presentación o ponencia.	
	12	Verifica asistencia de representante y agenda fecha, lugar y hora del evento.	
	13	Envía propuesta a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su aprobación.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	14	Supervisa propuesta conforme al contenido normativo.	
		Procede:	
	15	No: Establece modificaciones al contenido de la ponencia. Regresa a la actividad 5	
	16	Si: Determina la aprobación de la propuesta y emite y firma Oficio de Comisión para asistir al evento. Continúa Procedimiento.	Oficio de Comisión, en su caso.
	17	Envía Oficio de Comisión a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su autorización.	
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	18	Asistencia del ponente designado al evento	Oficio de Comisión, en su caso.
	19	Elabora nota informativa al finalizar el evento	
	20	Envía nota informativa al director General de Calidad y Educación en Salud para descargar el folio.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5.- DIAGRAMAS DE FLUJO



Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativa en Servicios de Salud	Jefe del Departamento de Coordinación
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal del Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Ponencia	2 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2 Oficio de comisión	2 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco Jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Norma Oficial Mexicana: instrumento jurídico-sanitario que impone obligaciones a los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores público social y privado.

8.3 Servicios de Asistencia Social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección

física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.4 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de Invitación
10.2 Oficio de Comisión
10.3 Ponencia

10.1 Oficio de Invitación

82

13 ENE. 2016 RECIBIDO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DES...
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG- 00011 -2016

México, D.F., a 08 de enero de 2016

DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
"ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"
P R E S E N T E

Me refiero a su Oficio No. 1609, de fecha 28 de diciembre de 2015, mediante el cual solicita la designación del Dr. Teodoro Adolfo Serrano Moya, Subdirector Normativo en Servicios de Salud, para impartir la conferencia "Observancia de las Normas Oficiales Mexicanas como Mecanismo de Calidad", en el Auditorio Samuel Karchmer, en la Sesión General de las 12:30 horas, el día 27 de enero del presente año.

Al respecto y tomando en consideración su interés manifiesto por las Normas Oficiales Mexicanas como Mecanismo de Calidad, me permito hacer de su conocimiento que he designado al Dr. Serrano Moya, para que asista y participe en la mencionada Sesión General.

No omito mencionar que en caso de estimarlo pertinente, personal del Instituto Nacional a su digno cargo, podrá ponerse en contacto directamente con el ponente en el correo electrónico: adolfo.serrano@salud.gob.mx o en el número de teléfono: 20 00 34 78, para precisar los detalles necesarios,

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
13 ENE 2016
RECIBIDO
DIRECCIÓN GENERAL
HORA 11:08 NOMBRE

C. c. p. Dr. Eduardo González Pier.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.
C. c. p. Lic. Leticia Angélica García Otamendi.- Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.- Presente.

Folio de la DGCES: 9445.
Sección/Serie: 1S.1
LAGO/TMR/ASM

10.2Oficio de Comisión

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
INPer
2015.1000. - 001609

DIRECCIÓN GENERAL
DG-9445

MÉXICO, D.F., A 28 DE DICIEMBRE DE 2015.

"2015 AÑO DEL GENERALÍSIMO JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y
EDUCACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Como parte fundamental de la calidad en el proceso de atención hacia el paciente y con la finalidad de favorecer el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas, en este Instituto Nacional de Perinatología, le solicito su apoyo para designar al ***Dr. Teodoro Adolfo Serrano Moya, Subdirector Normativo en Servicios de Salud***, para impartir la conferencia ***"Observancia de las Normas Oficiales Mexicanas como Mecanismo de Calidad",*** en el Auditorio Samuel Karchmer de este Instituto, en la Sesión General de las 12:30 horas, el día 27 de enero de 2016.

Lo anterior, en virtud de su reconocida y vasta experiencia en el tema.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE,

DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ
DIRECTOR GENERAL

SALUD | DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
29 DIC 2015
RECIBIO: Carlos
HORA: 12:38

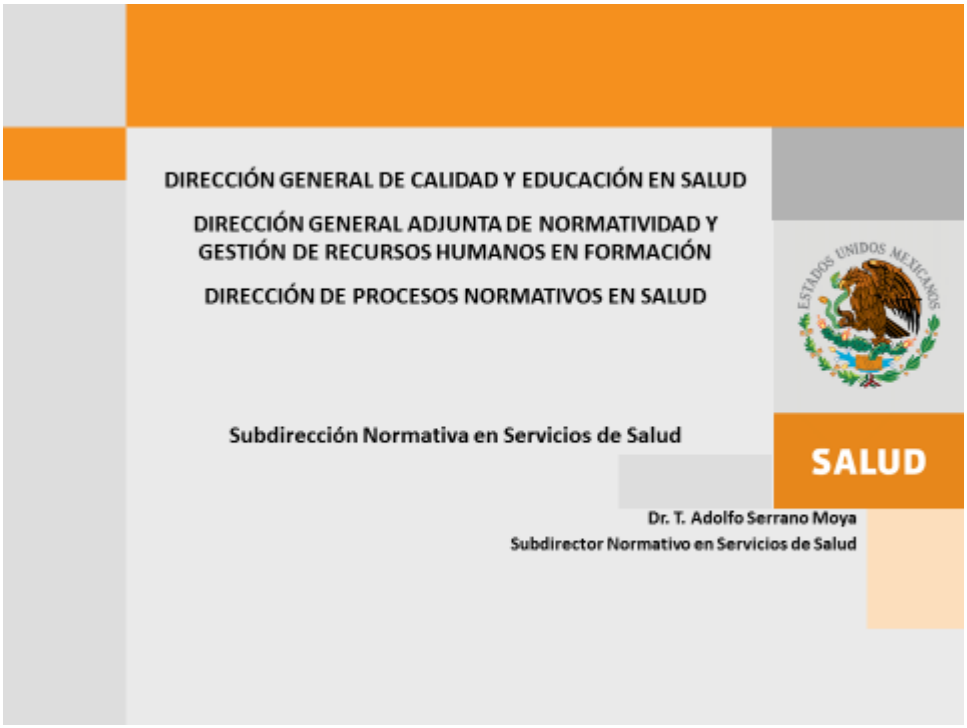
C.C.P. DR. RAMÓN ALBERTO RUIZ TAPIA.- DIRECTOR DE PLANEACIÓN.- PRESENTE.
DR. RODRIGO ZAMORA ESCUDERO.- DIRECTOR MÉDICO.
EXPEDIENTE

RART/MMUS/AGAC

SALUD | DGCES
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
04 ENE 2016
RECIBIO:
HORA:

Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, Deleg. Miguel Hidalgo, Distrito Federal, C.P. 11000
Teléfonos: 5520 8565 y 5202 2493 Fax: 5520 1593, e-mail: dirgral@inper.mx

10.3 Ponencia



83. PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD, EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

1. PROPÓSITO

1.1 Coadyuvar en el cumplimiento de la gestión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la instrumentación de actividades con los servicios de salud de las entidades federativas en materia de normalización.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno:

El procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud y al Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora y emite normas oficiales mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social. Autoriza formalizar con la entidad federativa solicitante, la asistencia a los servicios de salud La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, autoriza la participación, en cursos de capacitación, asesorías, elaboración de encuestas y supervisiones para la evaluación de la aplicación de las regulaciones en materia de competencia de la Dirección General; la Dirección de Procesos Normativos en Salud emite opinión y formaliza la atención de la solicitud. La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, efectúa el análisis de la solicitud, determina la aprobación de la propuesta y designa al ponente; el Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, integra la propuesta y asigna al personal encargado de diseñar el programa de capacitación, asesoría o encuestas para vigilar la aplicación de la normatividad vigente.

2.2 A nivel externo:

El procedimiento es aplicable a las instituciones del sector salud que prestan servicios de atención médica y asistencia social que apliquen las metodologías que se desarrollan, para mejorar la eficiencia de la infraestructura disponible en el ámbito institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, propiciará la homogenización de criterios en la interpretación y aplicación del Marco Jurídico Sanitario en el desarrollo de las actividades de los servicios de atención médica y asistencia social.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene la facultad de elaborar y emitir normas oficiales mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica y asistencia social y demás actos administrativos de carácter general, en términos de las disposiciones aplicables a que deberán sujetarse, los promoventes que lo soliciten a efecto que regulen el desarrollo de sus actividades conforme la misión y visión de la Secretaría de Salud.

3.3 La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de recibir la solicitud de las entidades federativas para participar en cursos de capacitación, asesorías, elaboración de encuestas y supervisiones para la

evaluación de la aplicación de las regulaciones en materia de competencia de la Dirección General.

3.4 La Dirección de Procesos Normativos en Salud, es responsable de emitir opinión y punto de vista para formalizar la atención de la solicitud.

3.5 La Subdirección Normativa en Servicios de Salud, es responsable de llevar a cabo el análisis de la solicitud y aprueba la propuesta en base a la solicitud.

3.6 El Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, es responsable de integrar la propuesta y asignar al personal encargado de diseñar el programa de capacitación, asesoría o en su caso elaboración de guías o encuestas para vigilar la aplicación de la normatividad vigente.

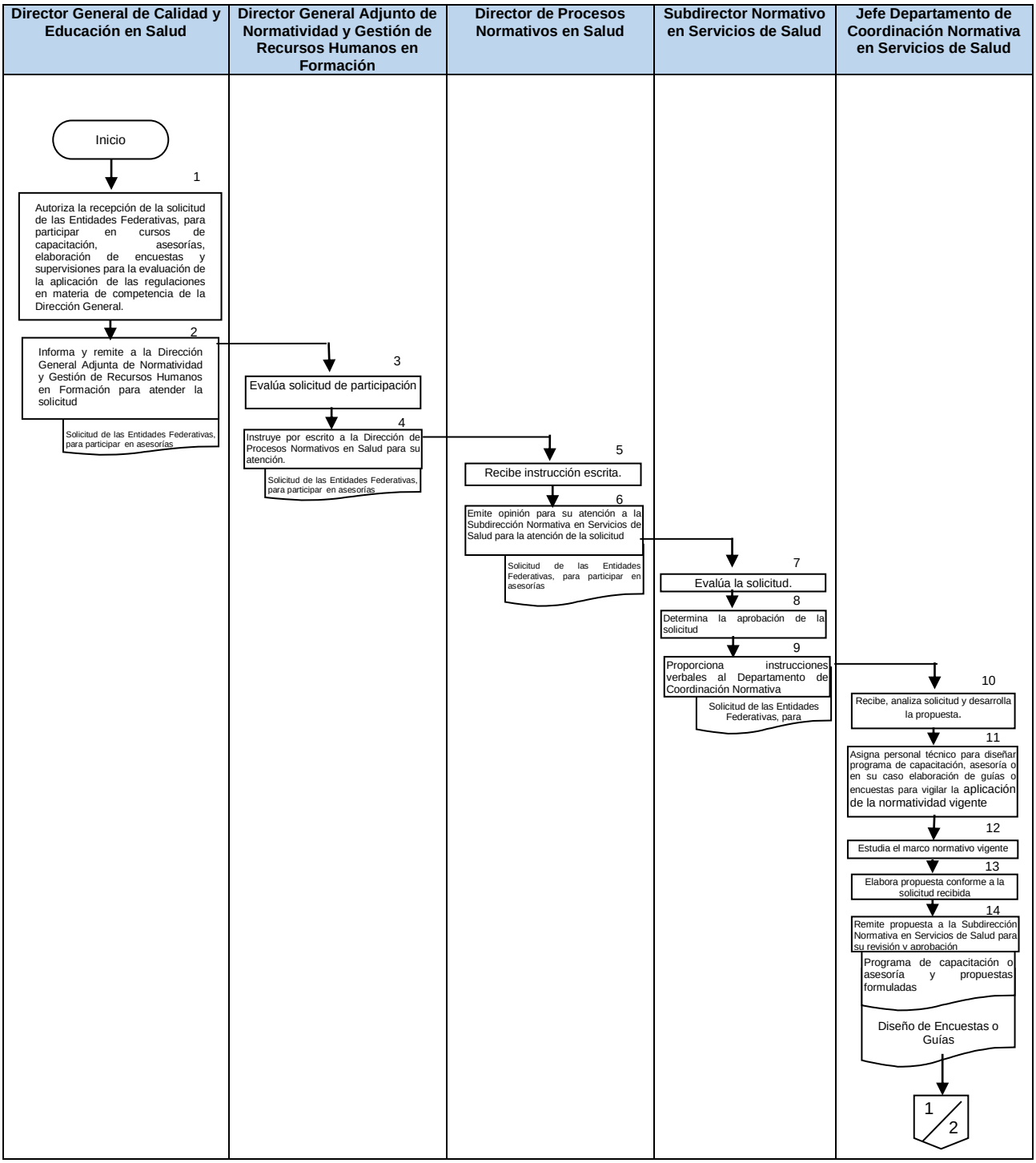
3.7 Director General de Calidad y Educación en Salud. Autoriza y formaliza con la entidad federativa solicitante, la asistencia a los servicios de salud para desarrollar el programa de capacitación o asesoría, o en su caso el envió de las guías o encuestas solicitadas.

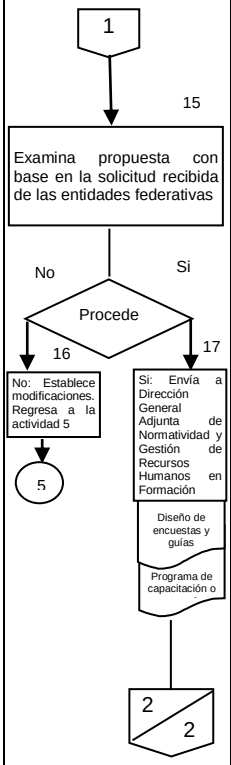
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

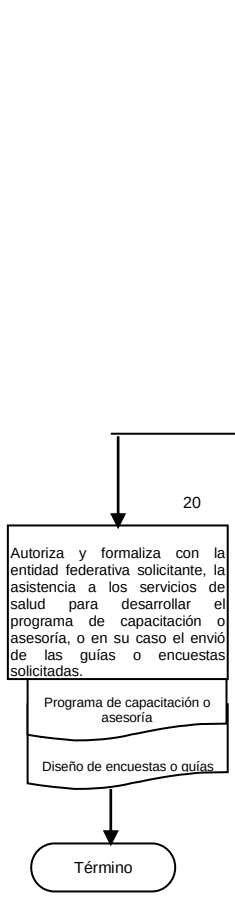
Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1 2	Autoriza la recepción de la solicitud de las Entidades Federativas, para participar en cursos de capacitación, asesorías, elaboración de encuestas y supervisiones para la evaluación de la aplicación de las regulaciones en materia de competencia de la Dirección General. Informa y remite a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para atender la solicitud.	Solicitud de las Entidades Federativas, para participar en asesorías
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	3 4	Evalúa solicitud de participación Instruye por escrito a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su atención.	Solicitud de las Entidades Federativas, para participar en asesorías.
Director de Procesos Normativos en Salud	5 6	Recibe instrucción escrita. Emite opinión para su atención a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para la atención de la solicitud	Solicitud de las Entidades Federativas, para participar en asesorías.
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	7 8 9	Evalúa la solicitud. Determina la aprobación de la solicitud Proporciona instrucciones verbales al Departamento de Coordinación Normativa	Solicitud de las Entidades Federativas, para participar en asesorías.
Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	10 11 12 13 14	Recibe, analiza solicitud y desarrolla la propuesta. Asigna personal técnico para diseñar programa de capacitación, asesoría o en su caso elaboración de guías o encuestas para vigilar la aplicación de la normatividad vigente Estudia el marco normativo vigente Elabora propuesta conforme a la solicitud recibida Remite propuesta a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud para su revisión y aprobación	Programa de capacitación o asesoría Diseño de encuestas o guías

Responsable	No. Act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirector Normativo en Servicios de Salud	15 16 17	Examina propuesta con base en la solicitud recibida de las entidades federativas Procede: No: Establece modificaciones. Regresa a la actividad 5 Si: Envía a Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para su autorización. Continua procedimiento	Programa de capacitación o asesoría Diseño de encuestas o guías
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	18 19	Evalúa propuesta con base en la solicitud recibida Autoriza su envío a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para formalizar y programar la logística en coordinación con la o las entidades federativas.	Programa de capacitación o asesoría Diseño de encuestas o guías
Director General de Calidad y Educación en Salud	20	Autoriza y formaliza con la entidad federativa solicitante, la asistencia a los servicios de salud para desarrollar el programa de capacitación o asesoría, o en su caso el envió de las guías o encuestas solicitadas. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Programa de capacitación o asesora Diseño de encuestas o guías Asistencia a las entidades federativas

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud
	7			

Director General de Calidad y Educación en Salud	Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	Director de Procesos Normativos en Salud	Subdirector Normativo en Servicios de Salud	Jefe de Departamento de Coordinación Normativa
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley Federal del Procedimiento Administrativo	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5 Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.6 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	N/A
6.9 Derechos de los Médicos y los Pacientes	N/A
6.10 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.11 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.2 Guías o encuestas	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A
7.3 Programa de capacitación o asesoría	5 años	Jefe Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Marco jurídico-sanitario: es el conjunto de instrumentos legales que establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de servicios de atención médica y asistencia social.

8.2 Servicios de Asistencia Social: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección

física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

8.3 Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de participación a la entidad federativa
10.2 Respuesta de la entidad federativa

10.1Solicitud de participación a la entidad federativa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- 00251 -2017
Ciudad de México, a 2 de febrero de 2017

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DE
LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
P R E S E N T E

El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), en el presente año tiene diversas normas que concluyen su periodo de vigencia quinquenal, por lo que con base en lo dispuesto por la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y su Reglamento, serán revisadas y actualizadas dos de ellas, con el propósito de mantener vigentes sus contenidos normativos. Por lo que el documento en formato de tres columnas, para cada una de las normas que se describen, estará disponible en la liga electrónica: http://calidad.salud.gob.mx/site/noms/documentos.html

- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

Lo anterior, con la atenta solicitud de que sea el amable conducto para llevar a cabo una consulta entre los prestadores de servicios de atención médica, academias, colegios de profesionales de la Entidad y demás organismos interesados en la revisión y actualización de las normas descritas. No omito mencionar, que resultaría de gran utilidad, identificar el nombre, denominación o razón social y en su caso, el tipo de representatividad de los participantes.

Una vez consensuadas y avaladas las propuestas por los Servicios de Salud a su digno cargo, se integrarán en un documento por cada NOM, en el que las propuestas formuladas se identifiquen preferentemente con textos en color contrastante u otro tipo de letra y sean remitidos a esta Dirección General, en impresión y medio magnético a más tardar el próximo 28 de febrero del presente año.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL Y
SECRETARIO TÉCNICO DEL
CCNNIDTIS

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C. c. p. Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del CCNNIDTIS.- Presente.

SIN FOLIO DGCES.
Sección/Serie: 1S.1
TMRYASME

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel: (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 **www.calidad.salud.gob.mx (Soberana Sans 8 Pts.)**

10.2 Respuesta de la entidad federativa

06-2563

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO
SAN LUIS POTOSI

SLP PROSPEREMOS JUNTOS Gobierno del Estado 2009-2015 — SERVICIOS DE SALUD

DIRECCION: POLITICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCION: HOSPITALES
DOMICILIO: PROL. CALZADA DE GUADALUPE No. 5850 COL. LOMAS DE LA VIRGEN
NUMERO DE OFICIO
EXPEDIENTE 15S.2 N° 05987

ASUNTO: Se envían propuestas.

San Luis Potosí, S.L.P., 13 MAR. 2017

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
6 ABR 2017
RECIBIO: CC NOS
HORA: 11:00

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO, TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
AV. HOMERO No. 213 PISO 12
COL. CHAPULTEPEC MORALES
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO C.P. 11570
CIUDAD DE MÉXICO.

06-04-2017
Lic. Paty
— La atención que procede
— Proyectos de NOM-006 y 007

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

En seguimiento al Oficio No. DGCES-DG-00251-2017, y una vez que se ha realizado la revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos, solicitada por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS); adjunto al presente las propuestas formuladas por estos Servicios de Salud a mi cargo, en el formato y características solicitadas.

Sin otro asunto por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN
LA DIRECTORA GENERAL

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI
13 MAR 2017

DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SALUD SECRETARÍA DE SALUD
-6 ABR 2017
RECIBIO: Jazmin
HORA: 1330

Anexo: hojas.

MSHM/JJML/BMHG/pam

Recibido 06/04/17
15:00 hrs

2017 "Un siglo de las Constituciones"

84. PROCEDIMIENTO PARA ASESORAR EN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Guiar y supervisar la aplicación de los mecanismos normativos para la formación de recursos humanos para la salud para apoyar la toma de decisiones locales relacionadas con el capital humano para la salud que se traduzcan en mejoría de los procesos de educación en salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, involucra a la Dirección General Adjunta de Normatividad coordina el procedimiento para asesorar en la aplicación de los instrumentos normativos para la formación de recursos humanos y Educación en Salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud es responsable de la recepción de solicitudes de asesoría en materia de implantación de los instrumentos normativos para la formación de recursos humanos para la salud y la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, ejecutar las asesorías de los instrumentos normativos para la formación de recursos humanos para la salud, detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte del proceso de la asesoría.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a los organismos de las entidades federativas responsables de los procesos de formación de recursos humanos para la salud, en la toma de decisiones locales relacionadas con el capital humano para la salud que se traduzcan en mejoría de los procesos de educación en salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para la recepción de solicitudes de asesoría en materia de implantación de los instrumentos normativos para la formación de recursos humanos para la salud es responsabilidad de la Dirección de Procesos Normativos en Salud, recibir y turnar dichas solicitudes a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud para desarrollar la asesoría.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud pactar la ejecución y de contar con todos los elementos necesarios para el desarrollo de la asesoría.

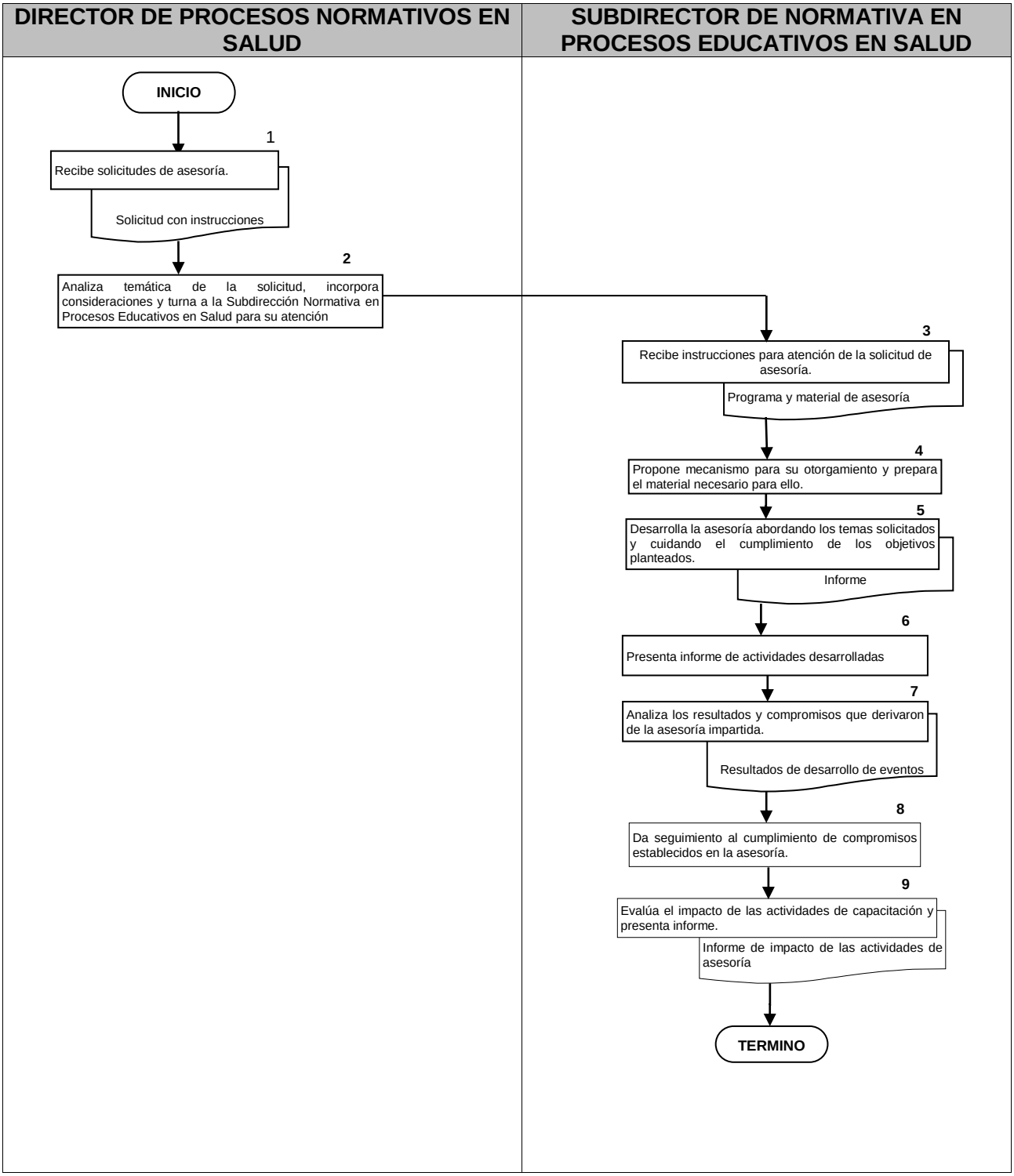
3.3 Es responsabilidad de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud asegurarse de que los participantes ejecuten la asesoría convenida, así como también negociar con los representantes de las entidades federativas las fechas en que sean programadas las asesorías.

3.4 Es responsabilidad de la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud ejecutar las asesorías de los instrumentos normativos para la formación de recursos humanos para la salud, detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte del proceso de la asesoría.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud.	1	Recibe solicitudes de asesoría.	
	2	Analiza temática de la solicitud, incorpora consideraciones y turna a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud para su atención.	Solicitud con instrucciones
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	3	Recibe instrucciones para atención de la solicitud de asesoría.	
	4	Propone mecanismo para su otorgamiento y prepara el material necesario para ello.	Programa y material de asesoría
	5	Desarrolla la asesoría, abordando los temas solicitados y cuidando el cumplimiento de los objetivos planteados.	Informe
	6	Presenta informe de actividades desarrolladas	
	7	Analiza los resultados y compromisos que derivaron de la asesoría impartida.	Resultados de desarrollo de eventos
	8	Da seguimiento al cumplimiento de compromisos establecidos en la asesoría.	
	9	Evalúa el impacto de las actividades de capacitación y presenta informe.	Informe de impacto de las actividades de asesoría
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Plan Nacional de Capacitación en Calidad	N/A
6.4 Solicitudes de capacitación de la entidades federativas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Listas de Asistencia	5 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.2 Programa de Actividades de asesoría	1 año	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.3 Formato de Recepción de Información de cumplimiento de compromisos de asesoría	5 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
7.4 Informe de control de avance de compromisos de asesoría	5 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría: Instruir sobre algún tema, tópico, instrumento o servicio, así como con sus formalidades humanas materiales o técnicos que necesariamente están asociados a los requerimientos operativos de proceso que están basados en el conocimiento cognitivo.

8.2 Evento: Actividad vinculada con el propósito de generar un producto o servicio. Es la serie de acciones interrelacionadas para convertir insumos en resultados. Los procesos involucran personas, máquinas, herramientas, técnicas y material en una serie sistemática de pasos o acciones. (Conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes (input) en elementos salientes (output).

8.3. Material de Apoyo: Material que se proporciona a los participantes de un evento para el desarrollo de sus actividades durante y después al evento de asesoría.

8.4. Programade Asesoría: Es un documento que sirve para que el asesor pueda programar en cuanto a tiempos los temas que se van abordar, estas incluyen el objetivo general del evento, objetivos específicos por cada uno de los temas, actividades, tiempos (de teoría y práctica), apoyos materiales y evaluación

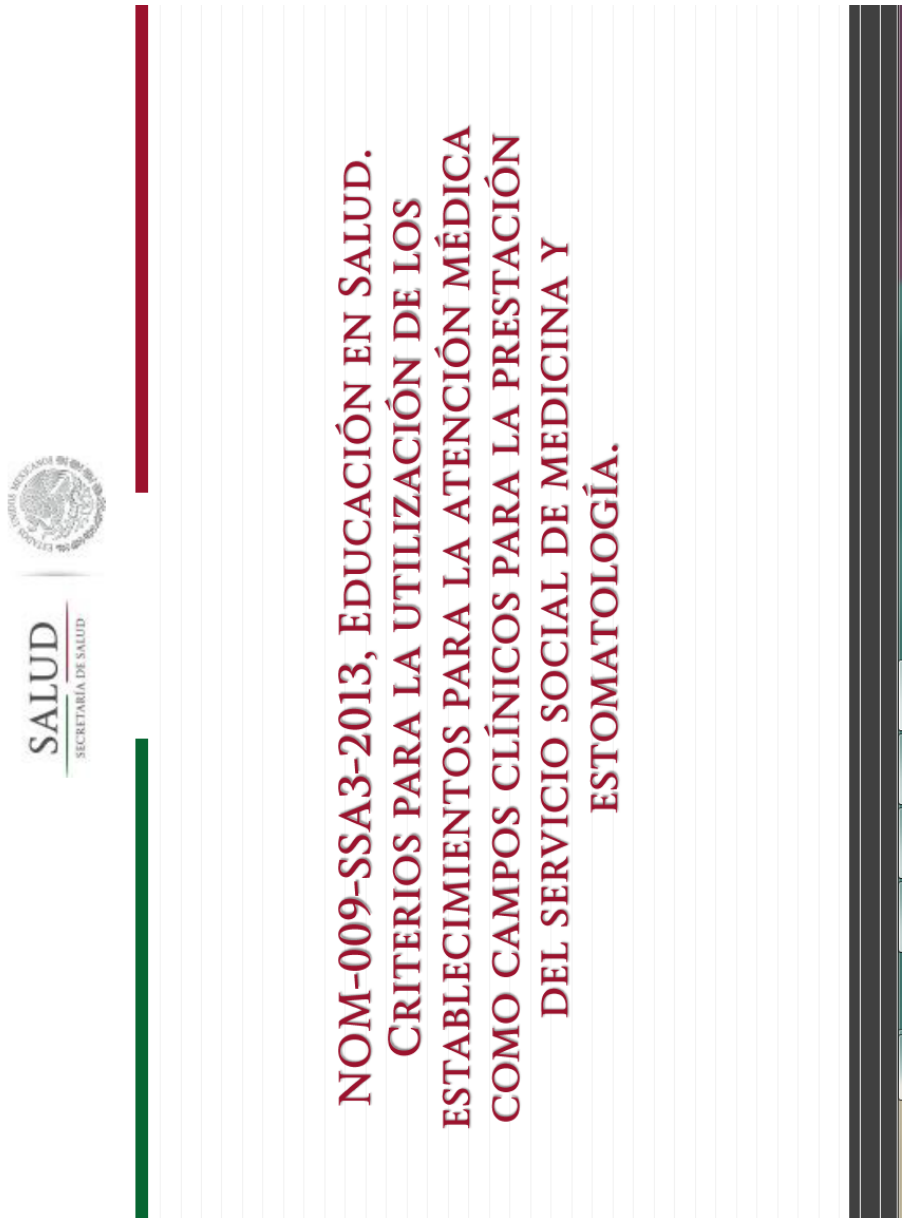
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Presentación utilizada como material didáctico para la instrumentación, seguimiento y vigilancia de la aplicación de la NOM009

10.1 Presentación utilizada como material didáctico para la instrumentación, seguimiento y vigilancia de la aplicación de la NOM009



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Estrategia para la Instrumentación, Seguimiento y Vigilancia de la aplicación de la NOM 009

Se llevará a cabo en tres etapas:

Etapa I.

a. Difusión.

- A través de las páginas web de las instituciones educativas y de salud
- Presentación en diversos foros
- Asesoría permanente a los responsables de la operación de la norma vía electrónica, telefónica y presencial



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Estrategia para la Instrumentación, Seguimiento y Vigilancia de la aplicación de la NOM 009

Diagnóstico situacional por entidad federativa de los campos clínicos y condiciones para implementar la NOM, a través de un cuestionario

De los siguientes aspectos de la Norma, señale el nivel de problemática que considere podría tener para su cumplimiento, señale el motivo y su impacto

ASPECTOS PRINCIPALES	NIVEL DE PROBLEMÁTICA				MOTIVO POR EL QUE IMPLICA UNA PROBLEMÁTICA	IMPACTO, POSITIVO O NEGATIVO.
	ALTA	MEDIA	BAJA	NINGUNA		
Establecimiento de Convenios						
Coordinación con las instituciones educativas						
Integración de catálogo de campos clínicos						
Ubicación de los campos clínicos						
Infraestructura de las unidad						
Área de estancia del pasante						
Supervisión coordinada a los pasante						
Actividades de inducción						
Seguridad para los pasantes						

Con los resultados del mismo se apoyará para la identificación e implementación de estrategias a corto y mediano plazo que favorezcan la aplicación de la NOM

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Etapa 2

Instrumentación a través de:

a. Elaboración de instrumentos normativos de apoyo acordes a la NOM.

- Lineamientos para Prestación del Servicio Social de los Profesiones de Medicina y Estomatología en los establecimientos para la atención médica de la Secretaría de Salud.
  (Avance del 70% en su elaboración)
- Modelo del instrumento consensual que deben suscribir las instituciones educativas y de salud.
  (Avance del 70% en su elaboración)

SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

LINEAMIENTOS PARA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE LAS PROFESIONES DE MEDICINA Y ESTOMATOLOGÍA EN LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

ÍNDICE

- Presentación.
- Objetivo.
- Fundamento Legal
- Ámbito de Aplicación
- Glosario.
- Disposiciones Generales.
- Coordinación con las instituciones de educación superior
- Campos Clínicos.
- Catálogos de Campos Clínicos.
- Programación y Asignación de Campos Clínicos y Plazas de Servicio Social
- Adscripción de Pasantes
- Programa Operativo
- Incidencias
- Supervisión, Asesoría y Evaluación
- Derechos y Deberes de los Pasantes
- Medidas Disciplinarias.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Etapa 2

Área	Concepto	Criterio	Cumple	No cumple	Puntaje Máximo
Infraestructura y equipamiento	Cuarto de Descanso exclusivo para el pasante	Debe existir un cuarto de descanso para el pasante dentro de las instalaciones del centro, en caso de encontrarse la unidad en reconstrucción o no cuente con esta área se podrá contar con un cuarto de descanso dentro de la comunidad, que deberá proveer la autoridad municipal sin cargo para el pasante, con los mismos requisitos de esta cédula que son:			10
		Medidas mínimas 3x3	2		
		Ventilación e iluminación natural	2		
		Cama con colchón en buena condiciones(no hospitalario)	2		
		Mueble para guardar sus pertenencias con seguridad	1		
		Instalación eléctrica en buenas condiciones	1		
		Puerta con chapa en buena condiciones y protección	2		
Infraestructura	Baño Completo	Para uso exclusivo del pasante			10
		Instalación de baño independientes y destinados a uso de los pacientes.	2		
		Con W.C. en buenas condiciones y funcionando	1		
		Lavamanos en buenas condiciones y funcionando	1		
		Regadera en buenas condiciones y funcionando	1		
		Disposición de excretas en medio seguro (drenaje o fosas septica en buenas condiciones y funcionando)	2		

b. Elaboración de instrumentos operativos para la supervisión de los campos clínicos por las entidades federativas

- Cédula de evaluación unidades sede para servicio social
  (Avance 70% en su elaboración)
- Guía de supervisión para campos clínicos de servicio social.
  (En proceso de elaboración)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Etapa 3

Vigilancia

a. Seguimiento y apoyo a las actividades de supervisión a los campos clínicos por las instituciones educativas y de salud, reportando en sistema electrónico puntos específicos y enviando observaciones para la operación del servicio social acorde a normativa.

b. Verificación de avances del programa de mejora de los campos clínicos

c. Establecimiento de un sistema de seguimiento y orientación a los reportes de incidentes en donde estén involucrados los pasantes

85. PROCEDIMIENTO PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR LA NORMATIVIDAD O REGLAMENTACIONES EN MATERIA DE INSTRUMENTOS PARA LOS PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Actualizar el marco normativo y las reglamentaciones en materia de los distintos instrumentos para los procesos educativos en salud, a fin de mantener vigente el marco jurídico en materia de la educación de los recursos humanos en salud

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento involucra a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud, a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud y al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades administrativas centrales de la secretaria de salud, proveedores de la formación de recursos humanos para la salud del sector público, social o privado del área de la salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud como órgano rector y coordinador del Sistema Nacional de Salud, impulsa la permanente actualización de las disposiciones legales e instrumentos jurídicos en materia de formación de recursos humanos para la salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación con la participación de la Dirección de Procesos Normativos en Salud es la única facultada para la adecuación, actualización y emisión de los lineamientos normativos en materia de formación de recursos humanos para la salud.

3.3 Las disposiciones legales e instrumentos jurídicos deben ser emitidos por el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaria de Salud (COMERI) a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.4 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable de difundir los Lineamientos de manera oficial en un plazo no mayor de 30 días hábiles posteriores a la aprobación de la Normatividad o de la Reglamentación.

3.5 La Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud, es la responsable de recibir la normatividad y reglamentaciones a actualizar y revisar dicha actualización o modificación.

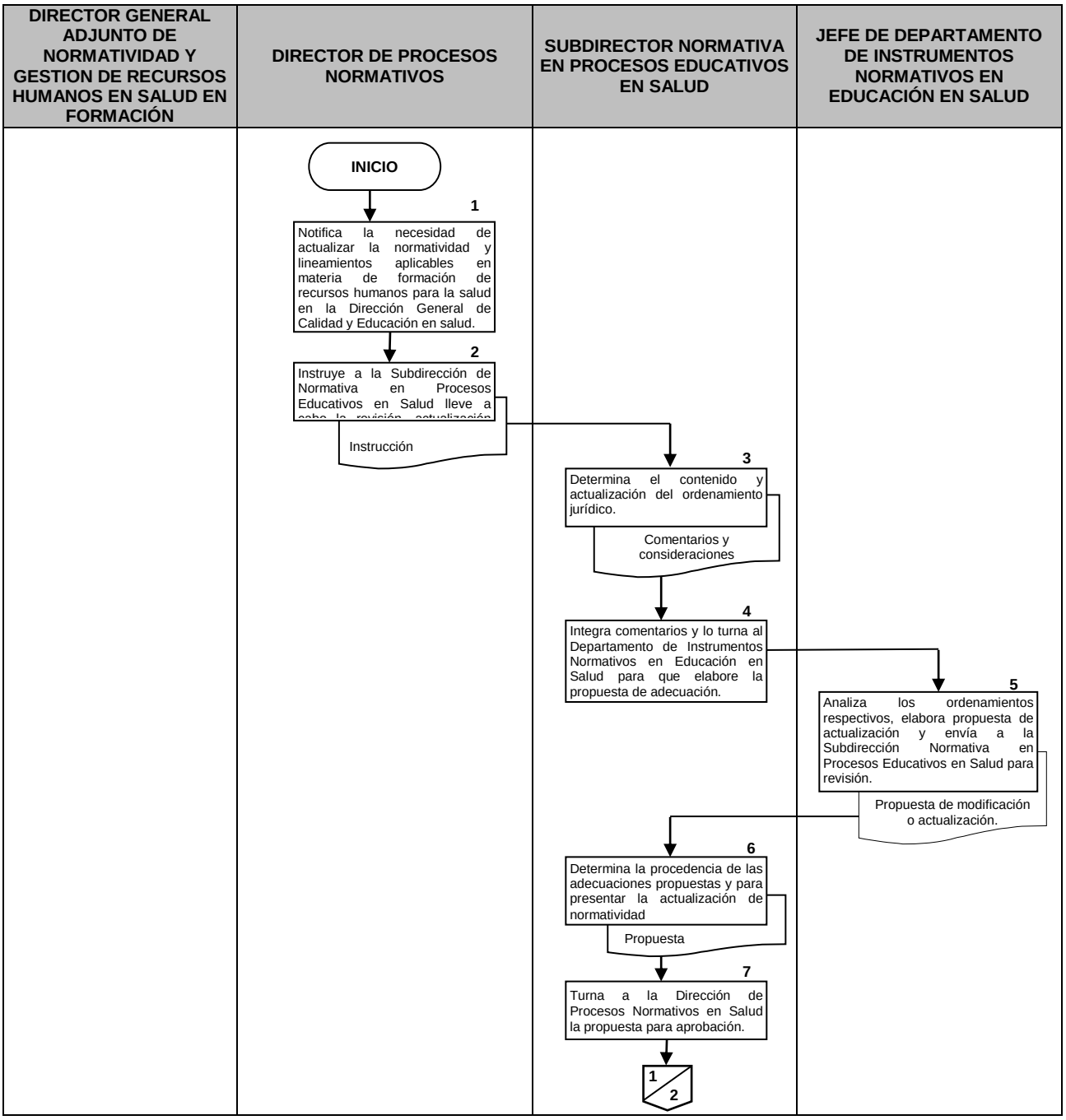
3.6. El Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, es responsable de elaborar las adecuaciones, modificaciones o actualizaciones de la normatividad y de las reglamentaciones relativas a la formación de recursos humanos para la salud, conforme a la normatividad vigente en materia de formación de profesionales para la salud en la Secretaria de Salud.

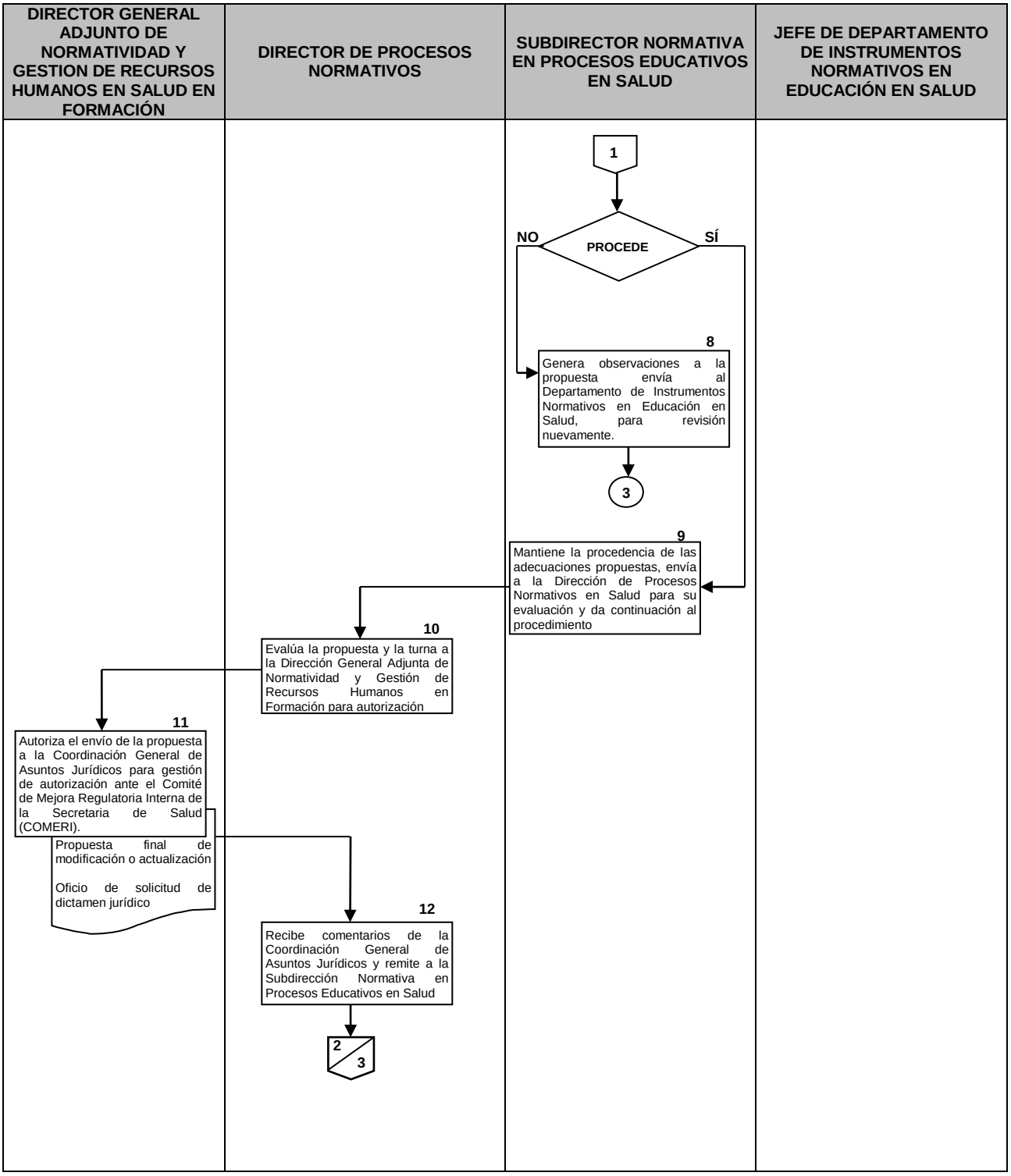
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

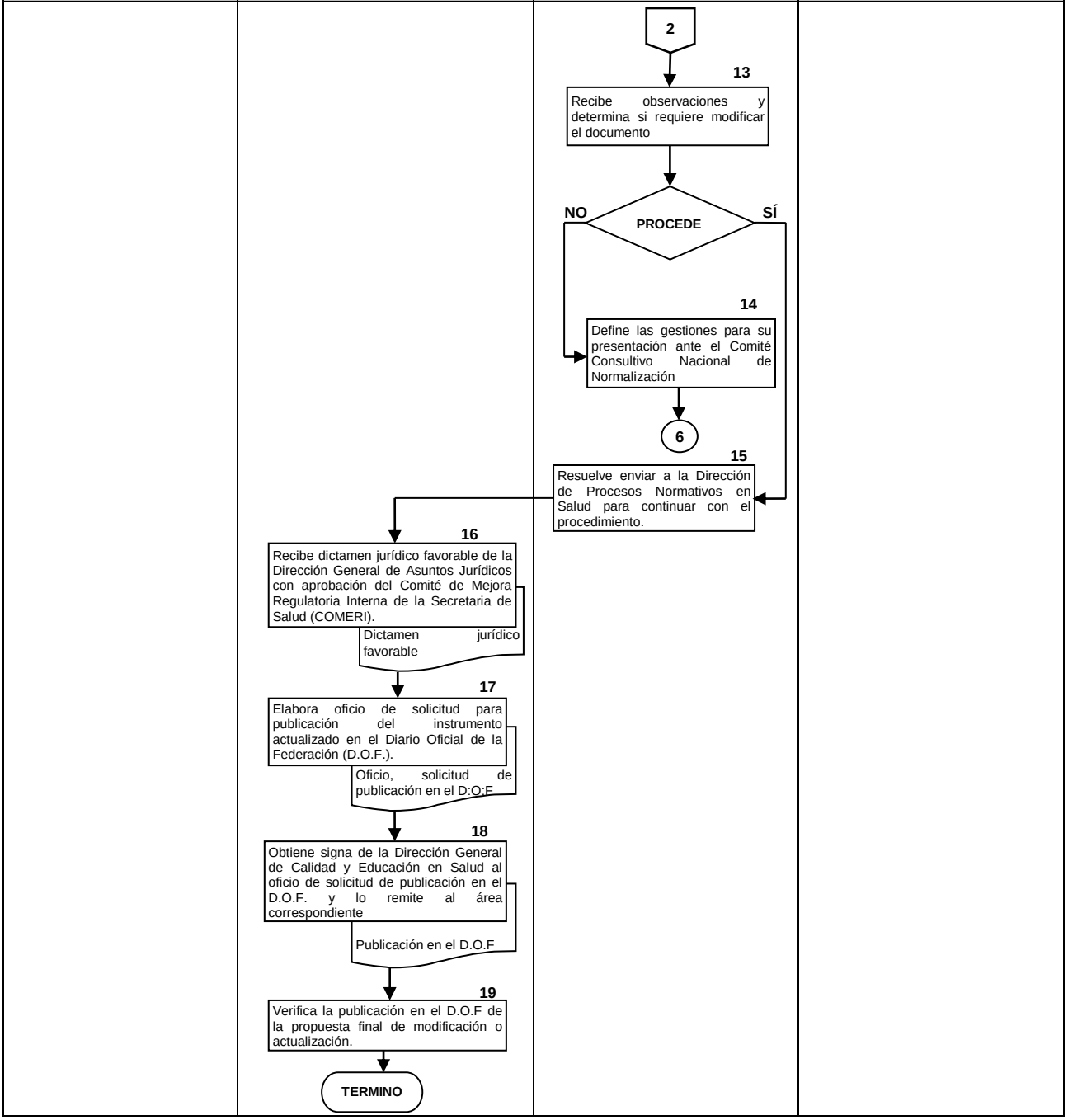
Responsable	No. Act.	Descripción de actividad	Documento o anexo
Director de Procesos Normativos en Salud	1	Notifica la necesidad de actualizar la normatividad y lineamientos aplicables en materia de formación de recursos humanos para la salud en la Dirección General de Calidad y Educación en salud.	Instrucción
	2	Instruye a la Subdirección de Normativa en Procesos Educativos en Salud lleve a cabo la revisión, actualización del ordenamiento jurídico.	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	3	Determina el contenido y actualización del ordenamiento jurídico.	Comentarios y consideraciones
	4	Integra comentarios y lo turna al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud para que elabore la propuesta de adecuación.	
Jefe del Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud.	5	Analiza los ordenamientos respectivos, elabora propuesta de actualización y envía a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud para revisión.	Propuesta de modificación o actualización.
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud.	6	Determina la procedencia de las adecuaciones propuestas y para presentar la actualización de normatividad.	
	7	Turna a la Dirección de Procesos Normativos en Salud la propuesta para aprobación.	
	8	Procede: No: Genera observaciones a la propuesta envía al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, para revisión nuevamente. Regresa a la actividad 3	Propuesta
	9	Si: Mantiene la procedencia de las adecuaciones propuestas, envía a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su evaluación y da continuación al procedimiento,.	
Director de Procesos Normativos en Salud.	10	Evalúa la propuesta y la turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para autorización.	

Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	11	Autoriza el envío de la propuesta a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos para gestión de autorización ante el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaria de Salud (COMERI).	Propuesta final de modificación o actualización Oficio de solicitud de dictamen jurídico
Director de Procesos Normativos en Salud.	12	Recibe comentarios de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y remite a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	
Subdirector de Normativa en Procesos Educativos en Salud	13 14 15	Recibe observaciones y determina si requiere modificar el documento. Procede: No: Define las gestiones para su presentación ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización SSA. Regresa a la actividad 6 Si: Resuelve enviar a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar con el procedimiento.	
Director de Procesos Normativos en Salud.	16 17 18 19	Recibe dictamen jurídico favorable de la Dirección General de Asuntos Jurídicos con aprobación del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaria de Salud (COMERI). Elabora oficio de solicitud para publicación del instrumento actualizado en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.). Obtiene signa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud al oficio de solicitud de publicación en el D.O.F. y lo remite al área correspondiente. Verifica la publicación en el D.O.F de la propuesta final de modificación o actualización. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Dictamen jurídico favorable. Oficio solicitud de publicación en el D.O.F. Publicación en el D.O.F.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS
SUBDIRECTOR NORMATIVA EN PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD
1
PROCEDE
NO
SÍ
8
Genera observaciones a la propuesta envía al Departamento de Instrumentos Normativos en Educación en Salud, para revisión nuevamente.
3
9
Mantiene la procedencia de las adecuaciones propuestas, envía a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para su evaluación y da continuación al procedimiento
10
Evalúa la propuesta y la turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para autorización
11
Autoriza el envío de la propuesta a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos para gestión de autorización ante el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaria de Salud (COMERI).
Propuesta final de modificación o actualización
Oficio de solicitud de dictamen jurídico
12
Recibe comentarios de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y remite a la Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud
2
3


DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS
SUBDIRECTOR NORMATIVA EN PROCESOS EDUCATIVOS EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EDUCACIÓN EN SALUD
2
13
Recibe observaciones y determina si requiere modificar el documento
NO
PROCEDE
SÍ
14
Define las gestiones para su presentación ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización
6
15
Resuelve enviar a la Dirección de Procesos Normativos en Salud para continuar con el procedimiento.
16
Recibe dictamen jurídico favorable de la Dirección General de Asuntos Jurídicos con aprobación del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaria de Salud (COMERI).
Dictamen jurídico favorable
17
Elabora oficio de solicitud para publicación del instrumento actualizado en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.).
Oficio, solicitud de publicación en el D:O:F
18
Obtiene signa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud al oficio de solicitud de publicación en el D.O.F. y lo remite al área correspondiente
Publicación en el D.O.F
19
Verifica la publicación en el D.O.F de la propuesta final de modificación o actualización.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
Instrumentos normativos definitivos	N/A
Sistema computarizado para envío	N/A
Ley Federal de Metrología y Normalización	N/A
Reglamento de la Ley Federal de Metrología y Normalización	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Impresos de recepción y envío de observaciones	3 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
Oficio de solicitud de ajustes	3 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
Oficio de aceptación de documentos	3 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A
Instrumentos normativos ajustados	4 años	Subdirección Normativa en Procesos Educativos en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ajustes: Adaptación de cambios que sufren los documentos normativos que se aprueban y fueron suscritos por las unidades globalizadoras.

8.2 Justificación: Motivo por el que las sugerencias de ajuste del documento normativo propuestas por las unidades globalizadoras no procede y debe respetarse lo descrito en el documento original.

8.3 Observaciones: Comentarios que de manera oficial y por escrito realizan las unidades globalizadoras a los instrumentos normativos que recibe.

8.4 Sugerencias: Propuestas que se exponen y ofrecen para ajustar los instrumentos normativos, según ámbito de competencia del documento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

86. PROCEDIMIENTO PARA RATIFICACIÓN DE CONTRALORES MÉDICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Ratificar al Contralor Médico de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en cumplimiento de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como responsable de observar que se dé cumplimiento a las actividades señaladas para la Secretaría de Salud en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas al respecto, la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, como área responsable de vigilar el desarrollo de las acciones que en la materia competen a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud realiza la Ratificación del Contralor Médico en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas y la Subdirección de Control de Operación como área técnica

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud como usuarios del trámite

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual contempla e instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifique, controle y evalúe la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la Ratificación del Contralor Médico en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

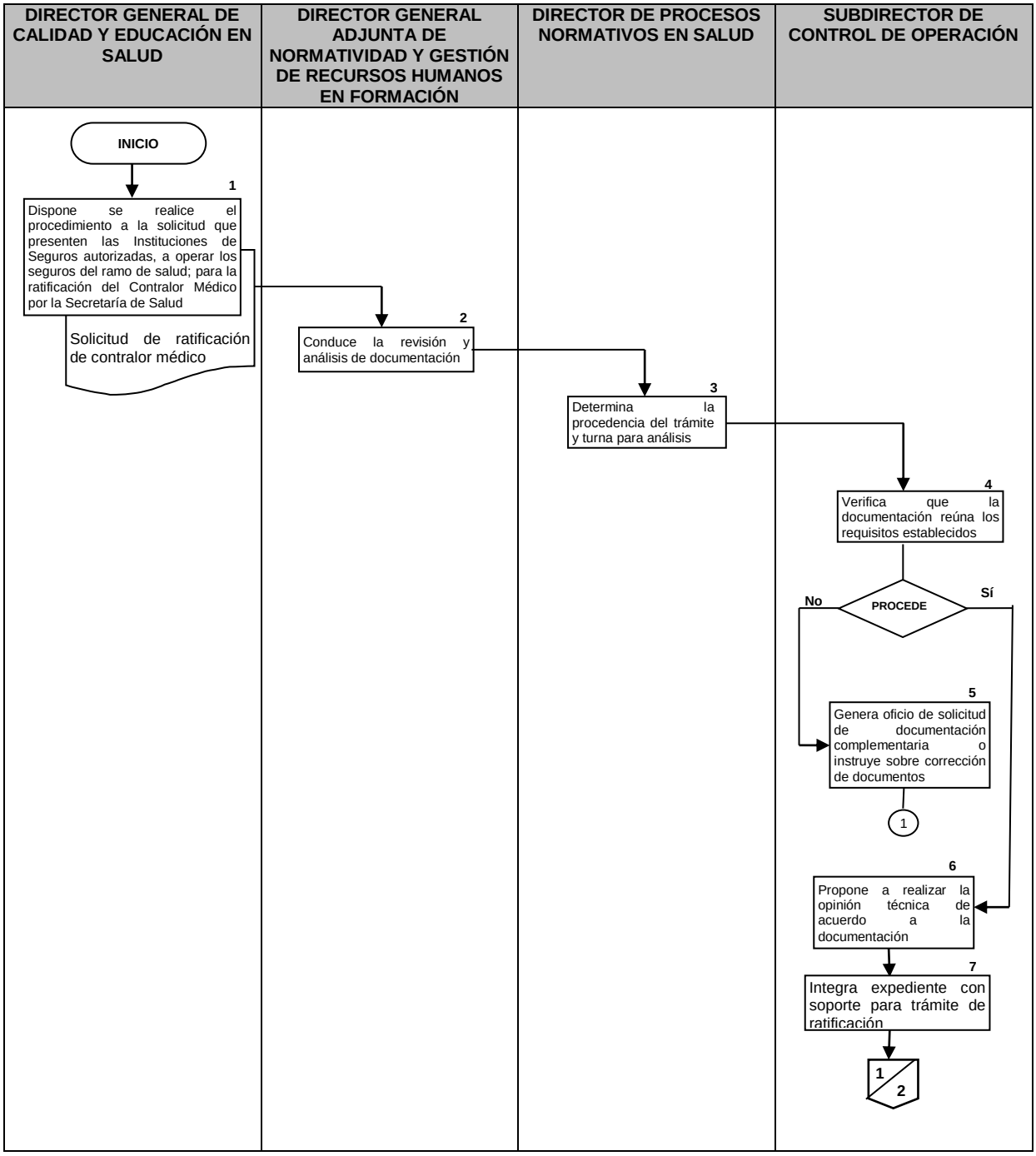
3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través del Comité Interno de la Secretaría de salud y la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, son las responsables de emitir la ratificación de los Contralores Médicos de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, atendiendo a una solicitud previa, revisión documental y dictamen del Comité Interno de la Secretaría de Salud para la ratificación del Contralor Médico.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

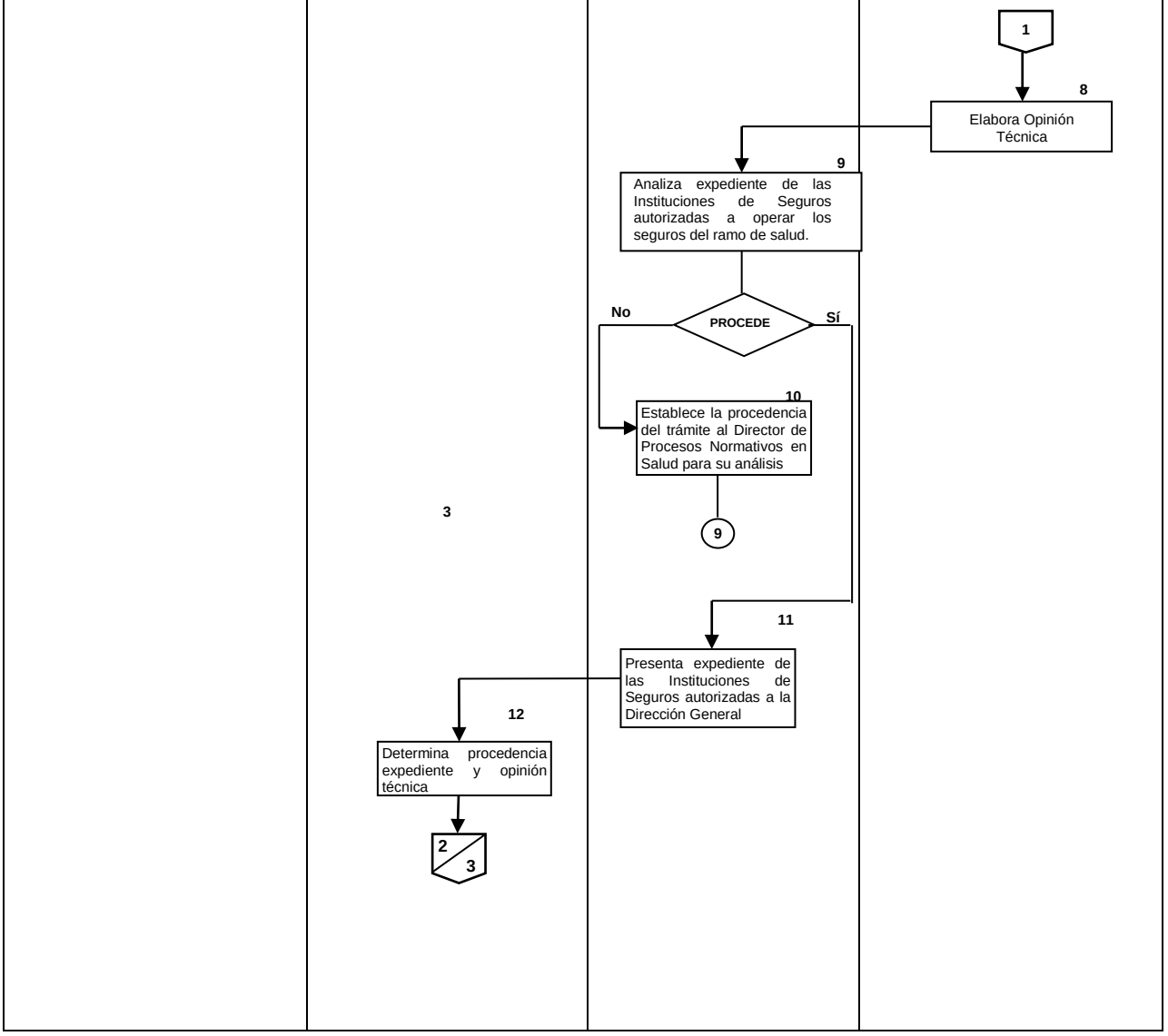
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Dispone se realice el procedimiento a la solicitud que presenten las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud. para la ratificación del Contralor Médico por la Secretaría de Salud	Solicitud de ratificación de contralor médico
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	2	Conduce la revisión y análisis de documentación	
Director de Procesos Normativos en Salud	3	Determina la procedencia del trámite y turna para análisis	
Subdirector de Control de Operación	4 5 6 7 8	Verifica que la documentación reúna los requisitos establecidos Procede No.- Genera oficio de solicitud de documentación complementaria o instruye sobre corrección de documentos y regresa a la actividad 1 Si Propone a realizar la opinión técnica de acuerdo a la documentación Integra expediente con soporte para trámite de ratificación y remite Elabora Opinión Técnica.	
Director de Procesos Normativos en Salud	9 10 11	Analiza expediente de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud. Procede No.- Establece la procedencia del trámite al Director de Procesos Normativos en Salud para su análisis Regresa a la actividad 3 Si.- Presenta expediente de las Instituciones de Seguros autorizadas a la Dirección General Adjunta	

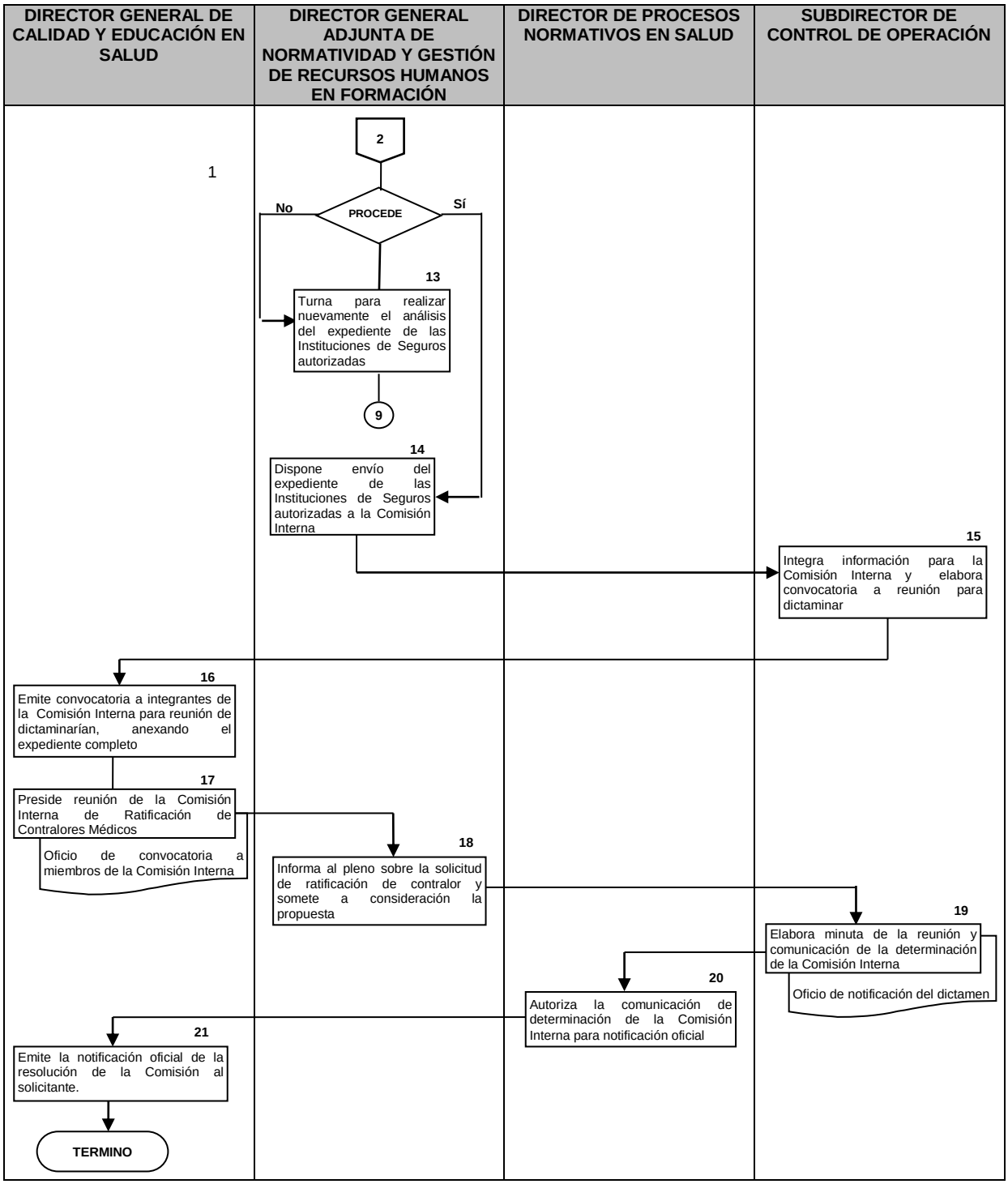
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	12	Determina procedencia del expediente y Opinión Técnica Procede	
	13	No.- Turna para realizar nuevamente el análisis del expediente de las Instituciones de Seguros autorizadas Regresa a 9	
	14	Si.- Dispone envío del expediente de las Instituciones de Seguros autorizadas a la Comisión Interna.	
Subdirector de Control de Operación	15	Integra información para la Comisión Interna y elabora convocatoria a reunión para dictaminación	
Director General de Calidad y Educación en Salud	16	Emite convocatoria a integrantes de la Comisión Interna para reunión de dictaminarían, anexando el expediente completo	Oficio de convocatoria a miembros de la Comisión Interna
	17	Preside reunión de la Comisión Interna de Ratificación de Contralores Médicos	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	18	Informa al pleno sobre la solicitud de ratificación de contralor y somete a consideración la propuesta.	
Subdirector de Control de Operación	19	Elabora minuta de la reunión y comunicación de la determinación de la Comisión Interna	Oficio de notificación de dictamen
Director de Procesos Normativos en Salud	20	Autoriza la comunicación de determinación de la Comisión Interna para notificación oficial	
Director General de Calidad y Educación en Salud.	21	Emite la notificación oficial de la resolución de la Comisión al solicitante. **TERMINA PROCEDIMENTO.**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
1
2
PROCEDE
No
Sí
13
Turna para realizar nuevamente el análisis del expediente de las Instituciones de Seguros autorizadas
9
14
Dispone envío del expediente de las Instituciones de Seguros autorizadas a la Comisión Interna
15
Integra información para la Comisión Interna y elabora convocatoria a reunión para dictaminar
16
Emite convocatoria a integrantes de la Comisión Interna para reunión de dictaminarían, anexando el expediente completo
17
Preside reunión de la Comisión Interna de Ratificación de Contralores Médicos
Oficio de convocatoria a miembros de la Comisión Interna
18
Informa al pleno sobre la solicitud de ratificación de contralor y somete a consideración la propuesta
19
Elabora minuta de la reunión y comunicación de la determinación de la Comisión Interna
Oficio de notificación del dictamen
20
Autoriza la comunicación de determinación de la Comisión Interna para notificación oficial
21
Emite la notificación oficial de la resolución de la Comisión al solicitante.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
6.1	Ley General de Salud	N/A
6.2	Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4	Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5	Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7	Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9	Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.10	Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A
6.11	Reglas para el funcionamiento del Comité Interno de la Secretaría de Salud, para ratificar al Contralor Médico de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.	N/A

7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1	Carpeta de documentos para la ratificación de Contralor Médico	10 años	Subdirector de Control de Operación	N/A
7.2	Oficio de respuesta a la ratificación del Contralor Médico	10 años	Subdirector de Control de Operación	N/A
7.3	Carpeta de documentos para ratificación de Contralor Médico	10 años	Subdirector de Control de Operación	N/A
7.4	Reglas para el funcionamiento del Comité Interno de la Secretaría de Salud, para ratificar al Contralor Médico de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud	10 años	Subdirector de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ratificación del Contralor Médico de las Instituciones de Seguros Autorizadas para Operar el Ramo de Salud: Documento expedido por la Secretaría de Salud, mediante el cual se confirma que la persona propuesta para desempeñar el cargo de Contralor Médico cuenta con el perfil y preparación necesario para ello, con el propósito de ser presentado a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para lograr la autorización de operación por parte de esa Dependencia.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada marzo 2015

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de ratificación de contralor médico
10.2 Oficio de convocatoria a miembros de la Comisión Interna
10.3 Oficio de notificación de dictamen

10.1 Solicitud de ratificación de contralor médico

México, D.F. a 24 de Noviembre del 2014

Dr. Sebastián García Saisó
Director General
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Secretaría de Salud.
Homero 213, piso 12
Colonia Chapultepec Morales,
Delegación Miguel Hidalgo
Ciudad de México, Distrito Federal 11570.

SALUD | DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
24 NOV 2014
RECIBIO: MARISOL
HORA: 10:54 H
C/ ANEXO

Asunto: Trámite SSA-06-012: Ratificación del Contralor Médico

Atención: Mtro. Gerardo Velázquez B.
Subdirector de Control de Operación

Por medio de la presente y con fundamento en el artículo 36 fracción V de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como en el artículo 18 fracciones XVII y XIX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Julio de 2001, y en cumplimiento a lo normado en la Décimo Novena de las Reglas para la Operación del Ramo en Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de Mayo de 2010, solicito respetuosamente a usted se ratifique al Dr. Rogelio Manuel Villanueva Serratos como Contralor Médico quien cumple con los requisitos establecidos en la Vigésima Tercera de las reglas para la operación del Ramo en Salud y quien no se encuentra en alguno de los supuestos a que se refieren los artículos tercero de este acuerdo y el XV de la LFPA en sus incisos: 6.1.4.2; 6.1.4.3; 6.1.4.4; 6.1.4.4.1; 6.1.4.4.2; 6.1.4.4.3; 6.1.4.4.4; 6.1.4.5; y no se encuentra en algunos de los supuestos a que se refieren los incisos b),c),d),e),f),g) y h) de la fracción VII bis, del artículo 29 de la LGISMS. Para tal efecto, adjuntamos a la presente:

(i) Currículum vitae del Dr. Rogelio Manuel Villanueva Serratos, con copia de su título profesional y de su cédula profesional correspondiente.

NEOSALUD SEGUROS, S.A. DE C.V., Av. San Antonio 256 PB, Col. Ampliación Nápoles, Benito Juárez, 03840, México, D.F. (55) 5482-3940

10.2 Oficio de convocatoria a miembros de la Comisión Interna

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG- 00158 -2017

Ciudad de México a 23 de enero de 2017

DR. JESÚS TAPIA JURADO
PRESIDENTE DE LA ACADEMIA
MEXICANA DE CIRUGÍA, A.C.
PRESENTE

Con fundamento en el artículo 73 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el numeral 15.3.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas; los artículos 3,5,6,14 fracción I, 15 y 17 de las Reglas para el funcionamiento del Comité Interno de la Secretaría de Salud para ratificar al Contralor Médico de las Instituciones de Seguros autorizadas para operar los Seguros del Ramo de Salud, me permito convocarlo a la Primera Reunión Ordinaria 2017, la cual se desarrollará conforme al Orden del Día que se anexa, el viernes 3 de febrero del año en curso a las 10:00 horas, en la Sala de Juntas de esta Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ubicada en el piso 12 del edificio sito en Homero 2013, Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11570 de la Ciudad de México.

Para ello, se adjunta al presente en CD la documentación correspondiente a la propuesta enviada por la Institución de Seguros autorizada para operar los Seguros del Ramo de Salud, para su análisis y opinión del candidato a Contralor Médico.

A fin de facilitar su valiosa participación pongo a su disposición el correo electrónico leticia.garcia@salud.gob.mx y los números telefónicos 2000-3492 y 2000-3548 para confirmar su asistencia.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.-Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.-Presente.
Lic. Leticia Angélica García Otamendi. Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.-Presente

SESIÓN Y SERIE 15.5
LASO/TMR

10.3 Oficio de notificación de dictamen

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación
de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- 00288 -2017

Ciudad de México a 7 de febrero de 2017

ACT. ROBERTO GONZÁLEZ GALINDO
DIRECTOR GENERAL DE ODONTORED
SEGUROS DENTALES, S.A. DE C.V
PRESENTE

Hago referencia a su escrito mediante el cual solicita la ratificación como Contralor Médico de esa Institución del C.D. Jorge Luis Valencia Solano. Al respecto me permito hacer de su conocimiento que con fundamento en los artículos 36 fracción V de la Ley General de Instituciones y Sociedades mutualistas de Seguros, 18 fracción XXX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, apartados 15.3.2 y 15.3.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, 3, 18 y 22 de las Reglas para el Funcionamiento del Comité Interno de la Secretaría de Salud para ratificar al Contralor Médico de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, el cual en sesión ordinaria celebrada el 3 de febrero de 2017 determinó que toda vez que se cumplen satisfactoriamente los requisitos establecidos en las disposiciones aplicables, se considera **procedente** la Ratificación del **C.D. Jorge Luis Valencia Solano** como Contralor Médico de **Odontored Seguros Dentales, S.A. De C.V.**

Cabe señalar que esta ratificación se otorga sin perjuicio de los ordenamientos legales aplicables en relación a la suspensión, remoción o revocación de esta designación.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.-Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.-Presente.
Act. Héctor Rodríguez Cabo Zaldívar.- Director General de Supervisión del Seguro de Pensiones y Salud, CNSF.- Presente.

DGCES 9593
Sección/Serie: 15.5
LAGO/TMR

Número No. 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

87. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA LA SUPERVISIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AUTORIZADAS A OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con un instrumento adecuado para supervisar el funcionamiento de la Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en cumplimiento de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de la Circular Única de Seguros y Fianzas y mantenerlo actualizado

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, tiene el compromiso de que la Secretaría de Salud considere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, y en conjunto con la Dirección de Procesos Normativos en Salud son responsables de realizar la Estructuración de Instrumentos para la Supervisión de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas y a la Subdirección de Control de Operación como área técnica.

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud como usuarios del servicio.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual contempla e instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifique, controle y evalúe la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la Estructuración de Instrumentos para la Supervisión de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

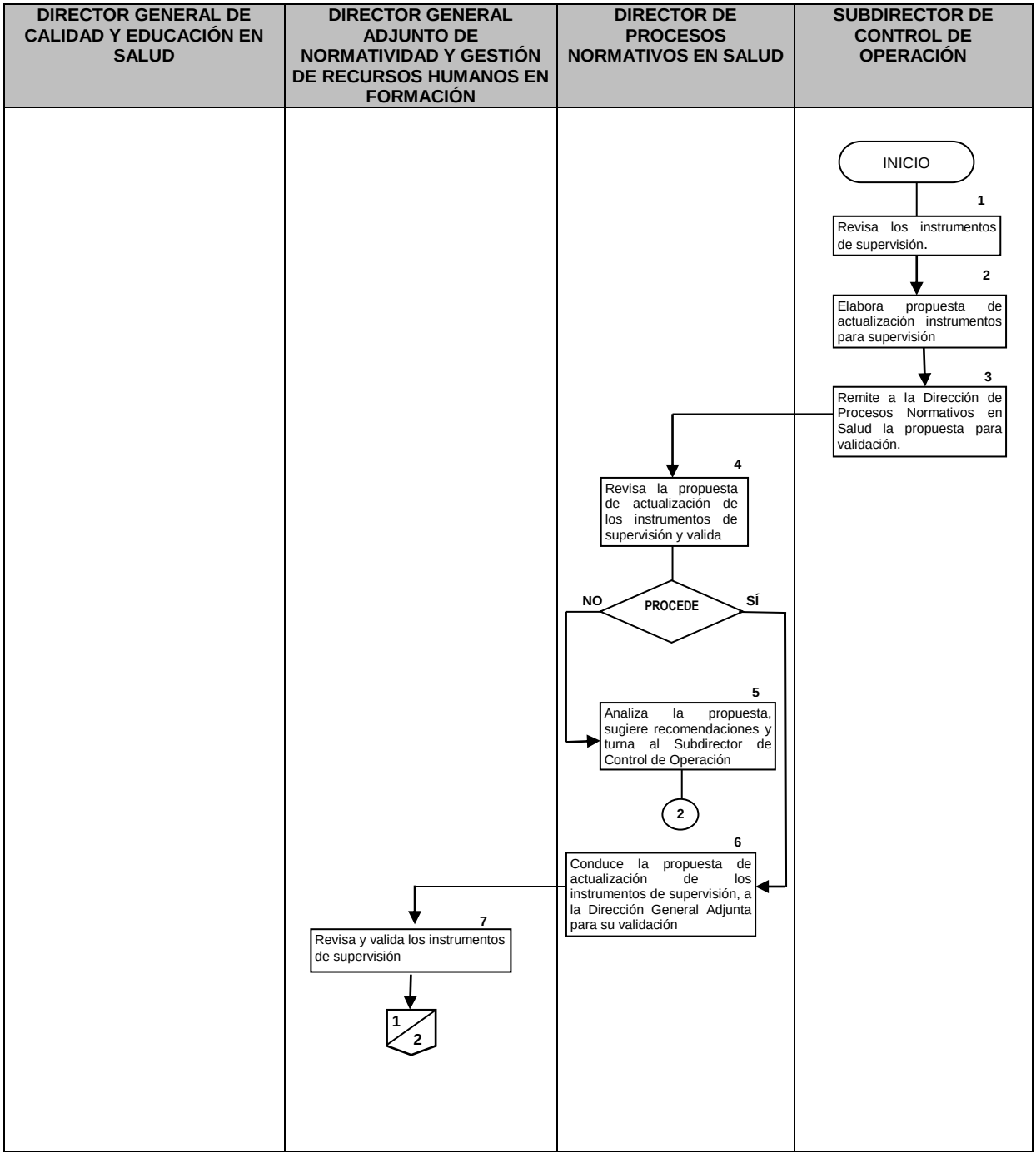
3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, son las responsables de elaborar y reestructurar las guías y formatos para la visita de supervisión anual que se debe realizar a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud con el propósito de emitir el dictamen anual para su funcionamiento.

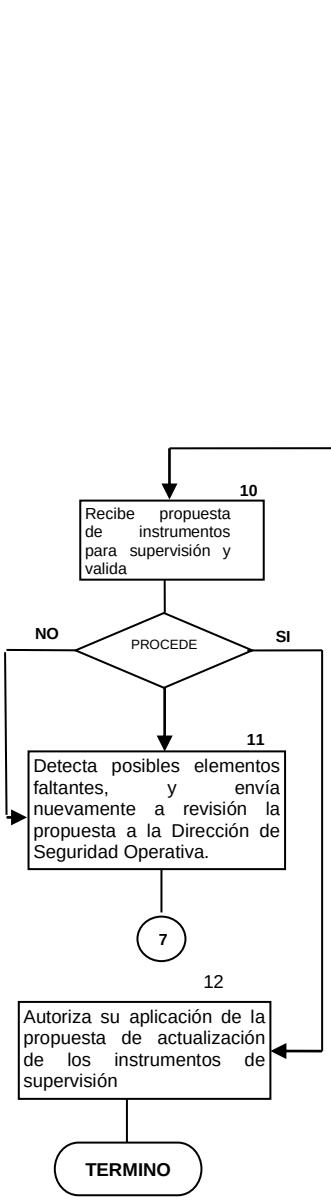
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Control de Operación	1	Revisa los instrumentos que se aplican para la supervisión anual de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud	
	2	Elabora propuesta de actualización de nuevos instrumentos, guías y formatos para supervisión.	
	3	Remite a la Dirección de Procesos Normativos en Salud la propuesta de nuevos instrumentos para validación.	
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Revisa la propuesta de actualización de los instrumentos de supervisión y valida Procede:	
	5	NO: Analiza la propuesta de actualización de los instrumentos de supervisión, sugiere recomendaciones y turna al Subdirector de Control de Operación. Regresa a la actividad 2.	
	6	SI: Conduce la propuesta de actualización de los instrumentos de supervisión, a la Dirección General Adjunta para su validación	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	7	Revisa y valida los instrumentos de supervisión Procede:	
	8	NO: Objeta la propuesta de actualización de los instrumentos de supervisión. Regresa a la actividad 4.	
	9	SI: Apoya la propuesta de actualización de los instrumentos de supervisión y envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
Director General de Calidad y Educación en Salud	10	Recibe propuesta de instrumentos para supervisión y valida Procede:	
	11	NO: Detecta posibles elementos faltantes, y envía nuevamente a revisión la propuesta a la	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Dirección de Seguridad Operativa. Regresa a la actividad 7.	
	12	SI: Autoriza su aplicación de la propuesta de actualización de los instrumentos de supervisión **TERMINA PROCEDIMIENTO**.	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5 Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7 Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.10 Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta de documentos de los instrumentos, guías o formatos de supervisión	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Carpeta de documentos para la supervisión anual de las ISES	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.3 Guías y formatos de supervisión	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.4 Informe de visita de supervisión	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Instrumentos de supervisión: Guías de supervisión y formatos especializados que se aplican durante la visita programada de supervisión anual a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, con el propósito de identificar posibles desviaciones en la prestación de los servicios de salud.

8.2 ISES: Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de oficio de notificación de visita de supervisión
10.2 Cédula de Visita de Supervisión.

10.1 Formato de oficio de notificación de visita de supervisión

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

ACTA DE SUPERVISIÓN

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 párrafo cuarto, 16 párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3 fracción I, 4 fracción III, 5, 10, 11, 13 inciso A) Fracción II, IX, y X y 23 de la Ley General de Salud; 14, 16 y 39 fracciones IV párrafo segundo, VIII y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3, 62 al 69 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 18 fracciones XXIX y XXXIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; Primero fracción X del Acuerdo por el que se Delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades que se indican, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2004; 1, 5 y 45 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el numeral 15.5.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2014, mediante oficio ---------- de fecha ---------- el Dr. Sebastián García Saisó, Director General de Calidad y Educación en Salud ordenó la realización de la visita de supervisión a la Institución de Seguros autorizada para operar el ramo de salud denominada ----------. ----------

En cumplimiento a lo anterior, siendo las ---------- horas del día ----------, el servidor público ----------, se presenta como coordinador de la supervisión, con la participación del ---------- quienes se identifican con las credenciales que los acredita como personal de la Secretaría de Salud adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la cual se anexa una copia y se constituyen legalmente en las oficinas que ocupa la Institución de Seguros autorizada para operar el ramo de salud señalada en el párrafo que antecede, ubicada en ----------a efecto de llevar a cabo la supervisión de la operación, para la presente diligencia la Institución de Seguros autorizada para operar el ramo de salud ha designado como encargado de la Supervisión al ----------, quien ocupa el cargo de ---------- y ---------- y ---------- como testigos de asistencia quienes presentan su identificación oficial de la cual se anexa copia a la presente.

Acto seguido, el coordinador de la visita expuso el alcance los trabajos a desarrollar y el procedimiento para ello, dando inicio a la aplicación de la Cédula de Supervisión y la revisión de los documentos que sustentan cada uno de los criterios que la integran, quedando registro de ello en el documento integrado por ---------- fojas que se anexa al presente.

Una vez finalizada la revisión documental y la aplicación de la Cédula de Supervisión, se procede a dar lectura a las observaciones y recomendaciones para solventar los hallazgos encontrados.

Posteriormente, se hace de conocimiento de ----------, como Encargado de la visita, que mediante oficio se harán llegar las observaciones y recomendaciones derivadas de este acto, contando con un plazo máximo de veinte días hábiles a partir de la fecha en que les sean notificadas para su atención debiendo remitir por escrito y en medio magnético, las documentales que demuestren la atención. De igual manera, se le informa al encargado de la visita, que en caso de que existan observaciones o comentarios respecto a la supervisión o el procedimiento realizado, manifieste en este momento lo que a su derecho convenga, señalando que: ----------

No habiendo más asuntos que tratar, siendo las ---------- horas del día ---------- se da por concluida la visita de supervisión y todos los presentes proceden a firmar al calce y al margen

Página 1 de 2

SALUD SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

las dos fojas que integran la presente acta, en el mismo acto, se hace entrega de una copia de este documento al Encargado de la visita.

Por la Institución	Por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Encargado de la visita	Coordinador del Grupo Supervisor
Testigo	Supervisor
Testigo	Supervisor

10.2 Cédula de Visita de Supervisión.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Guía de Supervisión para Instituciones Autorizadas para operar el ramo de Salud

Institución:		No. de Oficio de Orden de Supervisión:	
Fecha.		Fecha del Oficio:	
Encargado de la supervisión por la Institución		Coordinador de la Supervisión	

Ficha de Identificación

Director General:	
Responsable Médico:	
Contralor Médico	
Domicilio legal de la institución:	
Domicilio donde se realiza la supervisión:	

SECCION 1.- RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA Y ORGANIZACION DE LA INSTITUCION		
Criterio	**Existe (Si o No)**	**Evidencia presentada**
1. La prestación de servicios la hacen a través de:		
a. Recursos propios		
b. Mediante terceros		
c. Combinación de ambos		
2. Es acorde con la oferta de servicios la distribución geográfica de los recursos:		
a. Humanos		
b. De infraestructura		
3. Presenta informes ante a las autoridades de:		
a. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas		
b. Secretaría de Salud		
4. Los recursos materiales y humanos, propios o contratados tienen una proyección a tres años suficiente para cumplir con los planes ofrecidos		
5. Cuenta con el programa de control de la utilización de los servicios médicos		

Página 1 de 9

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
6. Cumple con el programa de control de la utilización de los servicios médicos		
7. Cuenta con los manuales de organización respectivos		
8. Cuenta con los manuales de procedimientos respectivos		
9. Cuenta con mecanismos para comunicar los cambios en la infraestructura		
10. Garantiza en sus recursos propios y contratados el cumplimiento de la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia		
11. Los profesionales de la salud cuentan con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnico-médicos		
12. Qué porcentaje de médicos especialistas que prestan servicios cuentan con certificación del consejo de especialidad y certificación vigente		
13. Qué porcentaje de la infraestructura hospitalaria, propia o contratada para la prestación de servicios cuenta con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General		
14. Cuenta con mecanismos de información a sus asegurados sobre los derechos y obligaciones que preservan su libertad de elección		
15. Cuenta con manuales de organización y procedimientos de los servicios de salud que ofrece		
16. Cuenta con un mecanismo interno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de sus asegurados		
17. Verifica el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico, tanto en recursos propios como en prestados por terceros		
18. Cuenta con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos a su cargo.		
19. Este Programa incluye mecanismos para detectar y corregir problemas en los servicios como:		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
a. Acceso		
b. Idoneidad		
c. Eficiencia		
d. Subutilización		
e. Sobreutilización		
f. Mal uso de los mismos		
20. Los contratos celebrados incentivan:		
a. Subutilización de recursos		
b. Sobreutilización de recursos		
21. Cuenta con el programa de mejora continua en la prestación de los servicios.		
22. Este programa:		
a. Considera la elevación en la calidad de la atención		
b. Fomenta la enseñanza y la investigación médica		
c. Desarrolla indicadores que permitan evaluar su avance y desempeño		
23. Se elaboran minutas y documentos de las sesiones de seguimiento y cumplimiento de actividades		
24. Los indicadores son congruentes con el sistema estadístico establecido		
25. Informa a los asegurados por escrito los cambios en la red hospitalaria		
SECCION 2.- CONTRALOR MÉDICO		
26. La Institución facilita al Contralor Médico los recursos que requiera para el buen desempeño de las funciones a su cargo		
27. Está ratificado por la Secretaría de Salud a través del Comité Interno		
28. El contralor médico:		
a. Vigila que los funcionarios y empleados de la Institución cumplan con la normatividad externa e interna en la materia		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
b. Asiste a las sesiones del Consejo de Administración de la Institución		
c. Informa cuatrimestralmente a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud		
d. Informa en los términos establecidos el cumplimiento de las obligaciones a su cargo		
e. Tiene conocimiento, previo a la celebración de contratos, sobre la existencia de posibles conflictos de interés		
f. Vigila que las decisiones que se tomen en los niveles directivos se apeguen a la normatividad externa e interna en materia médica y a las sanas prácticas en la materia		
g. Cuando tiene conocimiento de irregularidades las notifica e informa a la autoridad competente		
h. Conoce los informes del comisario, los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la Secretaría de Salud		
i. Formula recomendaciones para la corrección de desviaciones en materia de la prestación de servicios de salud		
• Especifica plazos para la corrección de desviaciones		
29. Señale como realiza las siguientes funciones:		
a. Vigilancia de la integración de la red de prestadores de atención médica		
b. Vigilancia del funcionamiento correcto de la red de servicios médicos		
c. Vigilancia de que la cobertura sea apropiada y oportuna		
d. Validación de los aspectos médicos de los contratos con los prestadores de servicios		
e. Vigilancia del cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
f. Vigilancia de la integración de guías clínicas y protocolos médicos		
g. Vigilancia de la prestación de los servicios médicos		
h. Vigilancia del cumplimiento de las políticas y procedimientos de los planes y servicios ofrecidos		
i. Vigilancia de la capacidad de los prestadores		
j. Vigilancia de la capacidad de la infraestructura		
k. Mejoramiento continuo de la calidad		
l. Vigilancia del cumplimiento por parte de la Institución de las Reglas de Operación en materia de salud		
m. Vigilancia de la recepción, seguimiento y resolución, de las controversias médicas		
n. Vigilancia de que el juicio clínico del médico se salvaguarde en todo momento durante su práctica		
o. Vigilancia de que el juicio clínico del médico se base en los avances científicos, en la medicina basada en evidencias y en la ética médica		
SECCION 3.- ASEGURADO Y FOLLETO		
30. El asegurado:		
a. Puede conocer la identidad y grado de preparación del equipo que lo atiende y de su responsable		
b. Es informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, las medidas terapéuticas y el pronóstico de su padecimiento	SI	
c. Se mantiene en comunicación continua con sus familiares		
d. Es informado en forma comprensible para él sobre los procedimientos a realizarle		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
e. Otorga su consentimiento previo a ser sometido a algún procedimiento diagnóstico o terapéutico		
f. Participa en las decisiones relacionadas con el tratamiento y diagnóstico de su padecimiento		
g. Puede solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato		
h. Puede no aceptar las propuestas de tratamiento		
i. Puede seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente		
j. El asegurado puede solicitar a la ISES la transferencia de un resumen clínico a la institución o prestador que él indique, guardando la confidencialidad del caso		
31. Cuando la Institución presta servicios a través de terceros, establece la obligación de contar con mecanismos para preservar los derechos de los pacientes		
32. La Institución entrega al asegurado un folleto explicativo junto con la póliza de seguros		
33. El folleto explica:		
a. El plan de seguros contratado		
b. Acceso a servicios médicos		
c. Coberturas y limitaciones		
d. Excepciones y Exclusiones		
e. Periodos de espera		
f. Prescripciones		
g. La política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de forma detallada		
34. Cuenta con suplemento que:		
a. Incluye todas las clínicas y hospitales para la atención		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
b. Señala si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General		
c. Incluya los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados		
d. Incluya información de otros servicios que podrán ser utilizados		
e. Especifica la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones		
f. Establece el mecanismo para obtener información actualizada sobre los hospitales, médicos y otros servicios que pueden ser utilizados		
SECCION 4.- PLANES DE SALUD, CONTRATOS Y CONVENIOS		
35. En los planes prevalece el juicio clínico del médico responsable		
36. El juicio clínico está fundado en la práctica médica basada en evidencias, avances científicos y en la ética médica		
37. Los planes y servicios:		
a. Están dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado		
b. Incentivan servicios de promoción a la salud		
c. Incentivan servicios de atención preventiva		
d. Cuentan con mecanismos de información sobre los derechos y obligaciones que preservan la libertad de elección		
e. Incluye en sus contratos una cláusula que obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en casos de urgencia médicas		
f. Señalan que el beneficiario puede elegir médicos distintos a la red		
g. En el caso anterior informa del pago diferencial que resulte entre el tabulador		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
38. La Institución cumple con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista		
39. La Institución ofrece planes bajo la denominación de "plan mínimo" o "plan integral"		
40. En la elaboración de sus coberturas y planes de seguros incorporan criterios de integralidad que contemplen acciones de:		
a. Fomento a la salud		
b. Prevención		
c. Terapéuticas		
d. Rehabilitación		
41. Los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios garantizan una oferta adecuada en cuanto a:		
a. Calidad		
b. Suficiencia		
c. Nivel de resolución		
d. Cobertura geográfica		
42. Garantizan los derechos de los pacientes en los términos siguientes:		
a. Seguridad durante su atención para él sus acompañantes y pertenencias		
b. Acceso		
c. Respeto		
d. Dignidad		
e. Privacidad		
f. Confidencialidad		
g. Confidencialidad de la información		
43. Se asegura la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones		
44. Los contratos de seguro establecen que la obligación termina al presentarse alguna de las situaciones siguientes		
a. Al certificarse la curación del padecimiento o a través del alta médica		
b. Al agotarse el límite de responsabilidad convenido por las partes		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
c. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato		

PRODUCTOS AUTORIZADOS			
DENOMINACIÓN	FECHA DE AUTORIZACION	SE ENCUENTRA VIGENTE	COPIA DE FICHA TÉCNICA DE SERVICIOS

88. PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AUTORIZADAS A OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Identificar las quejas y reclamaciones que los usuarios realizan a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud relacionadas con la atención médica recibida para verificar el establecimiento de mecanismos para prevenir su ocurrencia y dar la seguimiento a su atención.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación como área responsable de vigilar el cumplimiento del proceso, la Dirección de Procesos Normativos en Salud como área coordinadora del proceso y a la Subdirección de Control de Operación como área técnica

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud como usuarios del trámite

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual contempla y señala que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, debe verificar, controlar y evaluar la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la identificación y previsión de quejas y reclamos por parte de los usuarios de los seguros en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, son las responsables de revisar e identificar las quejas y reclamaciones que los usuarios de los seguros presentan en contra de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, identificar su origen para recomendar mecanismos que las prevengan.

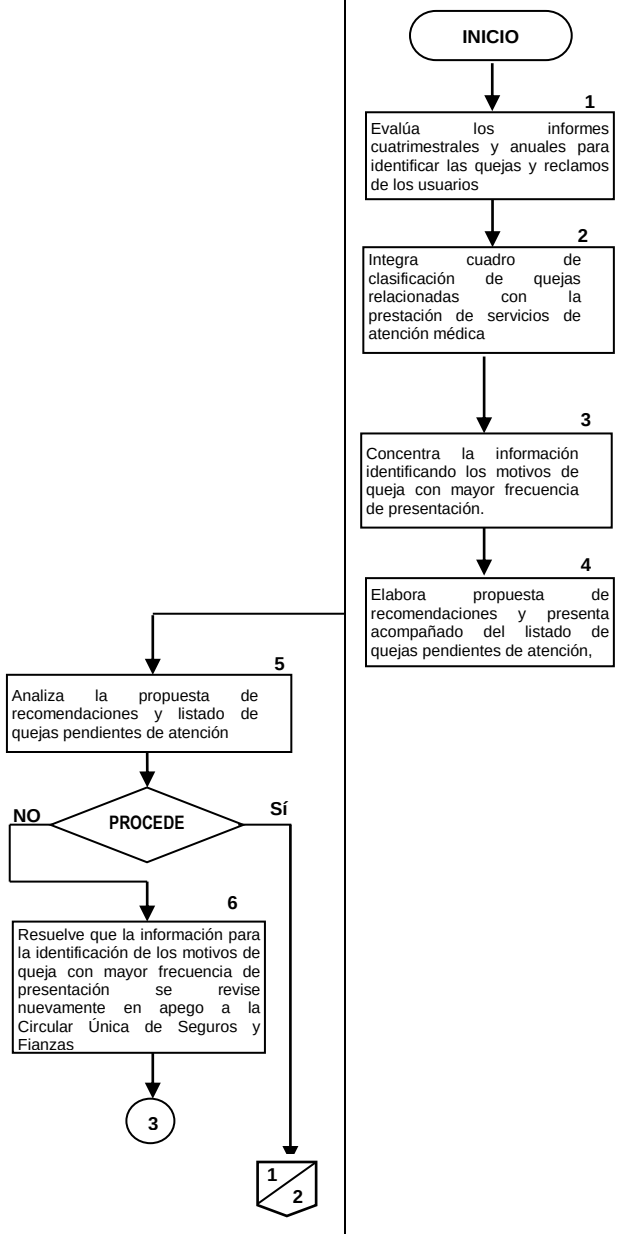
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

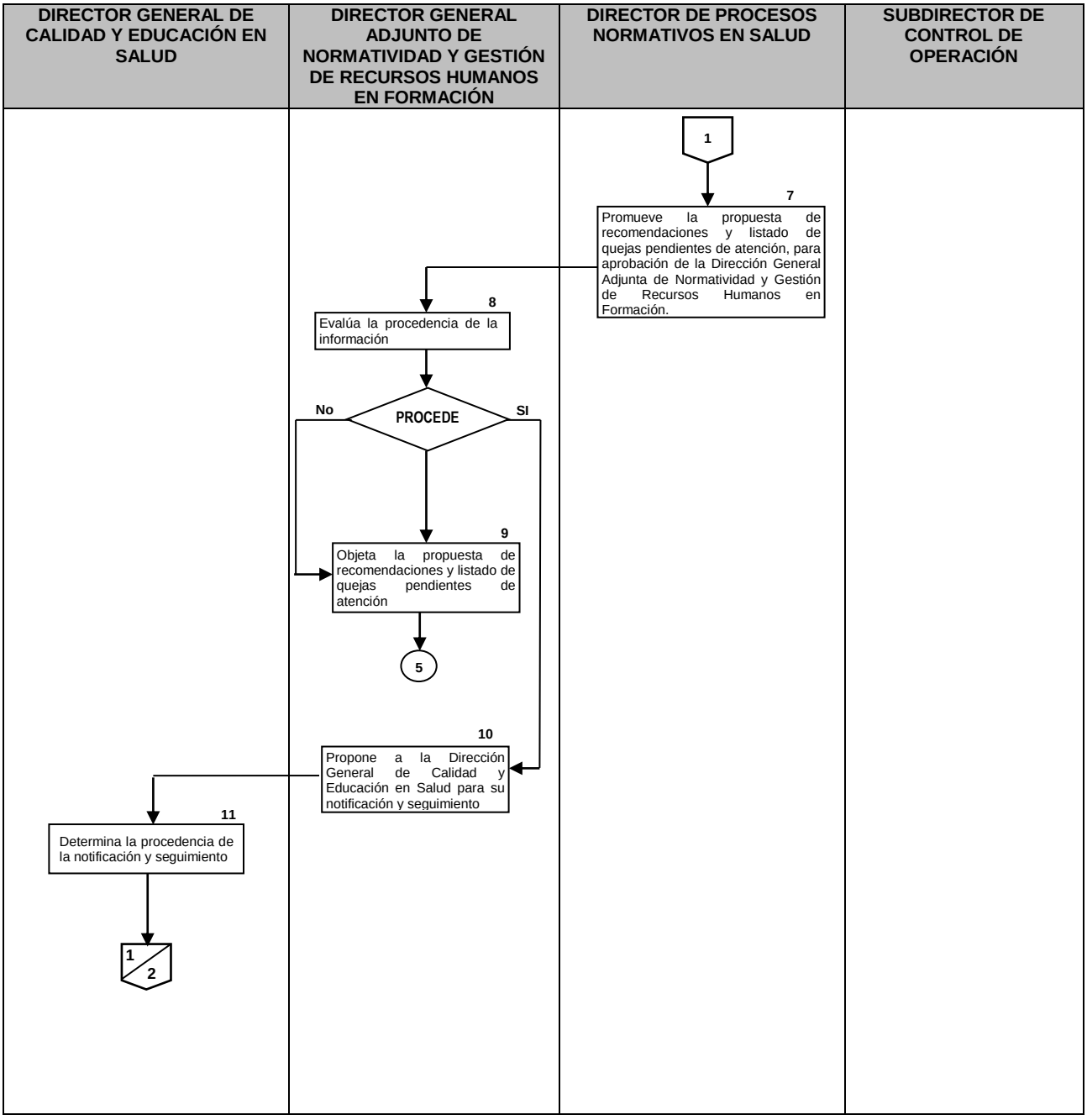
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Control de Operación	1	Evalúa los informes cuatrimestrales y de Contralores Médicos e Informes anuales de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud para identificar las quejas y reclamos de los usuarios	
	2	Integra cuadro de clasificación de quejas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica	
	3	Concentra la información identificando los motivos de queja con mayor frecuencia de presentación.	
	4	Elabora propuesta de recomendaciones a las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud a fin de disminuir el número de quejas y presenta acompañado del listado de quejas pendientes de atención, para validación	
Director de Procesos Normativos en Salud	5	Analiza la propuesta de recomendaciones y listado de quejas pendientes de atención. Procede:	
	6	No. Resuelve que la información para la identificación de los motivos de queja con mayor frecuencia de presentación se revise nuevamente en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas. Regresa a la actividad 3	
	7	Si. Promueve la propuesta de recomendaciones y listado de quejas pendientes de atención, para aprobación de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	8	Evalúa la procedencia de la información. Procede:	
	9	No. Objeta la propuesta de recomendaciones y listado de quejas pendientes de atención. Regresa a 5	
	10	Si. Propone a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su notificación y seguimiento.	

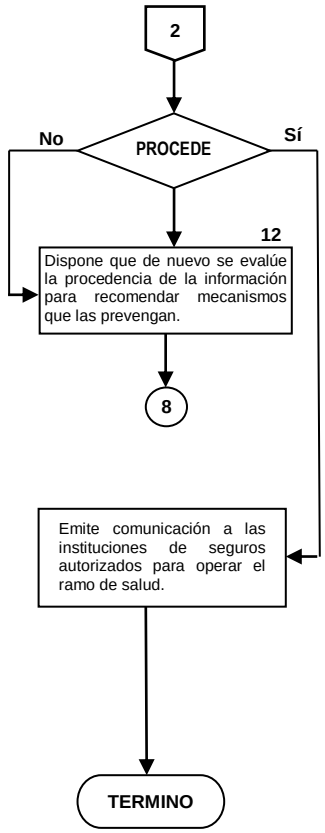
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	11	Determina la procedencia de la notificación y seguimiento. Procede:	
	12	No. Dispone que de nuevo se evalúe la procedencia de la información para recomendar mecanismos que las prevengan. Regresa a la actividad 8.	
	13	Si. Emite comunicación a las instituciones de seguros autorizados para operar el ramo de salud. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
1
7
Promueve la propuesta de recomendaciones y listado de quejas pendientes de atención, para aprobación de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.
8
Evalúa la procedencia de la información
PROCEDE
No
SI
9
Objeta la propuesta de recomendaciones y listado de quejas pendientes de atención
5
10
Propone a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su notificación y seguimiento
11
Determina la procedencia de la notificación y seguimiento
1
2

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5 Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7 Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.10 Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informes cuatrimestrales de Contralores Médicos e informes Anuales	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Oficio de respuesta de las quejas y reclamaciones de los usuarios	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.3 Carpeta de documentos de las quejas y reclamaciones	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.4 Informe de quejas y reclamaciones	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Queja: Manifestación oral y/o escrita de los usuarios de los servicios sobre inconformidades del proceso de atención médica que podría generar una complicación en el estado de salud de los usuarios o administrativa.

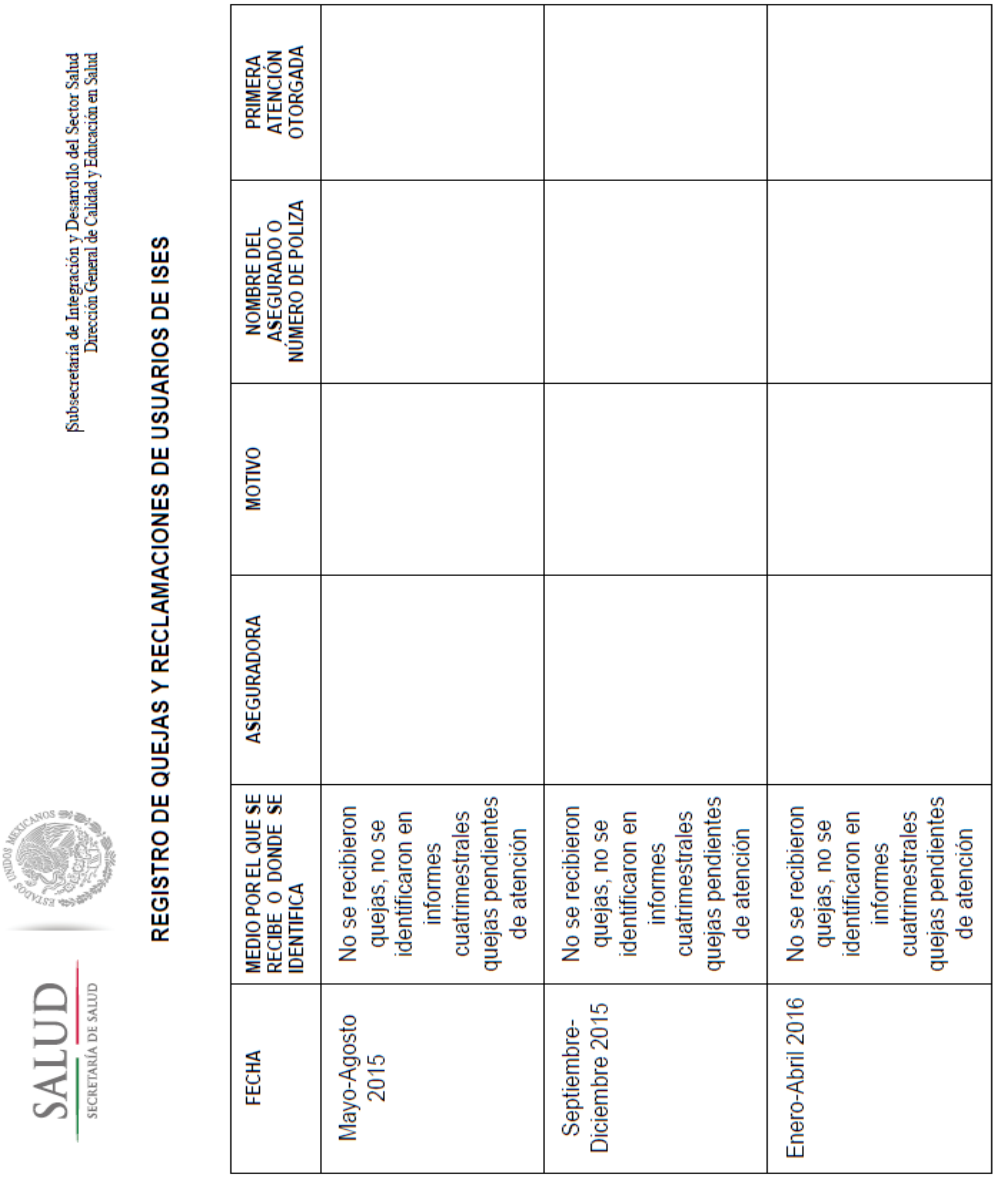
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de registro de quejas y reclamaciones recibidas o identificadas en la Subdirección de Control de Operación

10.1 Formato de registro de quejas y reclamaciones recibidas o identificadas en la Subdirección de Control de Operación



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

REGISTRO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES DE USUARIOS DE ISES

FECHA	MEDIO POR EL QUE SE RECIBE O DONDE SE IDENTIFICA	ASEGURADORA	MOTIVO	NOMBRE DEL ASEGURADO O NÚMERO DE POLIZA	PRIMERA ATENCIÓN OTORGADA
Mayo-Agosto 2015	No se recibieron quejas, no se identificaron en informes cuatrimestrales quejas pendientes de atención				
Septiembre-Diciembre 2015	No se recibieron quejas, no se identificaron en informes cuatrimestrales quejas pendientes de atención				
Enero-Abril 2016	No se recibieron quejas, no se identificaron en informes cuatrimestrales quejas pendientes de atención				

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

REGISTRO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES DE USUARIOS DE ISES

Mayo-Agosto 2016	No se recibieron quejas, no se identificaron en informes cuatrimestrales quejas pendientes de atención				
Septiembre-Diciembre 2016	No se recibieron quejas, no se identificaron en informes cuatrimestrales quejas pendientes de atención				
Enero-Abril 2017	No se recibieron quejas, no se identificaron en informes cuatrimestrales quejas pendientes de atención				

89. PROCEDIMIENTO PARA SELECCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AUTORIZADAS A OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD EN LA PÁGINA WEB DE LA DGCES

1. PROPÓSITO

1.1 Seleccionar la información referente a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud que se publique en la página Web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para conocimiento del público en general.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, como responsables de realizar la selección y actualización de la información sobre el funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y a la Subdirección de Control de Operación son los encargados de seleccionar y actualizar la información de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud que se publicará en la página Web de la DGCES como área técnica.

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud como proveedores de la información y los usuarios de los servicios de las aseguradoras como usuarios de la información.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual contempla que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifique, controle y evalúe la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la selección y actualización de la información sobre el funcionamiento de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, las cuales establecen los criterios técnico, médico y administrativo.

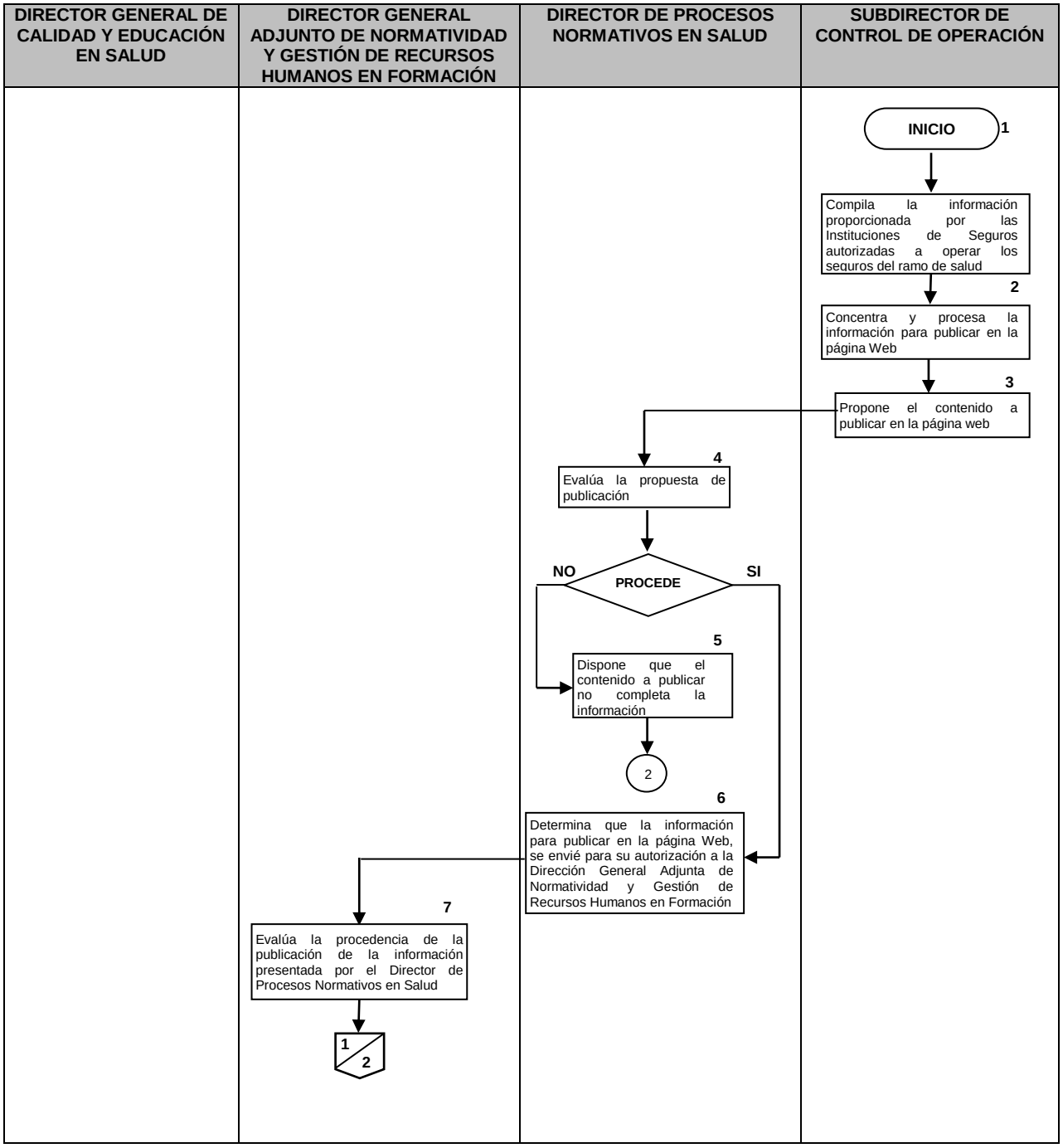
3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, son las responsables de seleccionar y actualizar la información de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud que se publicará en la página Web de la DGCES, atendiendo a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

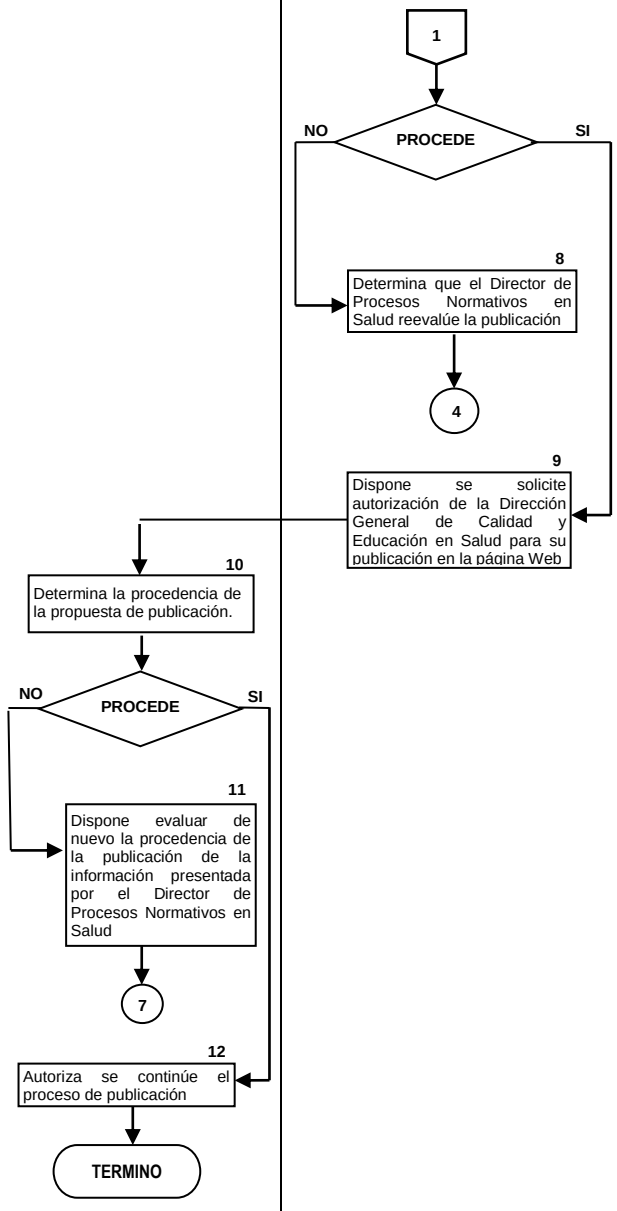
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Control de Operación	1	Compila la información proporcionada por las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud	
	2	Concentra y procesa la información para publicar en la página Web.	
	3	Propone el contenido a publicar en la página web	
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Evalúa la propuesta de publicación.	
	5	Procede No. Dispone que el contenido a publicar no completa la información Regresa a la actividad 2	
	6	Si. Determina que la información para publicar en la página Web, se envié para su autorización a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	7	Evalúa la procedencia de la publicación de la información presentada por el Director de Procesos Normativos en Salud	
	8	Procede: No: Determina que el Director de Procesos Normativos en Salud reevalúe la publicación y Regresa a la actividad 4.	
	9	SI: Dispone se solicite autorización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su publicación en la página Web	

Director General de Calidad y Educación en Salud	10 Procede: 11 12	Determina la procedencia de la propuesta de publicación. No: Dispone evaluar de nuevo la procedencia de la publicación de la información presentada por el Director de Procesos Normativos en Salud. Regresa a la actividad 7. SI: Autoriza se continúe el proceso de publicación **TERMINA PROCEDIMIENTO.**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5 Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7 Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	N/A
6.10 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.11 Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta de información sobre las actividades y estadísticas de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Carpeta de documentos para publicación.	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.3 Informes cuatrimestrales de Contralores Médicos y anuales de las ISES.	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.3 Página Web.- Conjunto de textos, imágenes y archivos electrónicos que se encuentran a la disponibilidad del público en un servidor conectado a la red global de Internet.

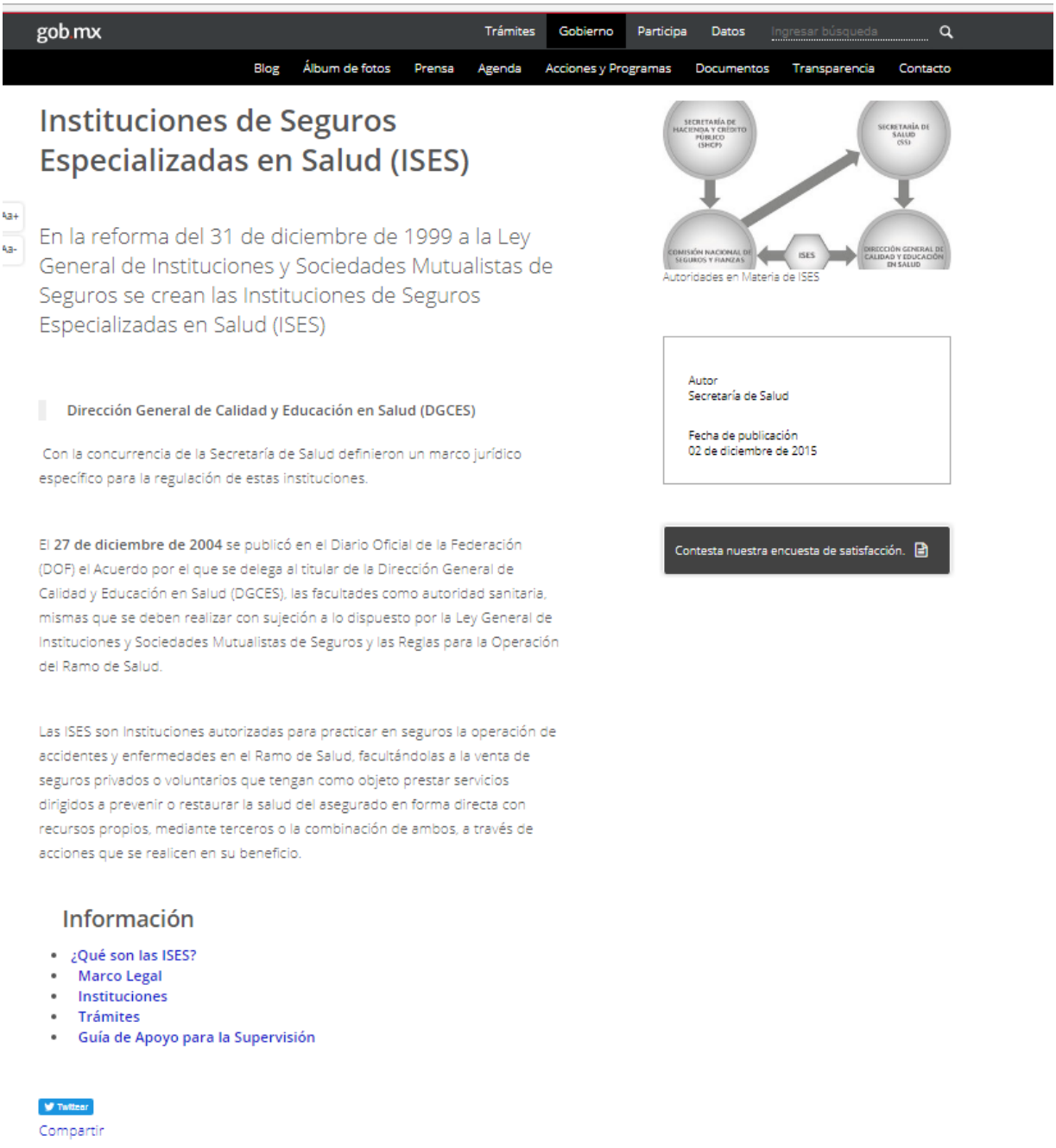
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Información sobre las ISES publicada en la página web calidad.salud.gob.mx

10.1 Información sobre las ISES publicada en la página web calidad.salud.gob.mx (ejemplo)



gob.mx

Trámites | Gobierno | Participa | Datos | Ingresar búsqueda

Blog | Álbum de fotos | Prensa | Agenda | Acciones y Programas | Documentos | Transparencia | Contacto

Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

En la reforma del 31 de diciembre de 1999 a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se crean las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Autoridades en Materia de ISES

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

Con la concurrencia de la Secretaría de Salud definieron un marco jurídico específico para la regulación de estas instituciones.

El **27 de diciembre de 2004** se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo por el que se delega al titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), las facultades como autoridad sanitaria, mismas que se deben realizar con sujeción a lo dispuesto por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

Las ISES son Instituciones autorizadas para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el Ramo de Salud, facultándolas a la venta de seguros privados o voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio.

Autor
Secretaría de Salud

Fecha de publicación
02 de diciembre de 2015

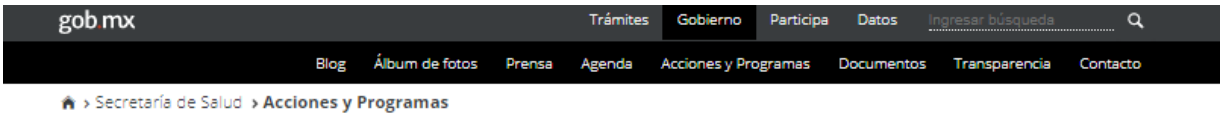
Contesta nuestra encuesta de satisfacción.

Información

- ¿Qué son las ISES?
- Marco Legal
- Instituciones
- Trámites
- Guía de Apoyo para la Supervisión

Twittear

Compartir



¿Qué son las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud?

Aa+
Aa-

Son Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) aprobadas mediante dictamen emitido por la Secretaría de Salud y autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Autor
Secretaría de Salud

Fecha de publicación
22 de febrero de 2016

Contesta nuestra encuesta de satisfacción.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

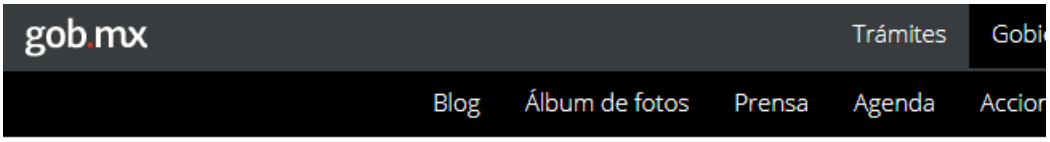
Para practicar la operación en seguros de accidentes y enfermedades en el Ramo de La Salud, facultándolas a la venta de seguros privados o voluntarios.

OBJETIVO

Prestar servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud en forma directa, con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones en beneficio de los asegurados, así como brindar protección financiera.

REQUISITOS PARA OPERAR

- Autorización de la SHCP.
- Dictamen de la SS.
- Dictamen de la CNSF.
- Ratificación del Contralor Médico.
- Certificación de Proveedores.
- Instrumentación de Programas.



TRÁMITES

Para iniciar operaciones.

- SSA-06-09: Solicitud de Dictamen Provisional.
- SSA-06-10: Solicitud de Dictamen Definitivo.

Para continuar operaciones.

- SSA-06-12: Ratificación del Contralor Médico.

Otros.

- SSA-06-11: Solicitud de Dictamen Anual.
- SSA-06-13: Informe Cuatrimestral del Contralor Médico.

SERVICIOS

- Planes integrales.
- Colectividades o individuos.
- Prevención o restauración de la salud.
- Atención con recursos propios, mediante terceros o la combinación de ambos.
- Protección Financiera.

INFORME DE ACTIVIDADES

Actualmente las ISES a través de un informe demuestran que mantienen las condiciones suficientes para continuar operando el ramo de salud.

90. PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE DICTÁMENES PROVISIONALES Y DEFINITIVOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AUTORIZADAS A OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Emitir dictámenes provisionales y definitivos para vigilar, en materia de Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, el cumplimiento de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Y verificar, controlar y evaluar en coordinación con las dependencias competentes, la operación en materia de salud de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, así como supervisar la prestación de los servicios en materia de su competencia.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, son responsables de realizar la emisión de los dictámenes provisionales y definitivos en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y a la Subdirección de Control de Operación, instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifique, controle y evalúe la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, en base a los criterios técnico, médico y administrativo de la normatividad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual contempla e instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifique, controle y evalúe la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la emisión de los dictámenes provisionales y definitivos en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, son responsables de emitir los dictámenes provisionales y definitivos, atendiendo a una solicitud previa, revisión de documentos específicos, emite una opinión técnica, expide un dictamen provisional, da seguimiento, realiza visita de inspección y en su caso emite previa revisión documental un dictamen definitivo.

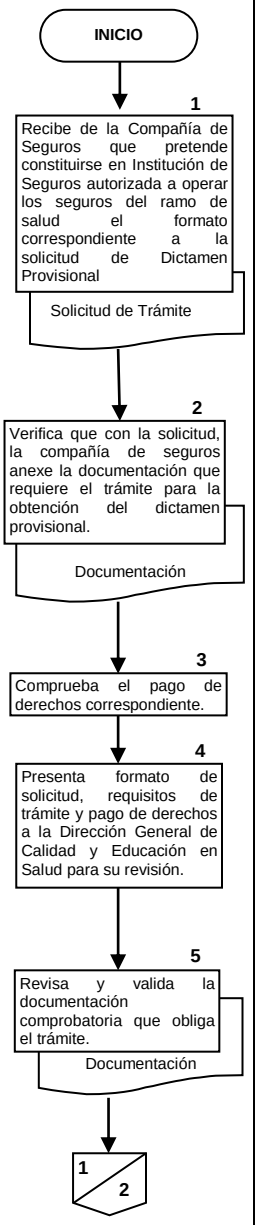
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

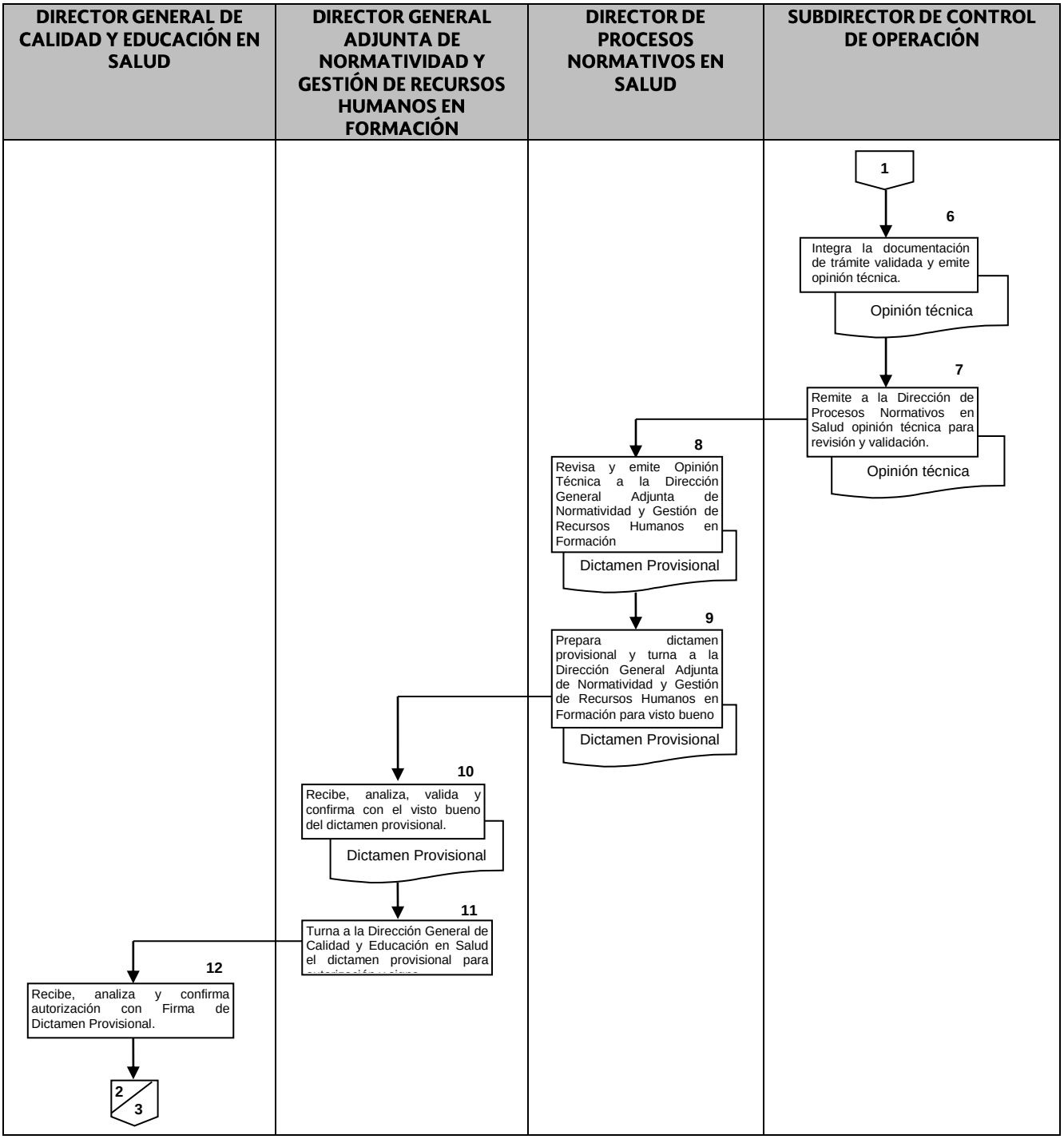
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Control de Operación	1	Recibe de la Compañía de Seguros que pretende constituirse en Institución de Seguros autorizada a operar los seguros del ramo de salud el formato correspondiente a la solicitud de Dictamen Provisional.	Solicitud de trámite.
	2	Verifica que con la solicitud, la compañía de seguros anexe la documentación que requiere el trámite para la obtención del dictamen provisional.	Documentación Documenta-ción.
	3	Comprueba el pago de derechos correspondiente.	
	4	Presenta formato de solicitud, requisitos de trámite y pago de derechos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su revisión.	Opinión Técnica.
	5	Revisa y valida la documentación comprobatoria que obliga el trámite.	
	6	Integra la documentación de trámite validada y emite opinión técnica.	
	7	Remite a la Dirección de Procesos Normativos en Salud opinión técnica para revisión y validación.	
Director de Procesos Normativos en Salud	8	Revisa y emite Opinión Técnica a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	Dictamen Provisional.
	9	Prepara dictamen provisional y turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para visto bueno.	
Director General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	10	Recibe, analiza, valida y confirma con el visto bueno del dictamen provisional.	Dictamen Provisional.
	11	Turna a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud el dictamen provisional para autorización y signa.	
Director General de Calidad y Educación en Salud.	12	Recibe, analiza y confirma autorización con Firma de Dictamen Provisional.	Dictamen Provisional autorizado.
	13	Informa a la Institución de Seguros Especializada en Salud sobre resultados a la solicitud de informe provisional.	

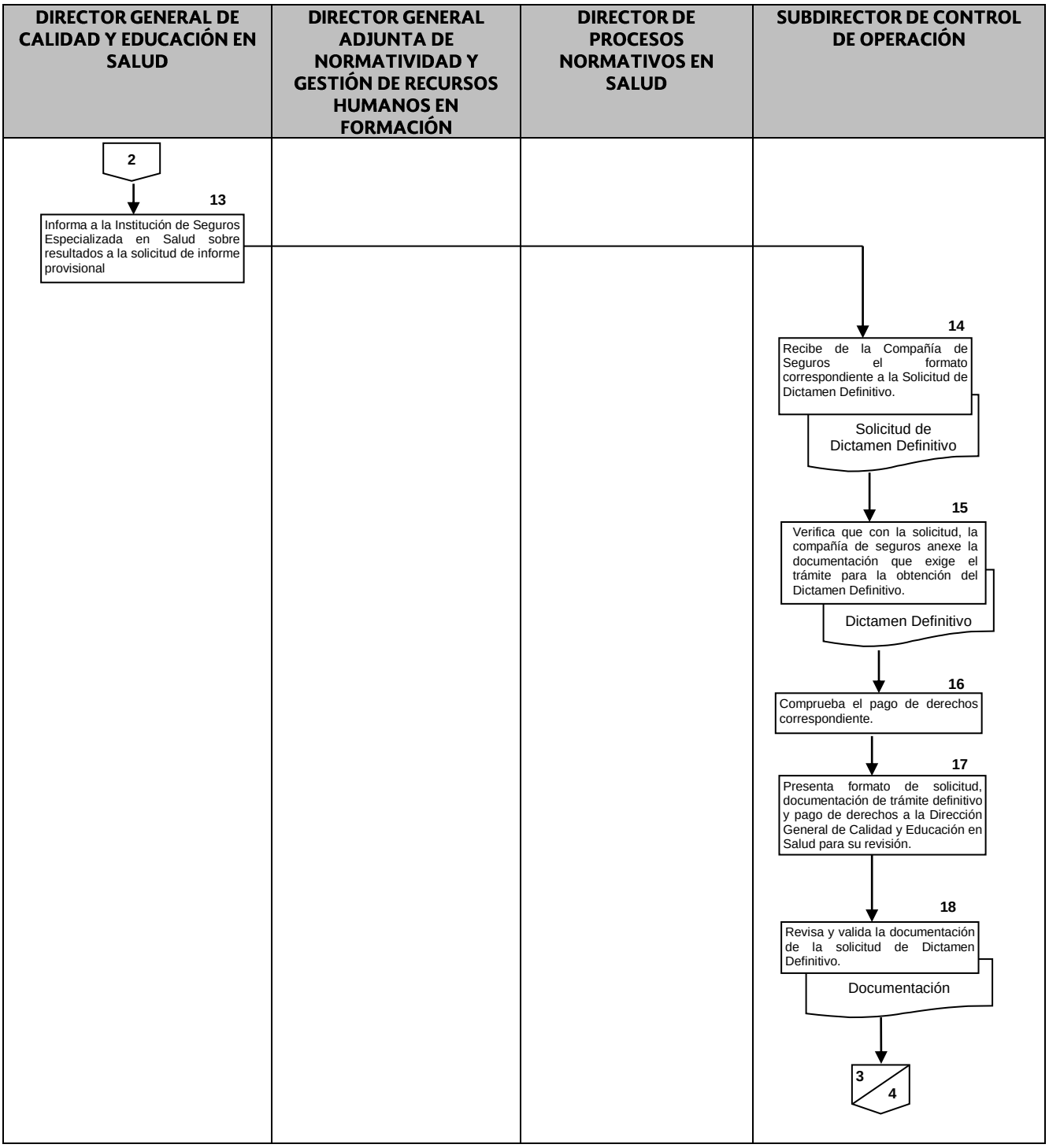
Subdirector de Control de Operación	14	Recibe de la Compañía de Seguros el formato correspondiente a la Solicitud de Dictamen Definitivo.	
	15	Verifica que con la solicitud, la compañía de seguros anexe la documentación que exige el trámite para la obtención del Dictamen Definitivo.	Solicitud de Dictamen Definitivo.
	16	Comprueba el pago de derechos correspondiente.	Dictamen Definitivo
	17	Presenta formato de solicitud, documentación de trámite definitivo y pago de derechos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su revisión.	Documentación
	18	Revisa y valida la documentación de la solicitud de Dictamen Definitivo.	Guía de inspección aplicada.
	19	Vigila que se incluya el pago de derechos correspondientes al trámite.	
	20	Realiza visita de inspección-supervisión, aplica Guía para corroborar que la compañía solicitante cumpla con los requisitos técnico-administrativos para desarrollar los planes y servicios que oferta.	
	21	Emite la opinión técnica, una vez requisitada y revisada la documentación correspondiente. Turna a la Dirección de Procesos Normativos en Salud opinión técnica para validación.	Opinión Técnica.
Director de Procesos Normativos en Salud	22	Revisa Opinión Técnica.	Dictamen Definitivo.
	23	Emite el visto bueno de opinión técnica para validación..	
	24	Organiza dictamen definitivo y lo turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para aprobación.	

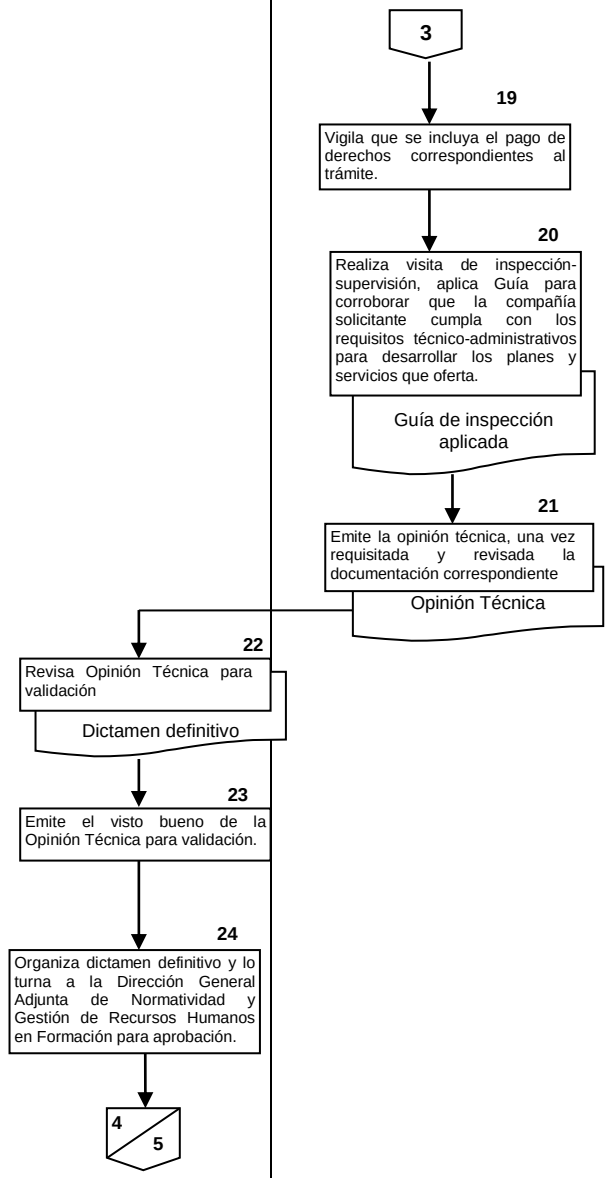
Director General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	25	Recibe, analiza y autoriza con el visto bueno del dictamen definitivo.	Dictamen Definitivo Aprobado.
	26	Instruye recomendaciones o modificaciones del dictamen	
	27	Promueve Dictamen Definitivo del dictamen	
	28	Turna a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud dictamen definitivo aprobado para autorización y signa. Procede:	
	29	NO: Objeta la documentación de la solicitud de Dictamen Definitivo, envía de nuevo para su revisión a la Subdirección de Control de Operación. Regresa a la actividad 18	
	30	SI: Acredita la documentación de la solicitud de Dictamen Definitivo y continua procedimiento	
Director General de Calidad y Educación en Salud.	31	Recibe dictamen definitivo, analiza, valida y autoriza	Dictamen Definitivo.
	32	Oficializa con signa la emisión de dictamen definitivo	
	33	Informa a la Institución de Seguros Especializada en Salud sobre resultados a la solicitud de informe provisional. **TERMINA PROCEDIMIENTO.**	

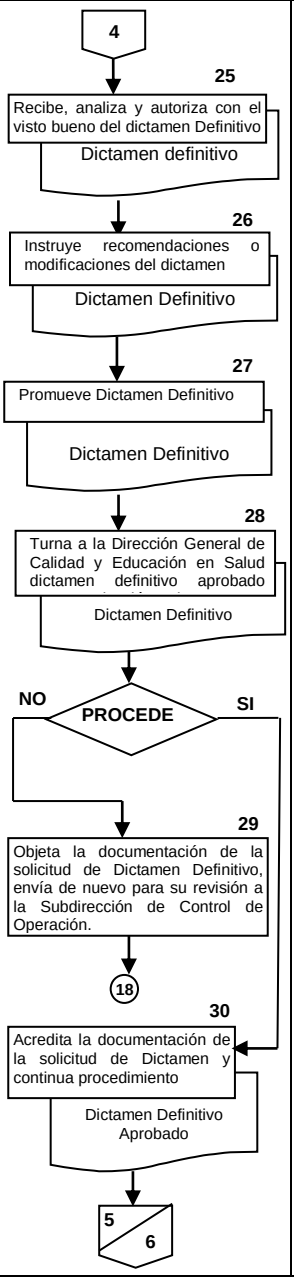
5. DIAGRAMA DE FLUJO

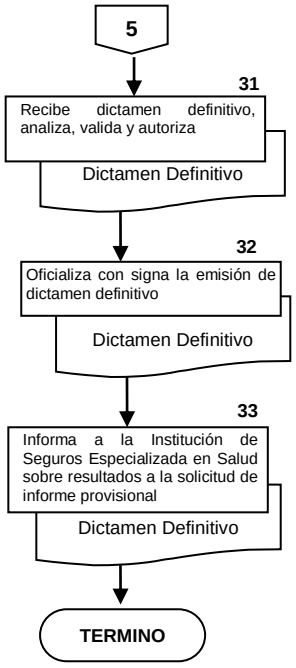
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
1
6
Integra la documentación de trámite validada y emite opinión técnica.
Opinión técnica
7
Remite a la Dirección de Procesos Normativos en Salud opinión técnica para revisión y validación.
Opinión técnica
8
Revisa y emite Opinión Técnica a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación
Dictamen Provisional
9
Prepara dictamen provisional y turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación para visto bueno
Dictamen Provisional
10
Recibe, analiza, valida y confirma con el visto bueno del dictamen provisional.
Dictamen Provisional
11
Turna a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud el dictamen provisional para
12
Recibe, analiza y confirma autorización con Firma de Dictamen Provisional.
2
3


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
2
13
Informa a la Institución de Seguros Especializada en Salud sobre resultados a la solicitud de informe provisional
14
Recibe de la Compañía de Seguros el formato correspondiente a la Solicitud de Dictamen Definitivo.
Solicitud de Dictamen Definitivo
15
Verifica que con la solicitud, la compañía de seguros anexe la documentación que exige el trámite para la obtención del Dictamen Definitivo.
Dictamen Definitivo
16
Comprueba el pago de derechos correspondiente.
17
Presenta formato de solicitud, documentación de trámite definitivo y pago de derechos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su revisión.
18
Revisa y valida la documentación de la solicitud de Dictamen Definitivo.
Documentación
3
4

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Ley General de Salud	
6.2. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4. Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5. Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7. Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.10. Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta de documentos para dictamen provisional	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Oficio de respuesta a dictamen provisional	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.3 Carpeta de documentos para dictamen definitivo	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.4 Guía de Apoyo para la Supervisión	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.5 Informe de visita de	10 años	Subdirección de Control de	N/A

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
verificación		Operación	

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Dictamen Definitivo: Documento que las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud de manera provisional, deberán obtener previa visita de inspección y vigilancia realizada por la Secretaría de Salud para que les permita operar como Institución de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

8.2 Dictamen Provisional: Documento que las instituciones de seguros que deseen operar el ramo de salud o todas aquellas instituciones interesadas en operar dicho ramo, deberán obtener, el cual es expedido por la Secretaría de Salud, con el propósito de ser presentado a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para lograr la autorización de operación por parte de esa Dependencia.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Dictamen Provisional para operar los seguros del Ramo de Salud

10.1 Dictamen Provisional para operar los seguros del Ramo de Salud

SECRETARIA DE SALUD

000039

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO.
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

DICTAMEN PROVISIONAL PARA OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD.

México, D. F. 10 ENE. 2001

DIRECTO

Medica Integral GNP
Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
Del. Coyoacan
C.P. 04200, México D.F.

Con fundamento en los artículos 4 párrafo 4º, 14 y 16 párrafo 1º y 12º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 2, 3 fracciones I y III, artículo 4 fracción III, 5, 9, 10,11, 13 inciso A fracciones II, IX y X, 23 y 27, fracción III de la Ley General de Salud, Artículo 39 fracciones VI párrafo 2º.VIII y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Artículo 16 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Artículo 26 fracciones X, XI, XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, los artículos 1, 2, 3, 5, 7 fracción II, 10 fracciones I, II, III, IV y VI, 18,21 y 26 del Reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y las Reglas para la Operación del ramo de Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo de 2000 se dictamina para efectos de su autorización para operar como ISES mediante recursos propios o a través de contratos con terceros en forma provisional, por un término de 90 días contados a partir de la fecha de expedición del presente documento.

Lo anterior en virtud de haber presentado satisfactoriamente la documentación establecida en la decimosexta de las Reglas de Operación en del Ramo de Salud en vigor y haber cubierto los Derechos que por este concepto se tienen estipulados, así como contar con los elementos necesarios para poder prestar los servicios materia de los contratos de seguro.

El presente dictamen esta sujeto a revocación en cualquier momento, cuando se detecte que no se ha cumplido satisfactoriamente con alguno de los requisitos señalados en las Disposiciones Legales aplicables, las Reglas de Operación del Ramo de Salud citadas con anterioridad y el acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud en lo relativo a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de diciembre de 2000.

ATENTAMENTE
Sufragio Efectivo no Reelección
El Director General

Dr. Miguel B. Romero Téllez.

91. PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE DICTÁMENES ANUALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Emitir dictámenes anuales en materia de Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, para vigilar el cumplimiento de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y verificar, controlar y evaluar en coordinación con las dependencias competentes, la operación en materia de salud de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud así como supervisar la prestación de los servicios en materia de su competencia.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, este procedimiento involucra a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, como responsable de observar el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en lo relativo a las atribuciones que señala para la Secretaría de Salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y a la Subdirección de Control de Operación, son responsables de realizar validación de información para la emisión de los dictámenes anuales en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

2.2. A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, de acuerdo lo establecido en el marco legal aplicable

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, es responsable de observar que la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la cual señala que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verifica, controla y evalúa la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

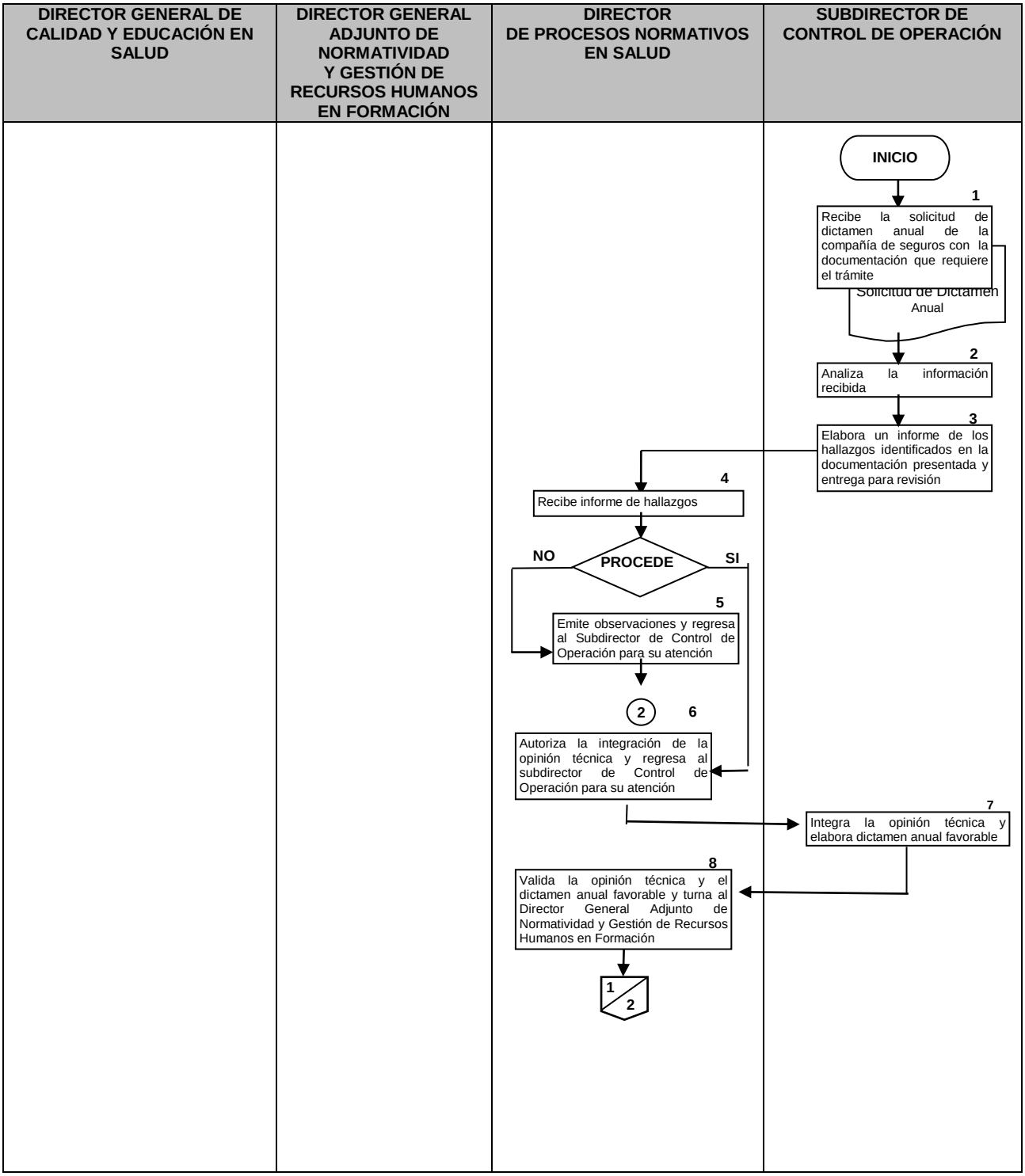
3.2. La Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la Dirección de Procesos Normativos en Salud, son responsables de realizar la emisión de los dictámenes anuales en apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, la cual establece los criterios técnico, médico y administrativo.

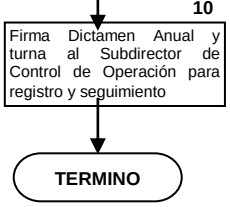
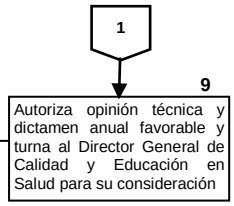
3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, una vez autorizados los dictámenes provisionales y definitivos correspondientes, son las responsables de otorgar el dictamen anual a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, atendiendo a la metodología expresa para tal fin, dictamen que como su nombre lo indica, es renovable cada año.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Control de Operación	1.	Recibe la solicitud de dictamen anual de la compañía de seguros con la documentación que requiere el trámite	
	2.	Analiza la información recibida	• Solicitud de Dictamen Anual.
	3.	Elabora un informe de los hallazgos identificados en la documentación presentada y entrega para revisión	
Director de Procesos Normativos en Salud	4.	Recibe informe de hallazgos Procede	
	5.	No. Emite observaciones y regresa al Subdirector de Control de Operación para su atención. Regresa a la actividad 2	
	6.	Si. Autoriza la integración de la opinión técnica y regresa al subdirector de Control de Operación para su atención	
Subdirector de Control de Operación	7.	Integra la opinión técnica y elabora dictamen anual favorable	
Director de Procesos Normativos en Salud	8.	Valida la opinión técnica y el dictamen anual favorable y turna al Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	9.	Autoriza opinión técnica y dictamen anual favorable y turna al Director General de Calidad y Educación en Salud para su consideración	
Director General de Calidad y Educación en Salud	10.	Firma Dictamen Anual y turna al Subdirector de Control de Operación para registro y seguimiento **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN	DIRECTOR DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD	SUBDIRECTOR DE CONTROL DE OPERACIÓN
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley General de Salud	N/A
6.3 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.4 Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A
6.5 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.6 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.8 Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta documental de dictámenes anuales.	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Oficio de respuesta de dictamen anual.	10 años	Subdirección de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Dictamen Anual:** Documento que las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud deberán obtener anualmente, previa visita de inspección y vigilancia realizada por la Secretaría de Salud, para poder continuar operando el ramo de salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Dictamen Anual Favorable

10.1 Dictamen Anual Favorable

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES- DG- 03634 -2016

Ciudad de México a 30 de noviembre de 2016

LIC. DIODORO VALDIVIA LÓPEZ
DIRECTOR GENERAL DE MEDIACCESS
SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.
PRESENTE

Hago referencia a su escrito de fecha 15 de octubre del 2016, mediante el cual solicita la emisión del Dictamen Anual para la Institución de Seguros autorizada para operar el ramo de salud denominada **MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.**con fundamento en los artículos 4 párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3 fracción I, 4 fracción III, 5, 10, 13 inciso A) fracción II, IX y X de la Ley General de Salud; 14 párrafo primero y 39 fracciones VI párrafo segundo y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 41 y 306 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; 5 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 18 Fracción XXVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y los numerales 15.2.1, 15.2.2 y 15.2.3 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

Al respecto me permito comunicarle que se ha efectuado la revisión de los documentos que se anexaron a su solicitud y los resultados de la visita de supervisión realizada los días 28 y 29 de septiembre del 2016 por personal adscrito a esta Dirección General, se emite el Dictamen Anual, de acuerdo a lo señalado en el capítulo 15.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

En ese sentido, anexo al presente sirvase encontrar el documento que contiene las observaciones de algunos criterios que requieren fortalecer la información enviada, asimismo se le comunica que la atención a los mismos se revisará en la supervisión que se llevará a cabo en el ejercicio 2017. Es de señalar que para el caso que no se atiendan dichas observaciones esta Dirección General lo hará del conocimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para los fines procedentes.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

COMISIÓN NAL. DE SEGUROS Y FIANZAS
DIC. 2 2016

RECIBI SOBRE CERRADO
ANA I HERNANDEZ.
01-DIC-2016

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario y Desarrollo del Sector Salud.-Presente.
Act. Héctor Rodríguez Cabo Zaldivar. Director General de Supervisión de Seguros y Pensiones y Salud CNSF.- Presente.

Folio: DGCES-8244
Folio: DGANGRHF-1578
Sección/Serie: 15.7
LAGO/LMM/lsc

Versalles 237, Piso 12, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Dr. Lázaro Cárdenas, Mexicali-Instituto, C.P. 11570, México, Ciudad de México.
(55) 5080 5200, (55) 5080 5500, (55) 5276 0100 www.calidad.salud.gob.mx

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Con fundamento en los artículos 4 párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3 fracción I, 4 fracción III, 5, 10, 13 inciso A) fracciones II, IX y X de la Ley General de Salud, 14 párrafo primero y 39 fracciones VI párrafo segundo, XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 41 y 306 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 5 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 18 fracción XXVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y los numerales 15.2.1, 15.2.3, 15.2.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2014, y derivado de la revisión de los documentos que se anexaron a su solicitud de Dictamen Anual, así como de los resultados de la visita de inspección realizada los días 28 y 29 de septiembre 2016, por personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se otorga el presente.

DICTAMEN ANUAL FAVORABLE

A la Institución de Seguros autorizada a operar los seguros del Ramo de Salud:

MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.

Ciudad de México, 30 de noviembre de 2016

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

VALIDÓ: LAGO

[redacted]

[redacted]

92. PROCEDIMIENTO PARA LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AUTORIZADAS A OPERAR LOS SEGUROS DEL RAMO DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Efectuar la supervisión de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud a fin de verificar que cumplan con las disposiciones de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para su operación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento involucra a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, responsable de autorizar la supervisión de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, la Dirección de Procesos Normativos en Salud es encargado de coordinar el programa de supervisión, y la Subdirección de Control de Operación, como responsable de llevar a cabo la visita de supervisión

2.2 A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas contempla e instruye que la Secretaría de Salud a través de sus atribuciones, verificará, controlará y evaluará la prestación de servicios por parte de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud.

3.2. La Circular Única de Seguros y Fianzas, establece los criterios técnico, médico y administrativo por medio de los cuales la Secretaría de Salud, con apego a esta disposición realiza la emisión de los dictámenes: provisionales, definitivos y anuales.

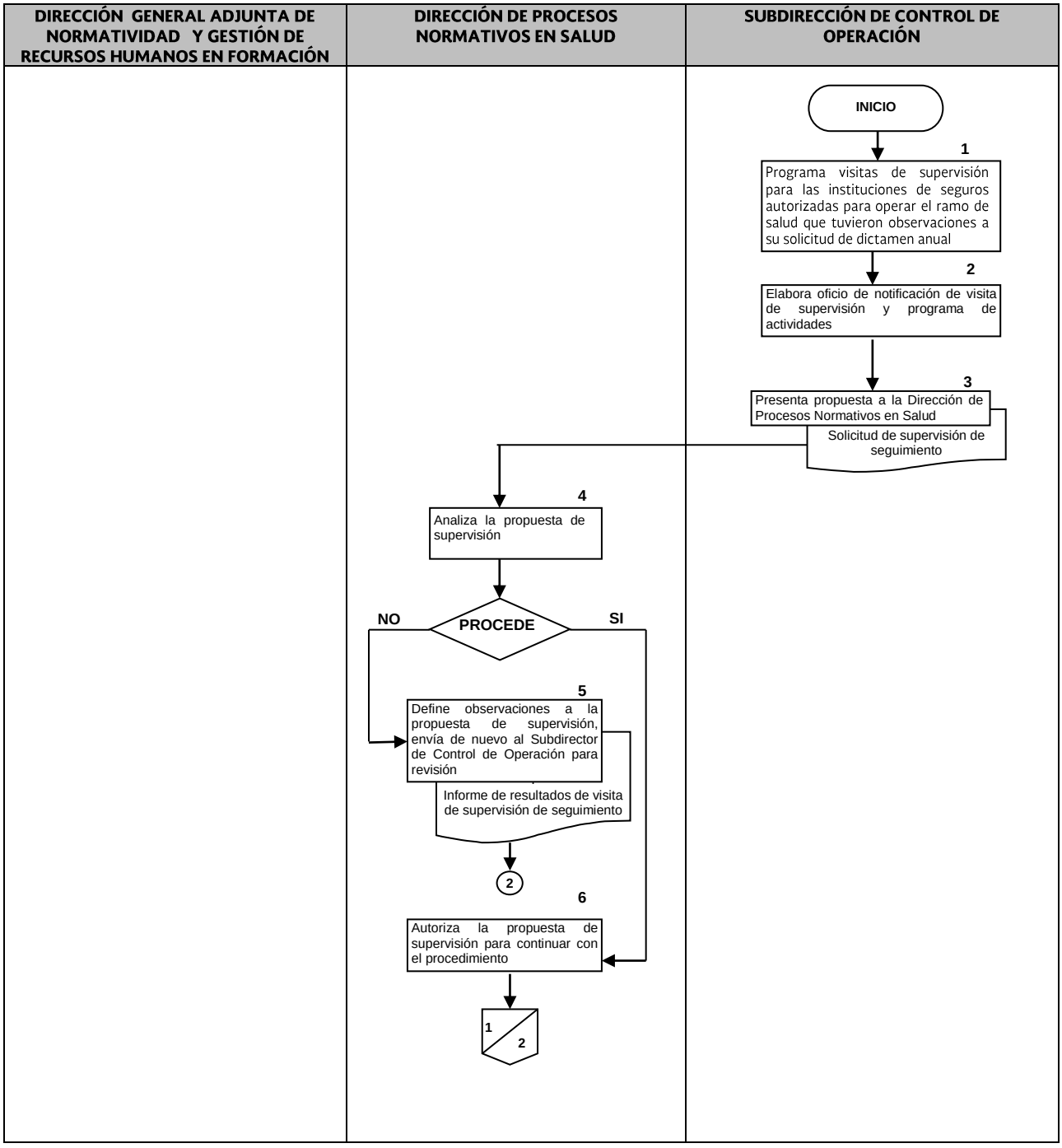
3.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, la Dirección de Procesos Normativos en Salud y la Subdirección de Control de Operación, una vez autorizados los dictámenes provisionales, definitivos y anuales correspondientes, son las responsables de llevar a cabo la supervisión de las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud para verificar su funcionamiento acorde a la normatividad aplicable.

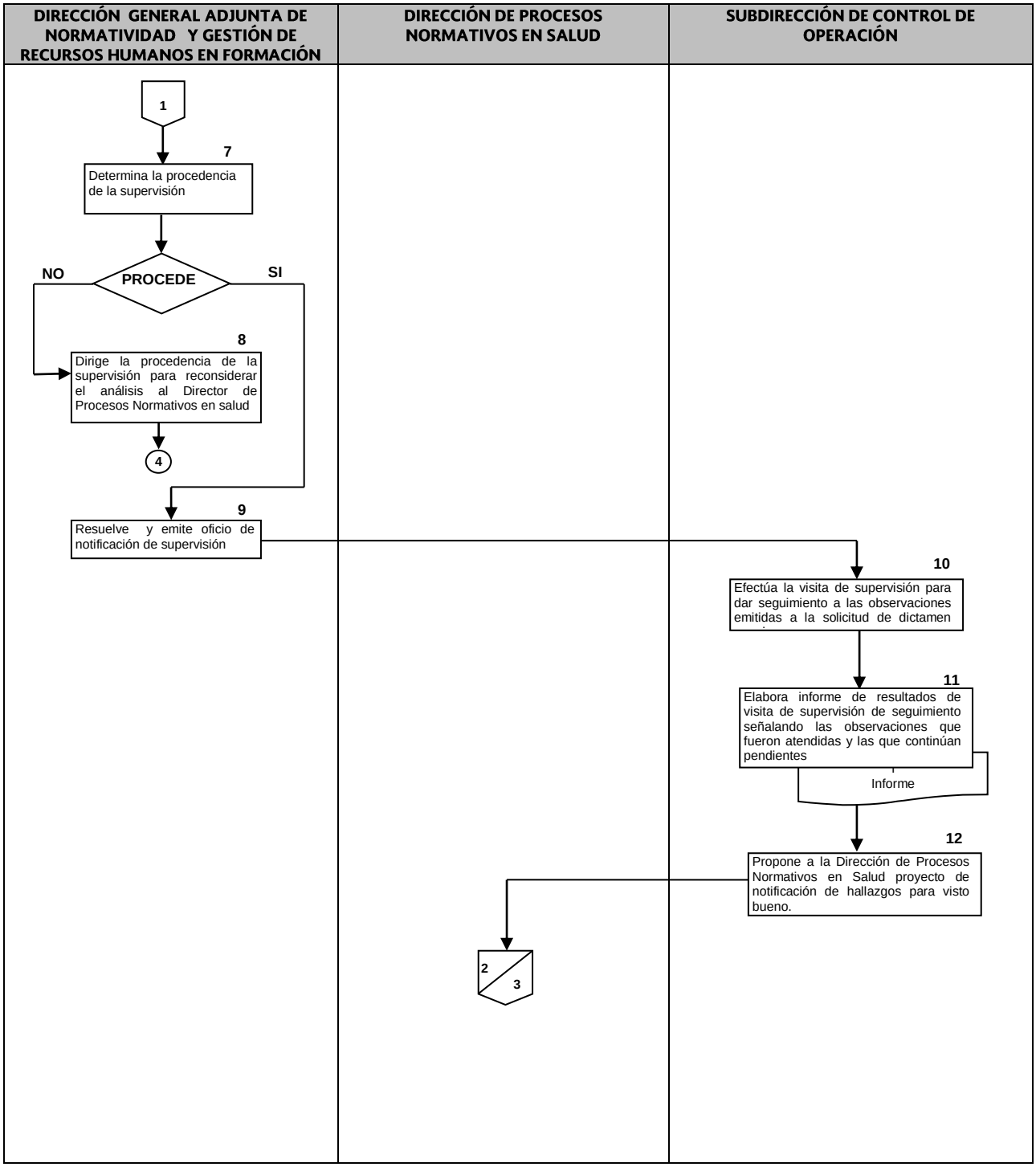
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

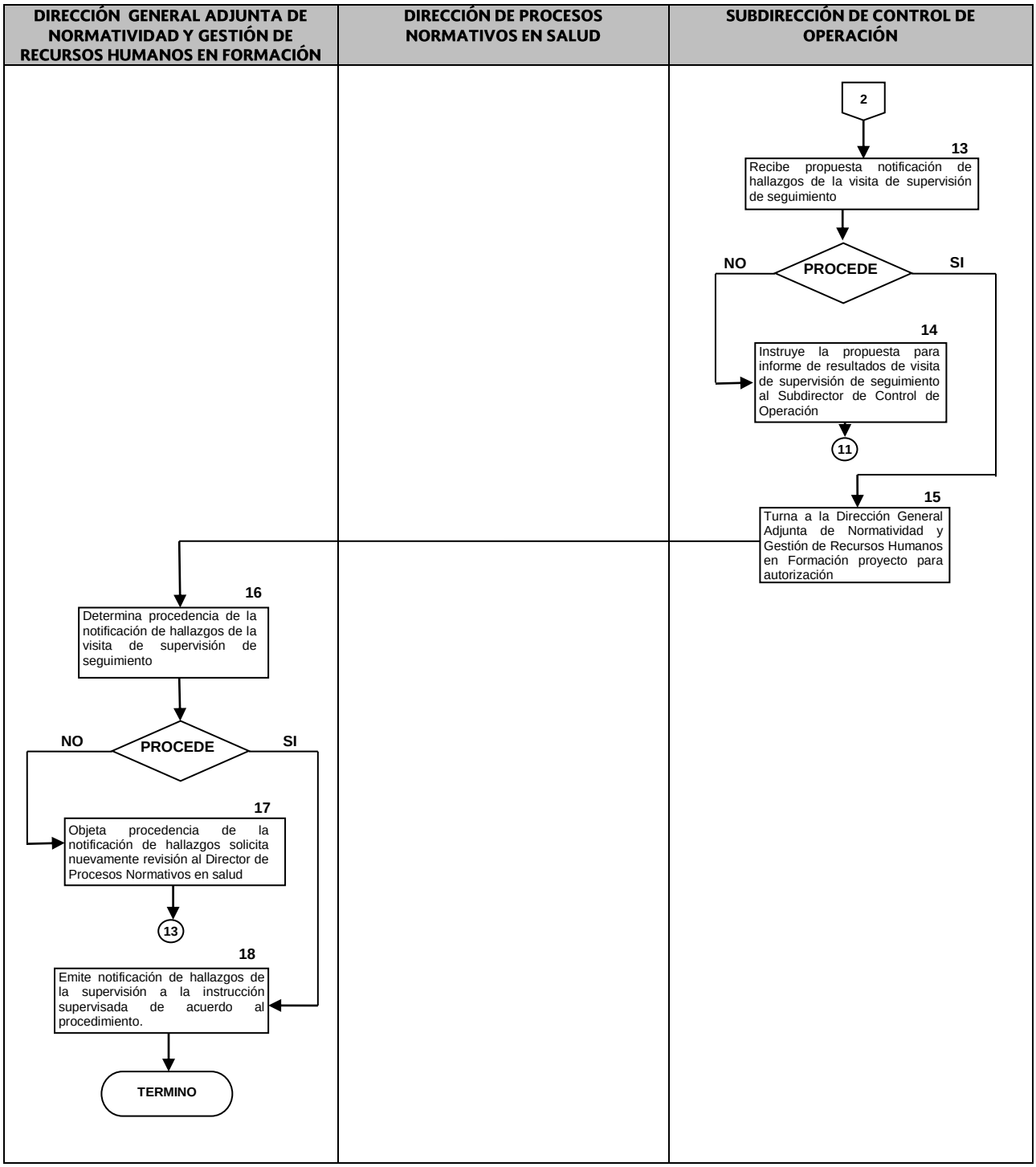
Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Control de Operación	1.	Programa visitas de supervisión para las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud que tuvieron observaciones a su solicitud de dictamen anual	
	2	Elabora oficio de notificación de visita de supervisión y programa de actividades	
	3	Presenta propuesta a la Dirección de Procesos Normativos en Salud	Solicitud de supervisión de seguimiento
Director de Procesos Normativos en Salud	4	Analiza la propuesta de supervisión	
	5	Procede: NO: Define observaciones a la propuesta de supervisión, envía de nuevo al Subdirector de Control de Operación para revisión Regresa a la actividad 2.	Informe de resultados de visita de supervisión de seguimiento
	6	SI: Autoriza la propuesta de supervisión para continuar con el procedimiento.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	7	Determina la procedencia de la supervisión	
	8	Procede: NO: Dirige la procedencia de la supervisión para reconsiderar el análisis al Director de Procesos Normativos en salud. Regresa a la actividad 4.	
	9	SI: Resuelve emite oficio de notificación de supervisión	
Subdirector de Control de Operación	10	Efectúa la visita de supervisión para dar seguimiento a las observaciones emitidas a la solicitud de dictamen anual	
	11	Elabora informe de resultados de visita de supervisión de seguimiento señalando las observaciones que fueron atendidas y las que continúan pendientes	Informe

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
	12	Propone a la Dirección de Procesos Normativos en Salud proyecto de notificación de hallazgos para visto bueno.	
Director de Procesos Normativos en Salud	13 14 15	Recibe propuesta notificación de hallazgos de la visita de supervisión de seguimiento. Procede: NO: Instruye la propuesta para informe de resultados de visita de supervisión de seguimiento al Subdirector de Control de Operación. Regresa a la actividad 11. SI: Turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación proyecto para autorización.	
Director General Adjunto de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación	16 17 18	Determina procedencia de la notificación de hallazgos de la visita de supervisión de seguimiento Procede: NO: Objeta procedencia de la notificación de hallazgos solicita nuevamente revisión al Director de Procesos Normativos en salud Regresa a la actividad 13. SI: Emite notificación de hallazgos de la supervisión a la instrucción supervisada de acuerdo al procedimiento. . **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE OPERACIÓN
1
7
Determina la procedencia de la supervisión
NO
PROCEDE
SI
8
Dirige la procedencia de la supervisión para reconsiderar el análisis al Director de Procesos Normativos en salud
4
9
Resuelve y emite oficio de notificación de supervisión
10
Efectúa la visita de supervisión para dar seguimiento a las observaciones emitidas a la solicitud de dictamen
11
Elabora informe de resultados de visita de supervisión de seguimiento señalando las observaciones que fueron atendidas y las que continúan pendientes
Informe
12
Propone a la Dirección de Procesos Normativos en Salud proyecto de notificación de hallazgos para visto bueno.
2
3


DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE PROCESOS NORMATIVOS EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE OPERACIÓN
2
13
Recibe propuesta notificación de hallazgos de la visita de supervisión de seguimiento
NO
PROCEDE
SI
14
Instruye la propuesta para informe de resultados de visita de supervisión de seguimiento al Subdirector de Control de Operación
11
15
Turna a la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación proyecto para autorización
16
Determina procedencia de la notificación de hallazgos de la visita de supervisión de seguimiento
NO
PROCEDE
SI
17
Objeta procedencia de la notificación de hallazgos solicita nuevamente revisión al Director de Procesos Normativos en salud
13
18
Emite notificación de hallazgos de la supervisión a la instrucción supervisada de acuerdo al procedimiento.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la SSA	N/A
6.5 Guía de Apoyo para la Supervisión	N/A
6.6 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.7 Acuerdo por el que se delega en el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades sobre las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	N/A
6.8 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.9 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	N/A
6.10 Circular Única de Seguros y Fianzas	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta documental de supervisión de seguimiento.	5 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.2 Hallazgos de supervisión de seguimiento.	5 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.3 Guía para la supervisión	5 años	Subdirección de Control de Operación	N/A
7.4 Informe de visita supervisión	5 años	Subdirección de Control de Operación	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Dictamen Anual: Documento que las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud deberán obtener anualmente, previa visita de inspección y vigilancia realizada por la Secretaría de Salud, para poder continuar operando el ramo de salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada marzo 2015

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Orden de supervisión
10.2 Guía de Supervisión

10.1 Orden de supervisión

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

"2017, Año del Centenario de la Promulgación
de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- 01590 -2017

Ciudad de México a 23 de agosto de 2017

ACT. MARTÍN SALVADOR ARCEO FRANCO
DIRECTOR GENERAL DE
PLAN SEGURO S.A DE C.V
P R E S E N T E

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 párrafo cuarto, 16 párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3 fracción I, 4 fracción III, 5, 10, 11, 13 inciso A) Fracción II, IX, y X y 23 de la Ley General de Salud; 14, 16 y 39 fracciones VI párrafo segundo, VIII y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 2 apartado B Fracción II y 18 fracciones XXIX y XXXIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; Primero fracciones IX, X y XII del Acuerdo por el que se Delega en el Titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las facultades que se indican, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2004 ; 1, 5 y 45 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el numeral 15.5.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2014, se le notifica la presente **ORDEN DE SUPERVISIÓN** a esa Institución de Seguros autorizada para operar el ramo de salud, la cual se llevará a cabo los días **7 y 8 de septiembre de 2017** a partir de las 10:00 horas, en las oficinas de esa institución ubicadas en **Periférico Sur No. 4355, Col. Jardines de la Montaña, Deleg. Tlalpan, C. P. 14210, Ciudad de México** con el objeto de supervisar y evaluar los servicios y planes de salud que son materia de los contratos de seguro que celebran, así como la operación en materia de prestación de servicios de salud y los programas de mejora continua en la prestación de los servicios que ofertan.

Para tal efecto he designado como supervisores a los servidores públicos adscritos a esta Dirección General: Lic. Josefina Dolores Arellano González y Dr. Ricardo Selim Nader, a quienes solicito se les otorguen las facilidades necesarias para el desempeño de sus funciones y se proporcione la documentación, reportes y cualquier otra información que requiera para la ejecución de la supervisión.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.-Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.-Presente.
Act. Héctor Rodríguez Cabo Zaldivar.-Director General de Supervisión del Seguro de Pensiones y Salud. CNSF.-Presente

Sección y Serie 15.5
LAGO/TMR

10.2 Guía de Supervisión

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Guía de Supervisión para Instituciones Autorizadas para operar el ramo de Salud

Institución:		No. de Oficio de Orden de Supervisión:	
Fecha:		Fecha del Oficio:	
Encargado de la supervisión por la Institución		Coordinador de la Supervisión	

Ficha de Identificación

Director General:	
Responsable Médico:	
Contralor Médico	
Domicilio legal de la institución:	
Domicilio donde se realiza la supervisión:	

SECCION 1.- RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
Criterio	**Existe (Si o No)**	**Evidencia presentada**
1. La prestación de servicios la hacen a través de:		
a. Recursos propios		
b. Mediante terceros		
c. Combinación de ambos		
2. Es acorde con la oferta de servicios la distribución geográfica de los recursos:		
a. Humanos		
b. De infraestructura		
3. Presenta informes ante a las autoridades de:		
a. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas		
b. Secretaría de Salud		
4. Los recursos materiales y humanos, propios o contratados tienen una proyección a tres años suficiente para cumplir con los planes ofrecidos		
5. Cuenta con el programa de control de la utilización de los servicios médicos		

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

	Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
6.	Cumple con el progiama de control de la utilización de los servicios médicos		
7.	Cuenta con los manuales de organización respectivos		
8.	Cuenta con los manuales de procedimientos respectivos		
9.	Cuenta con mecanismos para comunicar los cambios en la infraestructura		
10.	Garantiza en sus recursos propios y contratados el cumplimiento de la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia		
11.	Los profesionales de la salud cuentan con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnico-médicos		
12.	Qué porcentaje de médicos especialistas que prestan servicios cuentan con certificación del consejo de especialidad y certificación vigente		
13.	Qué porcentaje de la infraestructura hospitalaria, propia o contratada para la prestación de servicios cuenta con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General		
14.	Cuenta con mecanismos de información a sus asegurados sobre los derechos y obligaciones que preservan su libertad de elección		
15.	Cuenta con manuales de organización y procedimientos de los servicios de salud que ofrece		
16.	Cuenta con un mecanismo interno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de sus asegurados		
17.	Verifica el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico, tanto en recursos propios como en prestados por terceros		
18.	Cuenta con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos a su cargo.		
19.	Este Programa incluye mecanismos para detectar y corregir problemas en los servicios como:		

Página 2 de 9

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
a. Acceso		
b. Idoneidad		
c. Eficiencia		
d. Subutilización		
e. Sobreutilización		
f. Mal uso de los mismos		
20. Los contratos celebrados incentivan:		
a. Subutilización de recursos		
b. Sobreutilización de recursos		
21. Cuenta con el programa de mejora continua en la prestación de los servicios.		
22. Este programa:		
a. Considera la elevación en la calidad de la atención		
b. Fomenta la enseñanza y la investigación médica		
c. Desarrolla indicadores que permitan evaluar su avance y desempeño		
23. Se elaboran minutas y documentos de las sesiones de seguimiento y cumplimiento de actividades		
24. Los indicadores son congruentes con el sistema estadístico establecido		
25. Informa a los asegurados por escrito los cambios en la red hospitalaria		
SECCION 2.- CONTRALOR MÉDICO		
26. La Institución facilita al Contralor Médico los recursos que requiera para el buen desempeño de las funciones a su cargo		
27. Está ratificado por la Secretaría de Salud a través del Comité Interno		
28. El contralor médico:		
a. Vigila que los funcionarios y empleados de la Institución cumplan con la normatividad externa e interna en la materia		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
b. Asiste a las sesiones del Consejo de Administración de la Institución		
c. Informa cuatrimestralmente a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud		
d. Informa en los términos establecidos el cumplimiento de las obligaciones a su cargo		
e. Tiene conocimiento, previo a la celebración de contratos, sobre la existencia de posibles conflictos de interés		
f. Vigila que las decisiones que se tomen en los niveles directivos se apeguen a la normatividad externa e interna en materia médica y a las sanas prácticas en la materia		
g. Cuando tiene conocimiento de irregularidades las notifica e informa a la autoridad competente		
h. Conoce los informes del comisario, los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la Secretaría de Salud		
i. Formula recomendaciones para la corrección de desviaciones en materia de la prestación de servicios de salud		
• Especifica plazos para la corrección de desviaciones		
29. Señale como realiza las siguientes funciones:		
a. Vigilancia de la integración de la red de prestadores de atención médica		
b. Vigilancia del funcionamiento correcto de la red de servicios médicos		
c. Vigilancia de que la cobertura sea apropiada y oportuna		
d. Validación de los aspectos médicos de los contratos con los prestadores de servicios		
e. Vigilancia del cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
f. Vigilancia de la integración de guías clínicas y protocolos médicos		
g. Vigilancia de la prestación de los servicios médicos		
h. Vigilancia del cumplimiento de las políticas y procedimientos de los planes y servicios ofrecidos		
i. Vigilancia de la capacidad de los prestadores		
j. Vigilancia de la capacidad de la infraestructura		
k. Mejoramiento continuo de la calidad		
l. Vigilancia del cumplimiento por parte de la Institución de las Reglas de Operación en materia de salud		
m. Vigilancia de la recepción, seguimiento y resolución, de las controversias médicas		
n. Vigilancia de que el juicio clínico del médico se salvaguarde en todo momento durante su práctica		
o. Vigilancia de que el juicio clínico del médico se base en los avances científicos, en la medicina basada en evidencias y en la ética médica		
SECCION 3.- ASEGURADO Y FOLLETO		
30. El asegurado:		
a. Puede conocer la identidad y grado de preparación del equipo que lo atiende y de su responsable		
b. Es informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, las medidas terapéuticas y el pronóstico de su padecimiento	SI	
c. Se mantiene en comunicación continua con sus familiares		
d. Es informado en forma comprensible para él sobre los procedimientos a realizarle		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
e. Otorga su consentimiento previo a ser sometido a algún procedimiento diagnóstico o terapéutico		
f. Participa en las decisiones relacionadas con el tratamiento y diagnóstico de su padecimiento		
g. Puede solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato		
h. Puede no aceptar las propuestas de tratamiento		
i. Puede seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente		
j. El asegurado puede solicitar a la ISES la transferencia de un resumen clínico a la institución o prestador que él indique, guardando la confidencialidad del caso		
31. Cuando la Institución presta servicios a través de terceros, establece la obligación de contar con mecanismos para preservar los derechos de los pacientes		
32. La Institución entrega al asegurado un folleto explicativo junto con la póliza de seguros		
33. El folleto explica:		
a. El plan de seguros contratado		
b. Acceso a servicios médicos		
c. Coberturas y limitaciones		
d. Excepciones y Exclusiones		
e. Periodos de espera		
f. Prescripciones		
g. La política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de forma detallada		
34. Cuenta con suplemento que:		
a. Incluye todas las clínicas y hospitales para la atención		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
b. Señala si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General		
c. Incluya los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados		
d. Incluya información de otros servicios que podrán ser utilizados		
e. Especifica la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones		
f. Establece el mecanismo para obtener información actualizada sobre los hospitales, médicos y otros servicios que pueden ser utilizados		
SECCION 4.- PLANES DE SALUD, CONTRATOS Y CONVENIOS		
35. En los planes prevalece el juicio clínico del médico responsable		
36. El juicio clínico está fundado en la práctica médica basada en evidencias, avances científicos y en la ética médica		
37. Los planes y servicios:		
a. Están dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado		
b. Incentivan servicios de promoción a la salud		
c. Incentivan servicios de atención preventiva		
d. Cuentan con mecanismos de información sobre los derechos y obligaciones que preservan la libertad de elección		
e. Incluye en sus contratos una cláusula que obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en casos de urgencia médicas		
f. Señalan que el beneficiario puede elegir médicos distintos a la red		
g. En el caso anterior informa del pago diferencial que resulte entre el tabulador		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
38. La Institución cumple con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista		
39. La Institución ofrece planes bajo la denominación de "plan mínimo" o "plan integral"		
40. En la elaboración de sus coberturas y planes de seguros incorporan criterios de integralidad que contemplen acciones de:		
a. Fomento a la salud		
b. Prevención		
c. Terapéuticas		
d. Rehabilitación		
41. Los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios garantizan una oferta adecuada en cuanto a:		
a. Calidad		
b. Suficiencia		
c. Nivel de resolución		
d. Cobertura geográfica		
42. Garantizan los derechos de los pacientes en los términos siguientes:		
a. Seguridad durante su atención para él sus acompañantes y pertenencias		
b. Acceso		
c. Respeto		
d. Dignidad		
e. Privacidad		
f. Confidencialidad		
g. Confidencialidad de la información		
43. Se asegura la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones		
44. Los contratos de seguro establecen que la obligación termina al presentarse alguna de las situaciones siguientes		
a. Al certificarse la curación del padecimiento o a través del alta médica		
b. Al agotarse el límite de responsabilidad convenido por las partes		

Criterio	Existe (Si o No)	Evidencia presentada
c. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato		

PRODUCTOS AUTORIZADOS			
DENOMINACIÓN	FECHA DE AUTORIZACION	SE ENCUENTRA VIGENTE	COPIA DE FICHA TÉCNICA DE SERVICIOS

93. PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DE NORMAS PARA ENFERMERÍA

1. PROPÓSITO

1.1. Determinar las actividades para la formulación de normas para la regulación de los servicios de enfermería.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Enfermería a fin de proponer y las normas para regular la prestación de los servicios de enfermería y orientar la formación, la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería elaborarán la normatividad aplicable a los servicios de enfermería

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable en instituciones del Sistema Nacional de Salud y en instituciones educativas públicas y privadas de las entidades federativas que formen, capaciten y actualicen recursos humanos en enfermería

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud es el órgano rector que faculta a la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para proponer al Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud las normas de enfermería en materia de salud

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Enfermería con base en las funciones y atribuciones consignadas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, determinará los aspectos de formación de recursos humanos y calidad de los servicios, sujetos a regulación.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Enfermería proponer y elaborar las normas para regular la prestación de los servicios de enfermería y orientar la formación

3.4 La Dirección de Enfermería será la responsable de la elaboración de la normatividad aplicable a los servicios de enfermería con base en los lineamientos establecidos por los órganos federales de gobierno que para tal fin existen

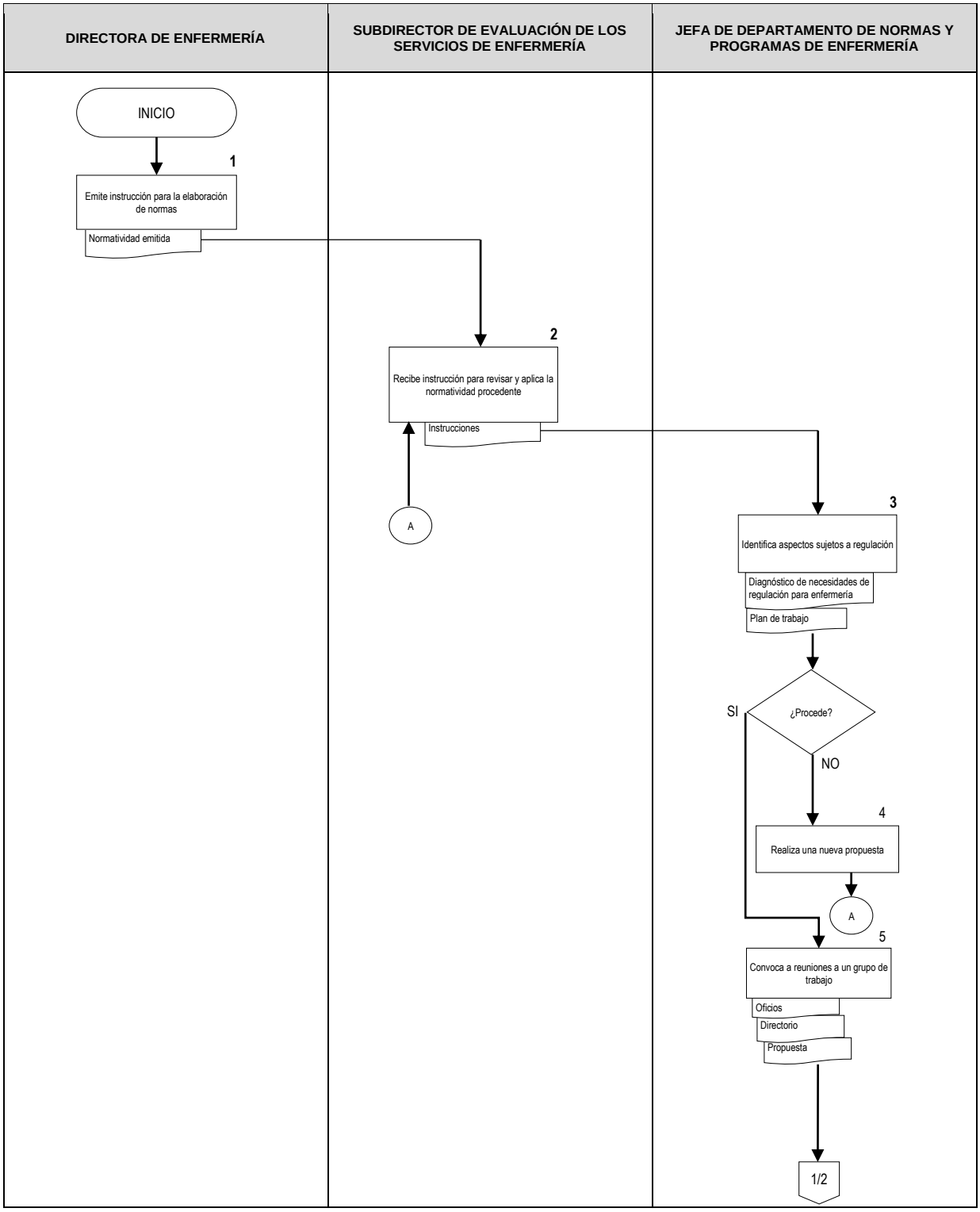
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

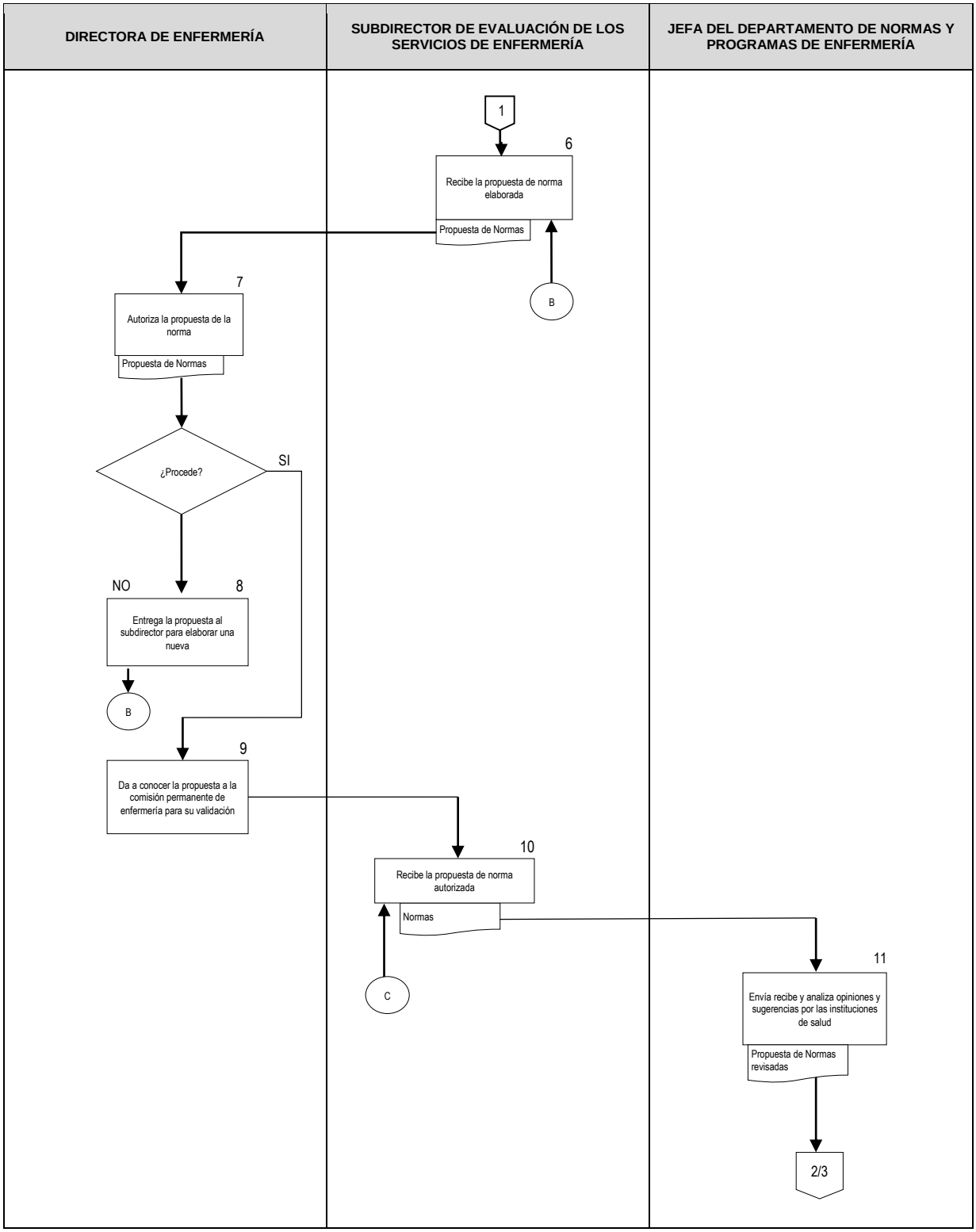
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Emite instrucción a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para la revisión de la normatividad emitida por la Secretaría de Salud aplicable a la elaboración de normas de enfermería.	Normatividad emitida
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	2	Recibe instrucción para revisar y aplicar la normatividad procedente y delega al Departamento de Normas y Programas de Enfermería la elaboración de las normas.	Instrucciones
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	3 4 5	Identifica aspectos que afectan la calidad de los servicios de salud y la formación de recursos humanos en enfermería sujetos a regulación, presenta diagnóstico y plan de trabajo, se somete a la autorización el plan de trabajo. ¿Procede? No: Realiza una nueva propuesta. Regresa a la actividad 2 Si: Convoca a reuniones al grupo de trabajo, crea directorio para control de integrantes y determina metodología de trabajo, elabora propuestas de normas de regulación y entrega propuestas a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	Diagnóstico de necesidades de regulación para enfermería. Plan de trabajo. Oficios. Directorio de integrantes del grupo de trabajo Propuestas de normas.
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	6	Recibe propuestas de normas elaboradas por el grupo de trabajo y presenta a la Dirección de Enfermería para su aprobación.	Propuestas de normas
Directora de Enfermería	7 8 9	Autoriza las propuestas de normas. ¿Procede? No: Entrega las propuestas de normas a la Subdirectora de Evaluación de los Servicios de Enfermería para elaborar una nueva propuesta. Regresa a la actividad 6 Si: Da a conocer las propuestas a la Comisión Permanente de Enfermería y emite instrucciones a la Subdirectora de Evaluación de los Servicios de Enfermería para enviar a instituciones del Sistema Nacional de Salud para su validación.	Propuestas de normas
Subdirector de Evaluación de los	10	Recibe propuestas de normas autorizadas, por la Dirección de Enfermería e instruye al	Propuestas de normas

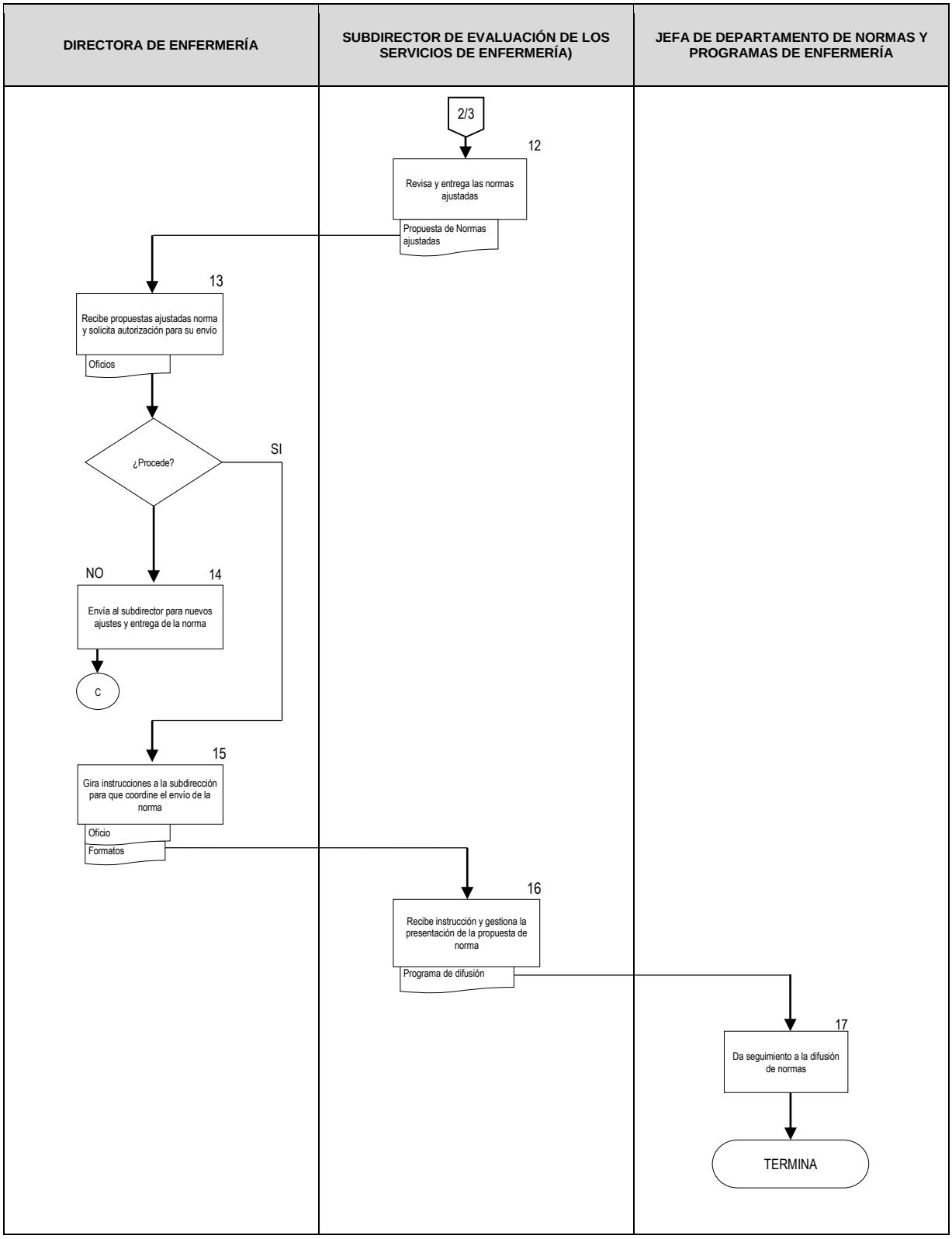
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicios de Enfermería		Departamento de Normas y Programas de Enfermería para que coordine el envío de las normas a las instituciones del Sistema Nacional de Salud para su validación.	
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	11	Envía, recibe y analiza las opiniones, sugerencias y/o comentarios enviados por las instituciones de salud que revisaron las propuestas de normas, realiza ajustes procedentes y envía las normas ajustadas a la Subdirección de Enfermería.	Propuestas de Normas revisadas
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	12	Revisa y entrega normas ajustadas a la Dirección de Enfermería.	Propuesta de normas ajustadas
Directora de Enfermería	13 14 15	Recibe propuestas ajustadas y solicita autorización para su envío a la Dirección de Procesos Normativos de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación de para su trámite ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información En Salud ¿Procede? No: Envía al subdirector las propuestas de normas para nuevos ajustes a la Subdirectora de Evaluación de los Servicios de Enfermería. Regresa a la actividad 10 Si: Gira instrucciones a la Subdirección de Evaluación de los Servicios Enfermería para que coordine el envío de la propuesta de norma a la Dirección de Procesos Normativos de la Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación, para su trámite ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.	Oficios
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	16	Recibe instrucción y gestiona la presentación de las propuestas de norma ante el Comité Consultivo Nacional De Normalización De Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud a través de la Dirección de Procesos Normativos de la Dirección General Adjunta de	Programa de Difusión

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.	
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	17	Da seguimiento a los trámites de autorización por el Comité Consultivo Nacional De Normalización De Innovación, Desarrollo, Tecnologías E Información En Salud para la difusión de las normas a nivel nacional, estatal e institucional. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
1
6
Recibe la propuesta de norma elaborada
Propuesta de Normas
B
7
Autoriza la propuesta de la norma
Propuesta de Normas
¿Procede?
SI
NO
8
Entrega la propuesta al subdirector para elaborar una nueva
B
9
Da a conocer la propuesta a la comisión permanente de enfermería para su validación
10
Recibe la propuesta de norma autorizada
Normas
C
11
Envía recibe y analiza opiniones y sugerencias por las instituciones de salud
Propuesta de Normas revisadas
2/3


DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA)
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
2/3
12
Revisa y entrega las normas ajustadas
Propuesta de Normas ajustadas
13
Recibe propuestas ajustadas norma y solicita autorización para su envío
Oficios
¿Procede?
SI
NO
14
Envía al subdirector para nuevos ajustes y entrega de la norma
C
15
Gira instrucciones a la subdirección para que coordine el envío de la norma
Oficio
Formatos
16
Recibe instrucción y gestiona la presentación de la propuesta de norma
Programa de difusión
17
Da seguimiento a la difusión de normas
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Documentos: antecedentes, lineamientos y procedimientos relacionados con los instrumentos por elaborar.	N/A
6.2 Bibliografía seleccionada según instrumento normativo a elaborar.	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expedientes creados	1 año	Dirección de Enfermería	Expediente bibliográfico
7.2 Control de avances	1 año	Subdirección de Evaluación de loa Servicios de Enfermería	Expediente de control
7.3 Avance de instrumentos normativos en elaboración	1 año	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento
7.4 Oficios de convocatoria	1 año	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Oficio
7.5 Correos electrónicos de convocatoria	1 año	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Impreso de envío
7.6 Directorio	2 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Directorio
7.7 Bibliografía utilizada	3 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documentos
7.8 Documentos obtenidos en las asesorías	3 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Ajustes:** Adaptación o cambios que sufren los documentos normativos que se sometieron a validación externa

8.2. **Bibliografía:** Descripción de libros, sus ediciones, conjunto de títulos de obras que tratan de un asunto relacionado con los instrumentos normativos a elaborar.

8.3. **Diagnóstico:** Determinación de las necesidades de capacitación y asesoría con fundamentos técnicos y metodológicos para elaborar o actualizar instrumentos normativos.

8.4. **Directorio:** Listado de integrantes del grupo de trabajo de expertos, que contiene información sobre la dependencia de origen, nombre, ubicación, cargo, teléfono, correo electrónico, observaciones, actualizado y completo, el cual puede ser impreso y/o computarizado.

8.5. **Documento Definitivo:** Instrumento normativo elaborado por el Grupo de Trabajo de Expertos y participantes virtuales, aprobado en el pleno de las reuniones presenciales por sus integrantes.

8.6. **Elaboración de instrumentos normativos:** Desarrollo integral de un documento jurídico-normativo.

8.7. **Grupo de Trabajo:** Capital humano seleccionado para desarrollar el anteproyecto de los instrumentos normativos.

8.8. **Institución:** Establecimiento de educación o salud, ya sea público, privado o social, relacionado con los instrumentos normativos a elaborar.

8.9. **Reunión o sesión de trabajo:** Actividad que se realiza, de manera conjunta y programada entre el personal directivo y operativo, con el propósito de desarrollar los anteproyectos, proyectos y ajustes de los instrumentos normativos. Eliminación de aquella documentación que haya prescrito en sus valores administrativos, legales, □iscales, contables o técnicos y que no contenga valores históricos.

8.10. **Validación:** Es la comprobación de que un documento satisface los requerimientos para los que fue diseñado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio para la elaboración de un Protocolo de Cuidado de Enfermería

10.1 Oficio para la elaboración de un Protocolo de Cuidado de Enfermería

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

DGCES-CPE--123--2016

Ciudad de México, a 14 de julio de 2016.

DR. LUIS JAVIER CASTRO D'FRANCHIS
E.D. DIRECCIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE
PETRÓLEOS MEXICANOS
P R E S E N T E

Con el propósito de fortalecer y contribuir a la protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades asociadas a la atención de salud mediante acciones de enfermería, se elaborará un protocolo de cuidado de enfermería para paciente con sonda vesical, con la finalidad de normar la práctica y coadyuvar a la disminución de las infecciones relacionas a este dispositivo médico, por lo que solicito a usted autorizar la asistencia de la J.P. Martha Elvia Casillas Guzmán y de la E.E.I. Karina Hernández Reséndiz, a la primera reunión de trabajo que se llevará a cabo el martes 19 de julio de 9:00 a 15:00 horas en la Torre Mayor, ubicada en Av. Paseo de la Reforma 505, piso 15, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.

Reconocido por su atención, le reitero mi más alta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE
LA COORDINADORA GENERAL DE LA COMISIÓN

DRA. JUANA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

C.c.p.- → LE. Juana Juárez Solis.- Coordinadora Nacional de Enfermería de la Subgerencia de Asistencia Médica de Petróleos Mexicanos.- Presente.
→ Lic. Enf. Beatriz Eugenia Morales González.- · Supervisora en Jefe de Enfermeras el Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos.- Presente.
→ J.P. Martha Elvia Casillas Guzmán.- Enfermera del Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos.- Presente.
→ E.E.I. Karina Hernández Resendiz.- Enfermera del Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos.- Presente.

Sección/Serie.- 9S.9
JJS/MNJPM/nlmm*

94. Procedimiento para administrar el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE)

1. PROPÓSITO

1.1. Establecer los lineamientos para la administración del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) en el ámbito nacional e interinstitucional a fin de contar con una base de datos que proporcione información relevante para la toma de decisiones relacionadas con la planificación de los recursos humanos en enfermería, su mejor distribución y desarrollo de competencias profesionales, lo que contribuirá a fortalecer los servicios de salud y las instituciones educativas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, la Dirección de Enfermería determinará los mecanismos de coordinación con las diferentes instancias que tengan dentro de sus funciones la administración institucional, estatal o local del sistema de información., la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería, será la responsable de la coordinación del SIARHE para integrar y analizar la información para la publicación anual del boletín estadístico, el Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería coordinará los eventos de capacitación y asesoría necesarios para lograr la efectividad del sistema y calidad de los registros y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). será la responsable de procesar la información registrada.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable en instituciones del Sistema Nacional de Salud y en instituciones educativas públicas y privadas de las entidades federativas que formen, capaciten y actualicen recursos humanos en enfermería.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería emitirá los lineamientos para la operación del SIARHE, elaborados conforme a la normatividad en materia de información estadística emitida por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Dirección de Enfermería será la responsable de procesar la información registrada y de generar y emitir los reportes estadísticos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).

3.3 La administración del SIARHE en el ámbito nacional, estará a cargo de la Dirección de Enfermería quién delegará al Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería la coordinación del sistema la operación del proceso.

3.4 La Dirección de Enfermería determinará los mecanismos de coordinación con las diferentes instancias que tengan dentro de sus funciones la administración institucional, estatal o local del sistema de información.

3.5 La Subdirección de Enfermería será la responsable de la coordinación del SIARHE para integrar y analizar la información para la publicación anual del boletín estadístico del SIARHE. El Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en

Enfermería, será responsable en su ámbito de competencia de la operación, aplicación, seguimiento y evaluación del SIARHE.

3.6 El Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería, coordinará los eventos de capacitación y asesoría necesarios para lograr la efectividad del sistema y calidad de los registros.

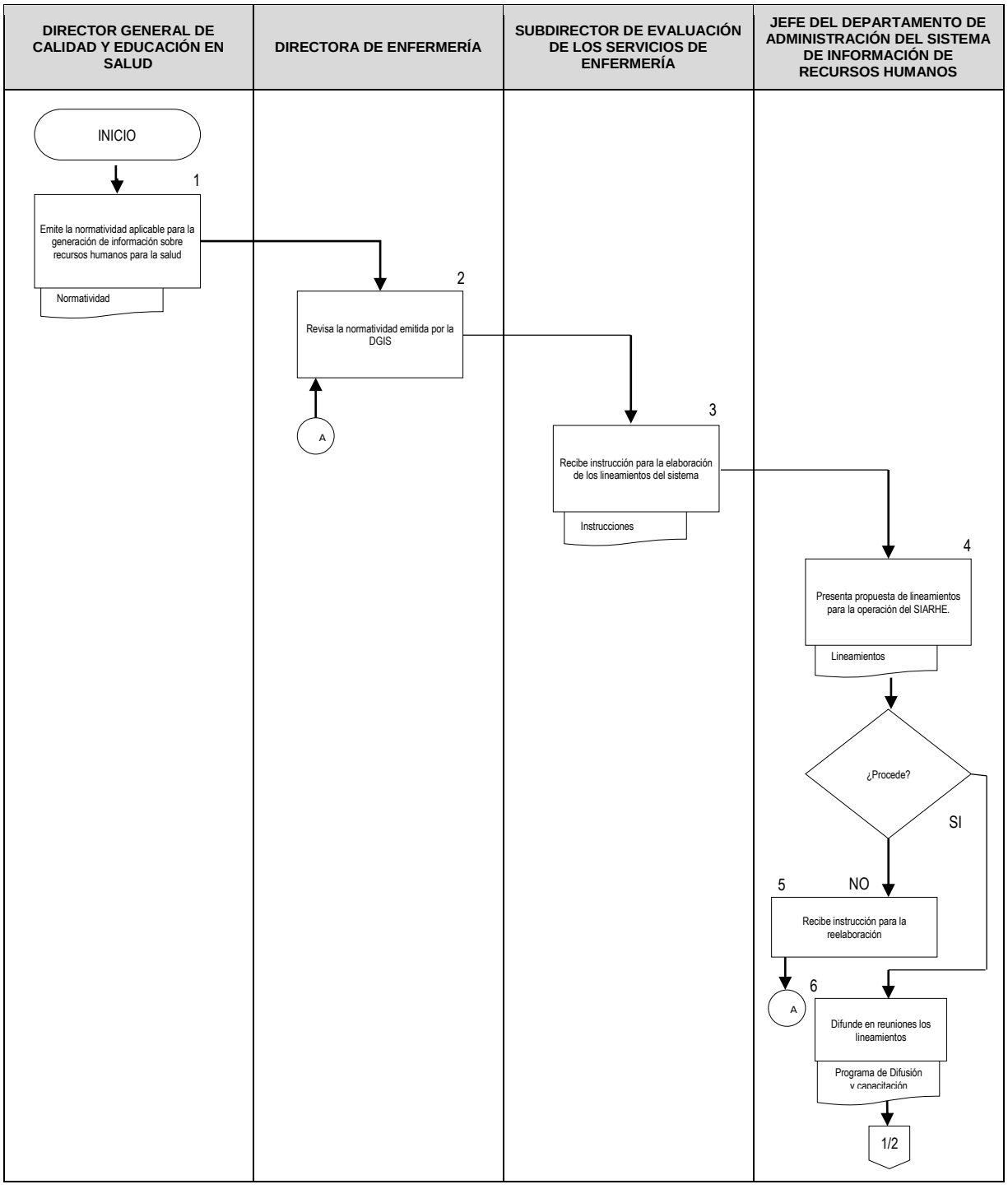
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Información en Salud en Salud (DGIS)	1	Emite la normatividad aplicable para la generación de información sobre recursos humanos para la salud.	Normatividad
Directora de Enfermería	2	Revisa la normatividad emitida por la DGIS y delega al Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería la coordinación de los trabajos relacionados con el SIARHE.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	3	Recibe instrucción para la elaboración de los lineamientos del sistema e instruye al Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería para que elabore los lineamientos.	Instrucciones
Jefa de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	4	Presenta propuesta de lineamientos para la operación del SIARHE al Subdirector de Enfermería para su autorización y presenta para su conocimiento al Pleno de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE). ¿Procede?	Lineamientos
	5	No: Recibe instrucción para la reelaboración de los lineamientos del sistema. Regresa a la actividad 2	
	6	Si: Difunde en reuniones programadas a nivel nacional, estatal, regional o local los lineamientos para la operación del SIARHE.	Programa de difusión y capacitación
	7	Capacita en los aspectos conceptuales y normativos a los usuarios del sistema y delega en el personal de sistemas la capacitación en aspectos informáticos.	Oficios/ convocatoria
	8	Determina niveles de acceso para los responsables institucionales del SIARHE e instruye al personal técnico en sistemas para la elaboración de claves de acceso.	Programa de capacitación
	9	Crea catálogo de claves de acceso para asignarlas a los responsables del SIARHE institucional, estatal y local.	Catálogo acceso SIARHE
	10	Elabora programa de seguimiento y validación de los registros del SIARHE.	

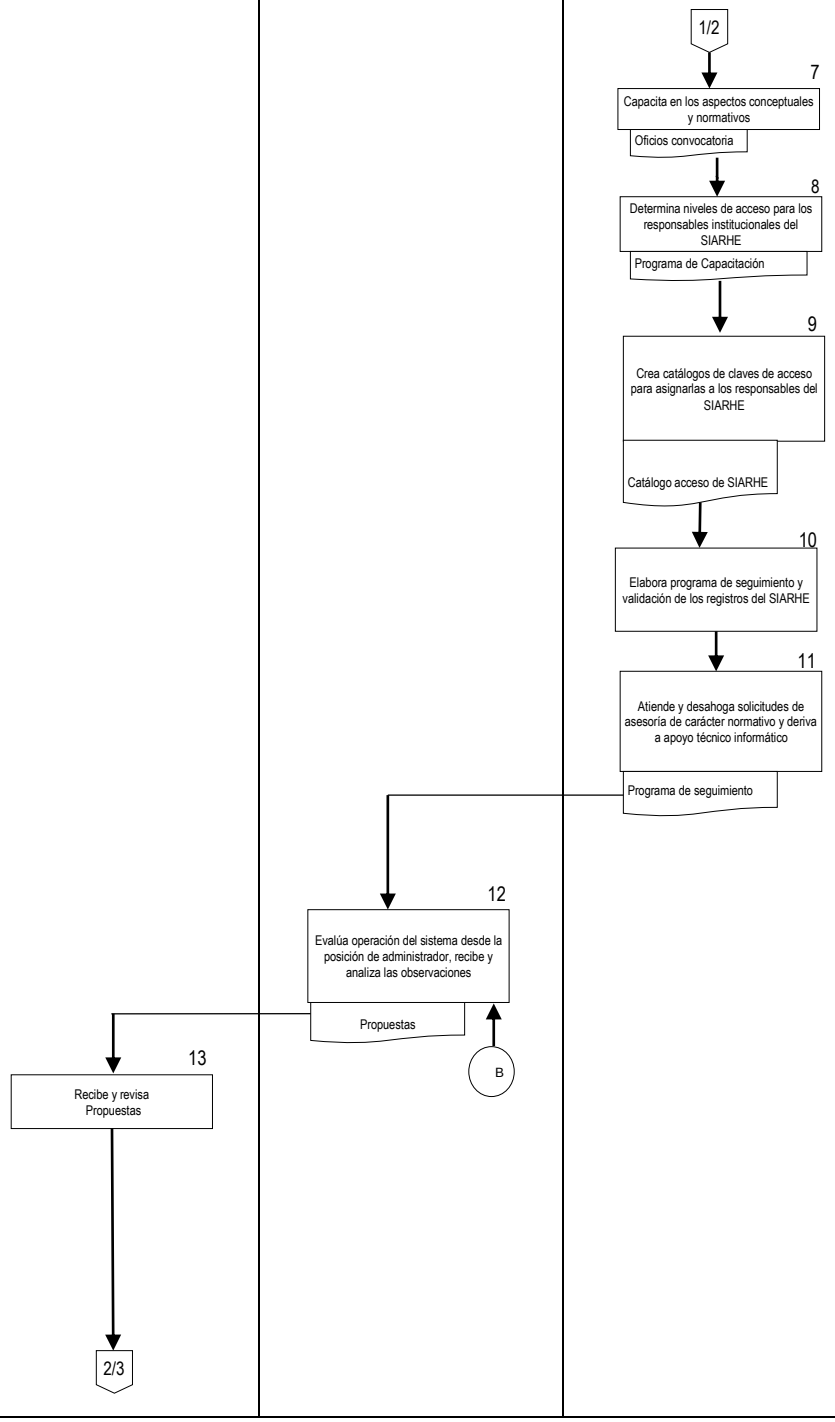
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	11	Atiende y desahoga solicitudes de asesoría de carácter normativo y deriva a apoyo técnico-informático o apoyo técnico-administrativo las solicitudes de asesoría en esos aspectos y se somete a los procesos de evaluación a cargo del Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	Programa de seguimiento
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	12	Evalúa operación del sistema desde la posición de administrador, recibe y analiza las observaciones que emiten las instituciones participantes sobre el programa operativo, y propone a la Dirección de Enfermería las mejoras al sistema.	Propuestas
Directora de Enfermería	13 14	Recibe y revisa propuestas de mejora al sistema para autorizar las modificaciones. ¿Procede? No: Instruye al Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería para que se revisen nuevamente las propuestas de cambio, en conjunto con la Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería. Regresa a la actividad 12.	
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	15 16	Si: Recibe y aplica los cambios procedentes del sistema. Analiza la información generada por el sistema, elabora propuesta de boletín estadístico y presenta propuesta de boletín estadístico a la Subdirección de Enfermería.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	17	Revisa propuesta del boletín y presenta a la Dirección de Enfermería la propuesta.	
Directora de Enfermería	18 19	Revisa boletín para su publicación. ¿Procede? No: Instruye al Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería para que se revisen nuevamente las propuestas de cambio, en conjunto con la Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería. Regresa a la actividad 17.	

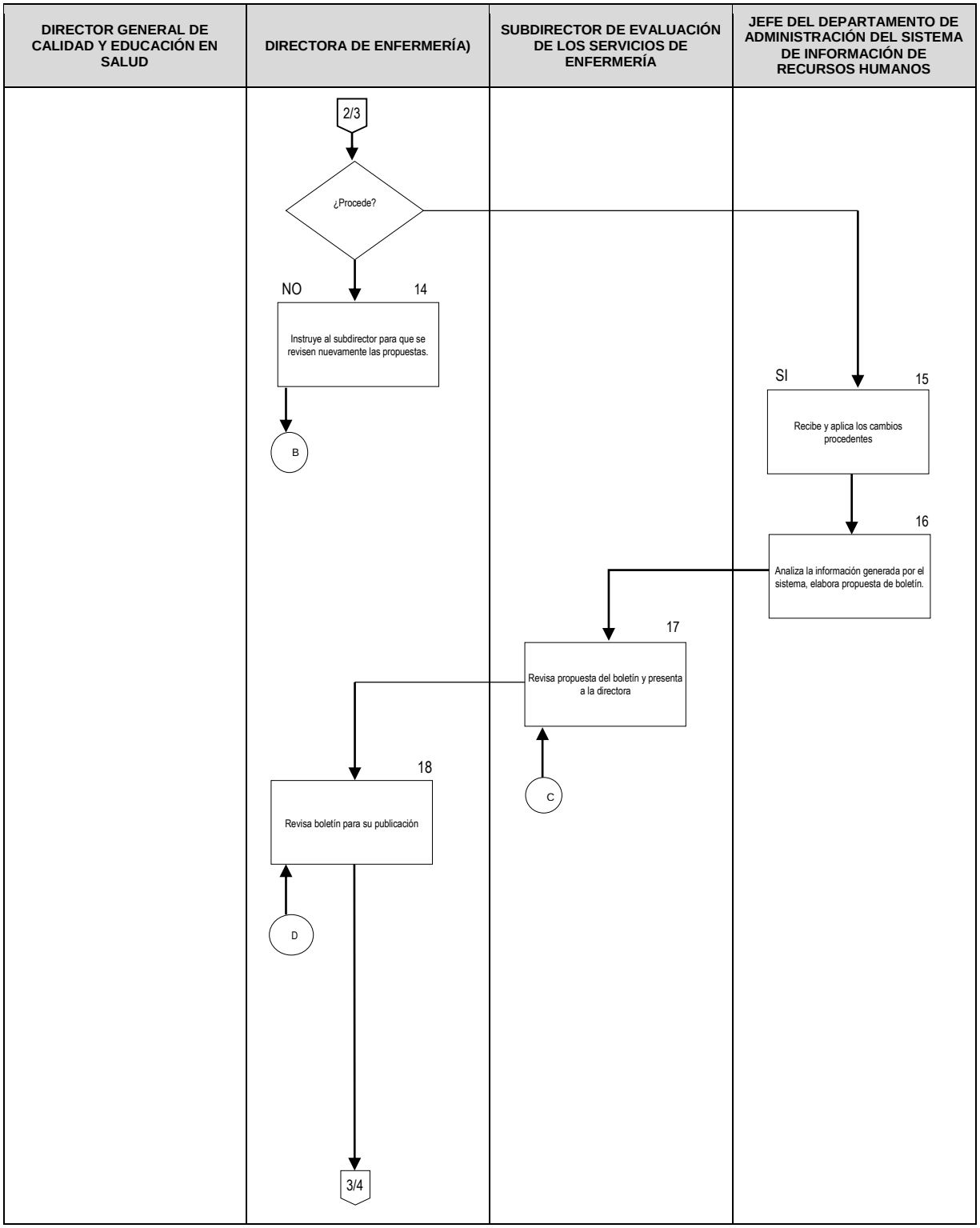
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	20	Si: Emite solicitud de publicación del Boletín a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Solicitud de publicación Notificación Publicación
Director General de Calidad y Educación en Salud	21	Recibe y revisa boletín ¿Procede?	
	22	No: Instruye a la dirección de Enfermería para que se revise nuevamente y se hagan los ajustes correspondientes. Regresa a la actividad 18.	
	23	Si: Instruye a la Coordinación Administrativa la publicación del Boletín. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

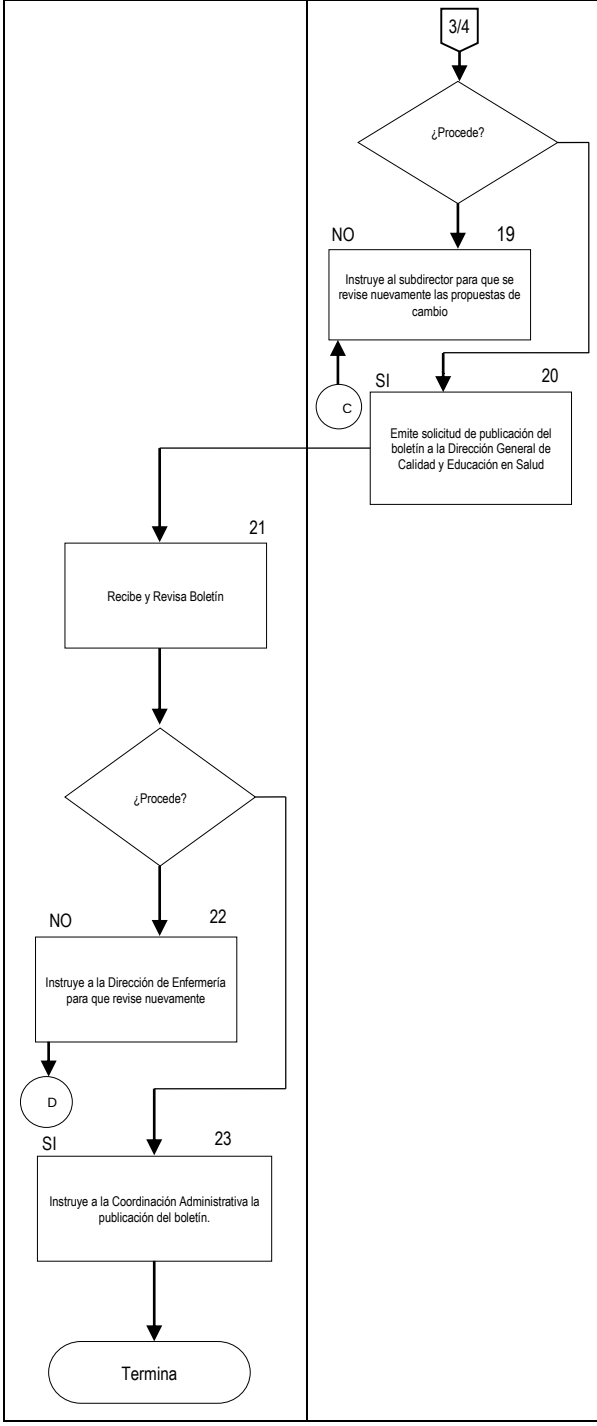


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTORA DE ENFERMERÍA)
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
2/3
¿Procede?
NO
14
Instruye al subdirector para que se revisen nuevamente las propuestas.
B
SI
15
Recibe y aplica los cambios procedentes
16
Analiza la información generada por el sistema, elabora propuesta de boletín.
17
Revisa propuesta del boletín y presenta a la directora
C
18
Revisa boletín para su publicación
D
3/4

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.3 Ley Federal de las Entidades Paraestatales	N/A
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.4 Ley General de Salud	N/A
6.5 Ley de información estadística y geografía	N/A
6.6 Ley federal de metrología y normalización	N/A
6.7 Ley de transparencia y acceso a la información pública del distrito federal	N/A
6.8 Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal	N/A
6.9 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.10 Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud.	N/A
6.11 Reglamento de la ley federal de transparencia y acceso a la información pública gubernamental	N/A
6.12 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012	N/A
6.13 Programa Nacional de Salud 2007-2012	N/A
6.14 Plan de Acción de Enfermería 200-2012	N/A
6.15 Manual de organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios de solicitud de información	3 años	Dirección de Enfermería	N/A
7.2 Oficios de invitación	3 años	Dirección de Enfermería	N/A
7.3 Instrumento administrativo y anexos, anteproyecto y proyecto definitivo	5 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Documentos
7.4 Control de avances	2 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Expediente de avances
7.5 Impreso de recepción y envío de observaciones	5 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Acuse de impresos
7.6 Oficio de solicitud de asesoría	1 año	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Número de oficio
7.7 Observaciones, comentarios y propuestas de las instituciones participantes	1 año	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Documentos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría: Actividades que van encaminadas a orientar, aconsejar, definir y demostrar cómo se debe elaborar un instrumento normativo y los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos que se deben tomar en cuenta para dicha elaboración impartidos por instancias y capital humano expertos en el tema.

8.2 Coordinación: Proceso de interacción ordenada, armónica y funcional, entre dos o más elementos de un sistema para el logro de un objetivo común con un máximo de eficiencia.

8.3 Funciones: Conjunto de actividades afines y coordinadas que es necesario realizar para llevar a cabo la operación del SIARHE, que ayudan y facilitan el cumplimiento de responsabilidades en los diferentes ámbitos de competencia, tanto a nivel central, estatal y operativo.

8.4 Institución: Establecimiento de educación o salud, ya sea público, privado o social, que participa en la revisión y desarrollo de los instrumentos normativos a elaborar.

8.5 Sistema: Conjunto de elementos ordenados, interactuantes e interdependientes que tiene como finalidad el logro de un objetivo.

8.6 Validación: Es la comprobación de que un documento satisface los requerimientos para lo que fue diseñado

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Oficios de invitación

10.1 Oficios de Invitación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

"2013. Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Oficio No.: DE/CPE/ /2013

Expediente No.: 10-1S.23

México, D.F., a 21 de mayo de 2013.

Asunto: Avances del SIARHE nacional.

A quien corresponda
Cargo
Dirección

Estimad@ :

Me permito enviar a usted los avances a nivel nacional del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) semaforizado, con el propósito de poder ubicar el status de su entidad federativa y observar los avances o inconsistencias respecto a las unidades que participan y reportan (anexo 1), así como del personal reportado en plantilla y el registrado en la cédula de dicho sistema (anexo 2).

De igual manera se envía un ejercicio de validación de su entidad federativa (jurisdicciones y unidades) en el que se enlistan sólo algunas de las inconsistencias encontradas en su entidad (anexo 3), con el propósito de que ubique el status de sus unidades y establezca las estrategias necesarias para corregir a la brevedad posible dichas inconsistencias en el sistema y de esta manera contribuir al fortalecimiento del objetivo del SIARHE, que es proporcionar información real y veraz del personal de enfermería.

Con la seguridad de contar con su valioso apoyo, le reitero la más alta de mis consideraciones.

A t e n t a m e n t e
LA DIRECTORA DE ENFERMERIA Y COORDINADORA
GENERAL DE LA COMISION PERMANENTE DE ENFERMERIA

MTRA. JUANA JIMENEZ SANCHEZ

Cap. • Administrador del SIARHE
[illegible]

Homero No. 213, piso 13, Col. Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.

95. Procedimiento para la operación de la Secretaria Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería

1. PROPÓSITO

1.1. Definir las actividades de la Secretaria Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) para dar cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo de Creación de la misma

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Comisión Permanente de Enfermería tiene por objeto conducir y analizar las actividades que se emprenden en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y Dirección de Enfermería es la instancia facultada para adecuar y emitir las actividades para la operación de la Secretaria Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería asumirá el cargo de Secretaria Técnica.

2.2 A nivel externo: La Comisión Permanente de Enfermería será la instancia que incidirá en el nivel de salud de la población, a través de propiciar la excelencia en la prestación de los servicios de enfermería de las dependencias y entidades de las instituciones del Sistema Nacional de Salud así como instituciones educativas y organismos gremiales que integran la Comisión Permanente de Enfermería.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), con base en el Manual de Organización específico de la DGCES, establece que la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería de la Dirección de Enfermería asumirá el cargo de Secretaria Técnica de la CPE.

3.2 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería asumirá el cargo de Secretaria Técnica con las atribuciones y obligaciones establecidas en el Acuerdo de Creación y Reglas Internas de Operación.

3.3 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud determina que las funciones establecidas en el Acuerdo Secretarial por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería en la Dirección de Enfermería y sus Reglas internas de operación son la base para definir la operación de la Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería.

3.4 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la instancia facultada para adecuar y emitir las actividades para la operación de la Secretaria Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería.

3.5 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la instancia responsable de validar y sancionar todos los documentos que la Secretaria Técnica emite para ser distribuidos entre los integrantes de la Comisión Permanente de Enfermería.

3.6 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería, tiene a su cargo la organización hasta su ejecución de las sesiones ordinarias, extraordinarias y reuniones de trabajo de la Comisión Permanente de Enfermería.

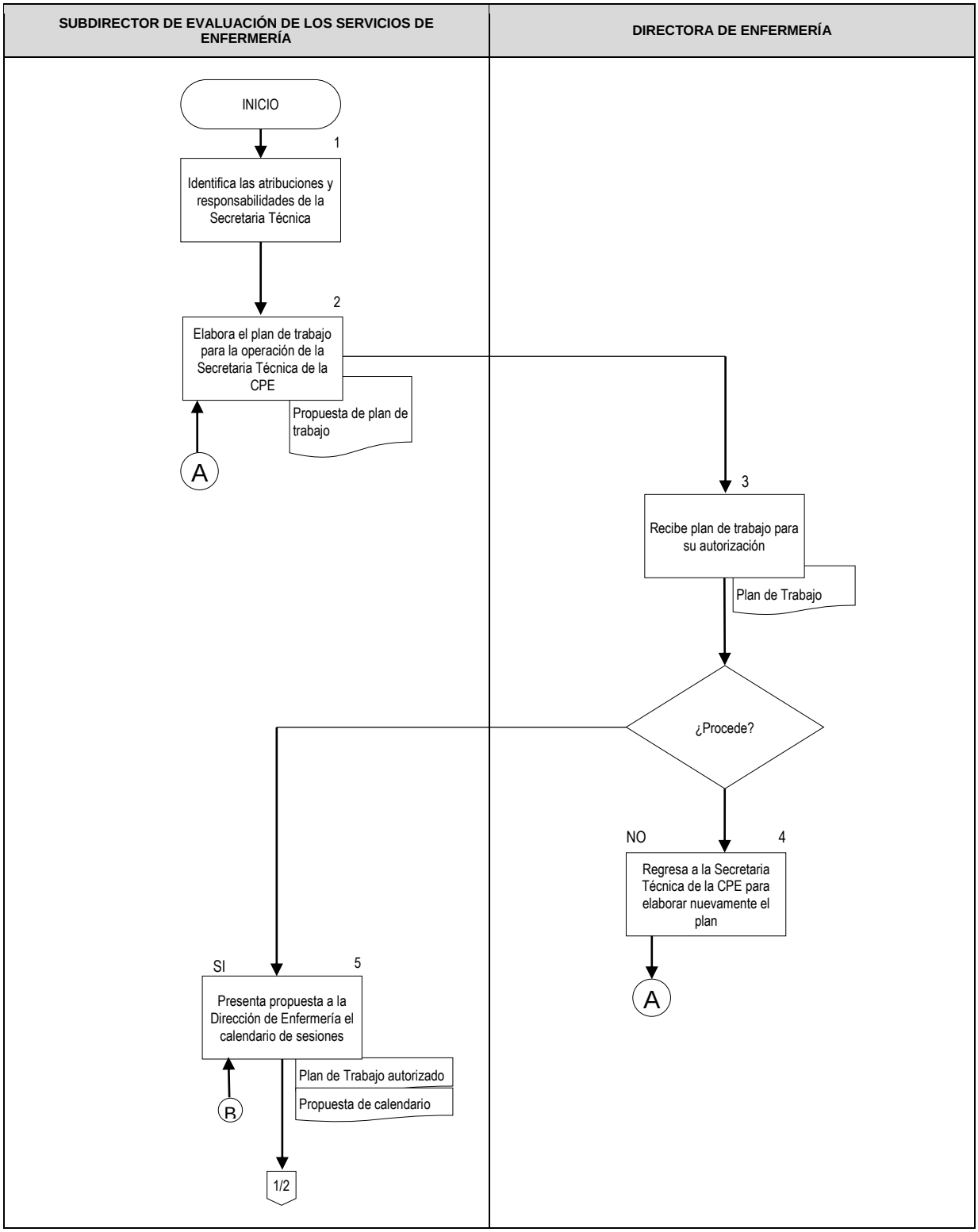
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

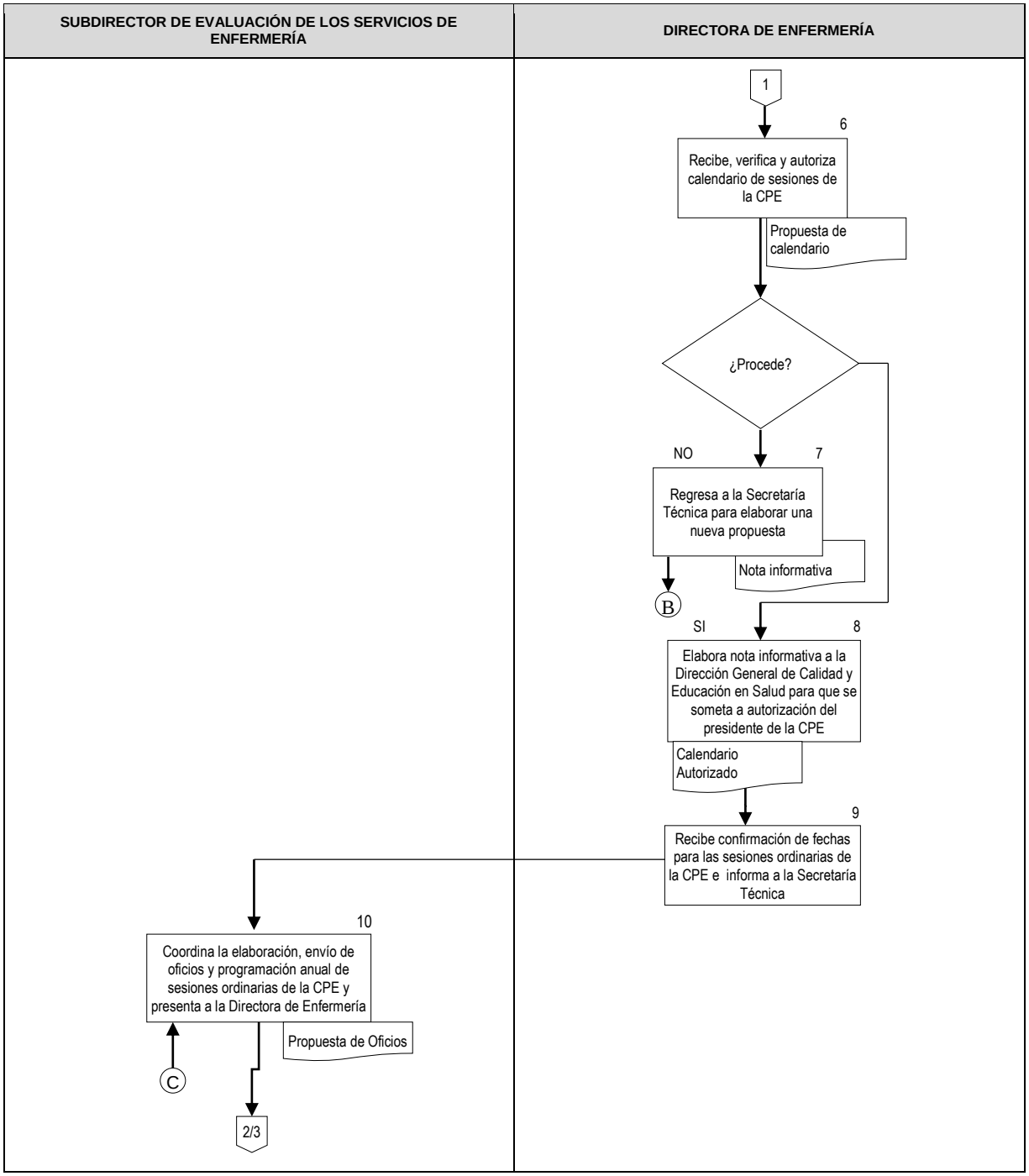
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería y Secretaria Técnica de la CPE	1	Identifica las atribuciones y responsabilidades de la Secretaría Técnica en el Acuerdo de creación y reglas internas de Operación de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE)	Acuerdo de creación de la CPE
	2	Elabora el plan de trabajo para la operación de la Secretaria Técnica de la CPE y presenta la propuesta de plan de trabajo a la Directora de Enfermería y Coordinadora General de la CPE.	Propuesta de plan de trabajo
Directora de Enfermería y Coordinadora General de la CPE	3	Recibe para su autorización el plan de trabajo ¿Procede?	Plan de trabajo
	4	No: Regresa a la Secretaria Técnica de la CPE para elaborar nuevamente el plan de trabajo. Regresa a Actividad 2.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería. y Secretaria Técnica de la CPE	5	Si: Presenta propuesta a la Dirección de Enfermería el calendario de sesiones de la CPE, para que se emitan los oficios a los integrantes de la Comisión e invitados temporales y permanentes de instituciones de salud, educativas y asociaciones gremiales y servicios de salud estatales.	Plan autorizado y Propuesta de calendario de sesiones
Directora de Enfermería y Coordinadora General de la CPE	6	Recibe, verifica y autoriza calendario de sesiones de la CPE ¿Procede?	Propuesta de calendario de sesiones
	7	No: Regresa a la Secretaría Técnica para elaborar una nueva propuesta de calendarización de las sesiones de la CPE.	Nota informativa
	8	Si: elabora nota informativa a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para que se someta a autorización del Presidente de la CPE.	Calendario autorizado
	9	Recibe confirmación de fechas para las sesiones ordinarias de la CPE e informa a la Secretaría Técnica.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería y	10	Coordina la elaboración, envío de oficios y programación anual de sesiones ordinarias y de reuniones de trabajo a las integrantes e	Propuesta de oficios y programación anual.

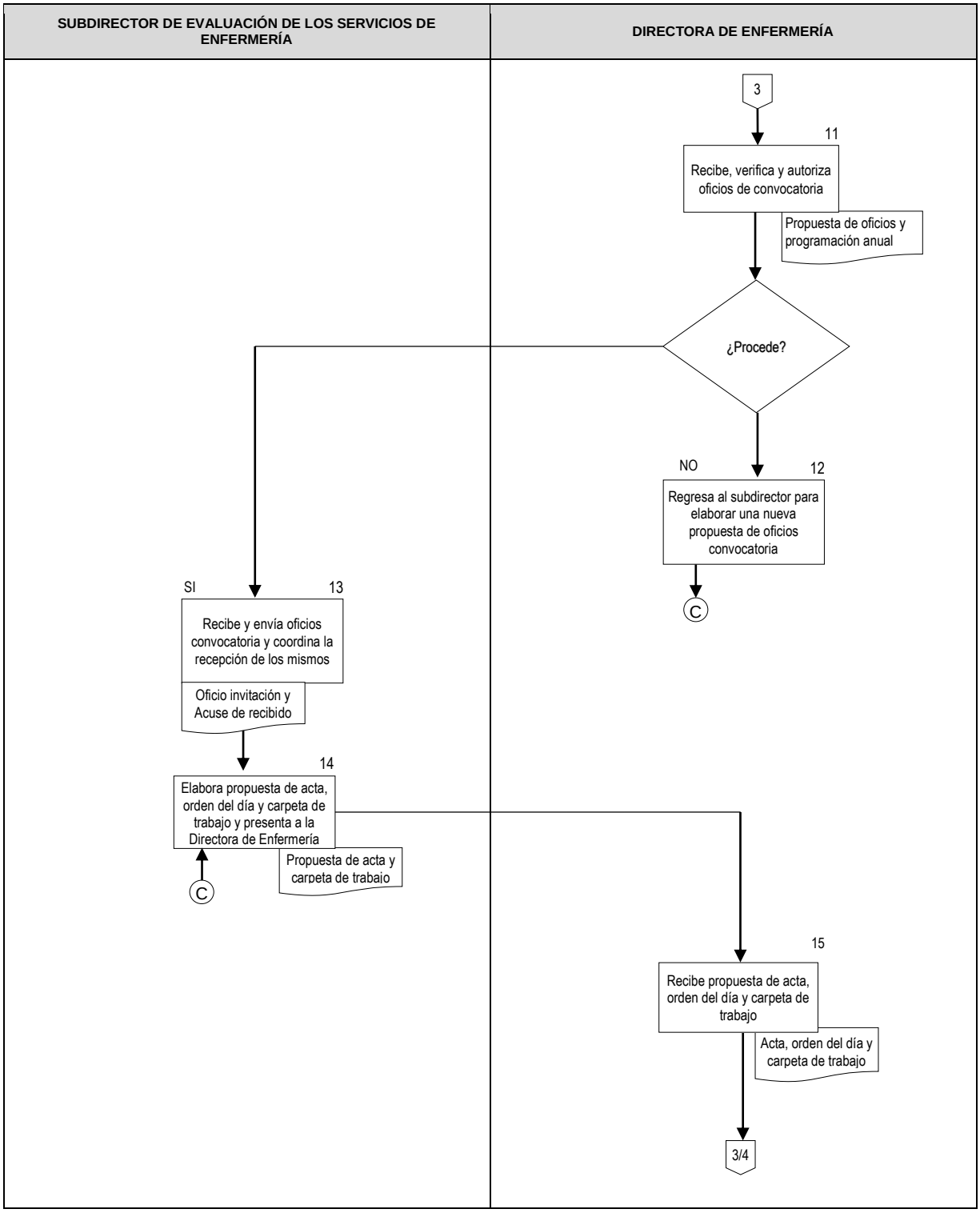
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		invitados permanentes y temporales de la CPE.	
Directora de enfermería	11 12	Recibe, verifica y autoriza oficios de convocatoria. ¿Procede? No: Regresa al Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería para elaborar una nueva propuesta de oficios convocatoria. Regresa a Actividad 10.	Propuesta de oficios y programación anual.
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	13 14	Si: Recibe y envía oficios convocatoria y coordina la recepción de los mismos en su destino final. Elabora propuesta de acta, orden del día y carpeta de trabajo para sesiones ordinarias y presenta a la Directora de Enfermería.	Oficio invitación Acuse de recibo Propuesta de acta y carpeta de trabajo
Directora de Enfermería	15 16	Recibe propuesta de acta, orden del día y carpeta de trabajo, verifica contenido y autoriza. ¿Procede? No: Regresa a la Secretaría Técnica para elaborar una nueva propuesta de acta y carpeta de trabajo.	Acta, orden del día y carpeta de trabajo autorizados
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería y Secretaria Técnica de la CPE	17 18 19 20 21	Si: Envía oficios de convocatoria, acta, orden del día y carpeta de trabajo, coordina el envío y verifica su recepción en su destino final. Coordina y verifica logística de las sesiones ordinarias, extraordinarias y reuniones de trabajo. Verifica se recaben firmas en acta y lista de asistencia de sesiones ordinaria, extraordinarias y levanta acta. Controla, verifica y lleva al archivo correspondiente los documentos que se deriven de las sesiones ordinarias, extraordinarias y reuniones de trabajo.	Funciones Acuse de recibo Documentos, material y equipo a utilizar Acta y listas de asistencia firmadas Documentos de archivo Conformación de grupos de trabajo Documentos de archivo

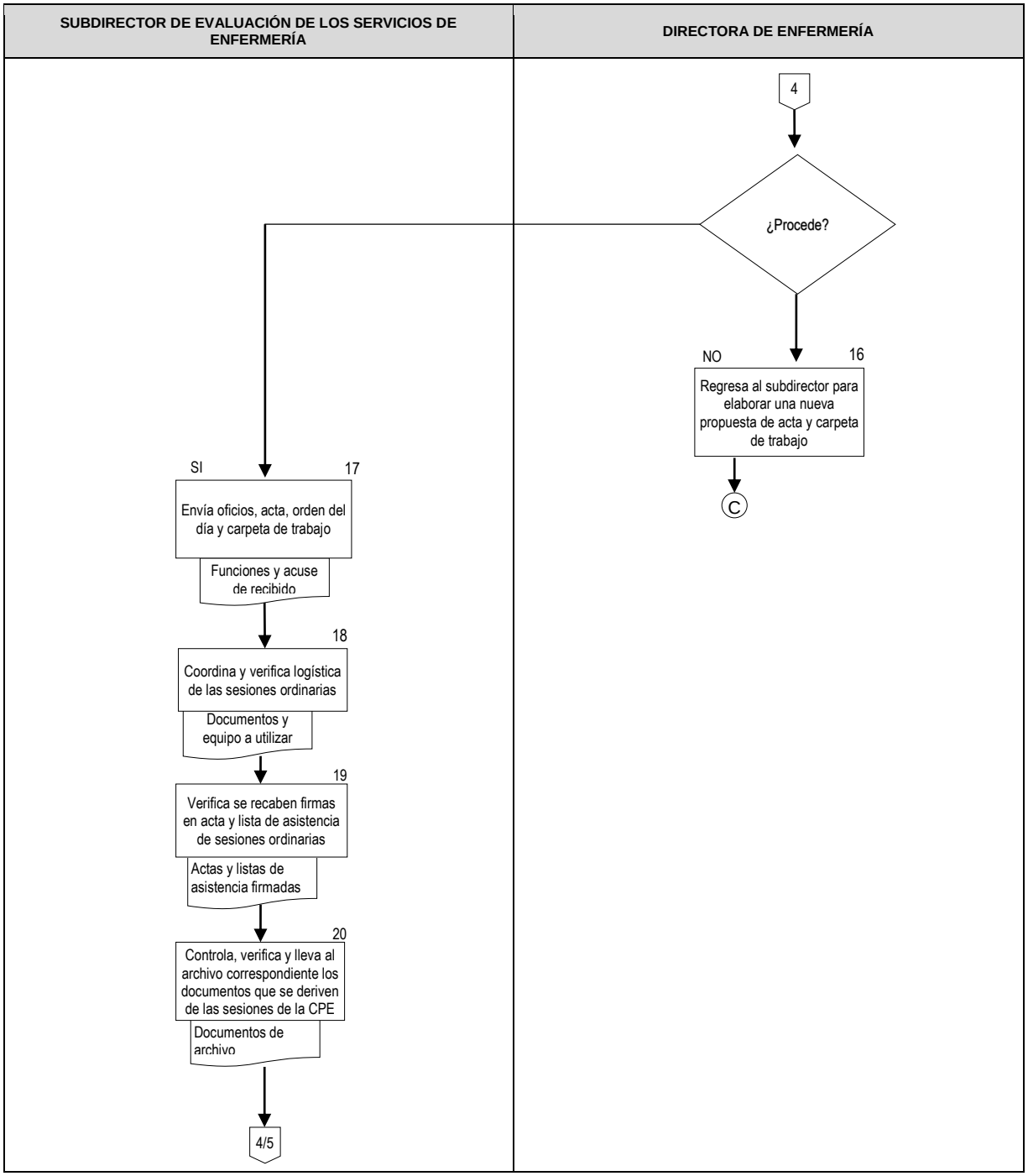
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	22	Da seguimiento a los acuerdos establecidos en las sesiones ordinarias o extraordinarias de la CPE.	Documentos de archivo
	23	Establece coordinación con la Jefatura de Departamento de Normas y Programas para la creación de comités y su funcionamiento. Apoya a la Dirección de Enfermería en todos los trabajos relativos a la CPE **TERMINA**	Documentos de archivo

5. DIAGRAMA DE FLUJO

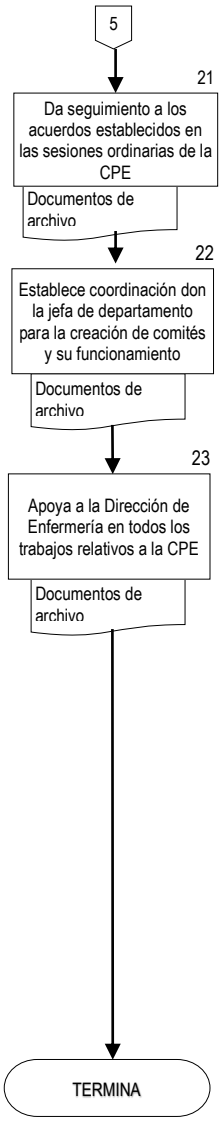



SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
DIRECTORA DE ENFERMERÍA
1
6
Recibe, verifica y autoriza calendario de sesiones de la CPE
Propuesta de calendario
¿Procede?
NO
7
Regresa a la Secretaría Técnica para elaborar una nueva propuesta
Nota informativa
B
SI
8
Elabora nota informativa a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para que se someta a autorización del presidente de la CPE
Calendario Autorizado
9
Recibe confirmación de fechas para las sesiones ordinarias de la CPE e informa a la Secretaría Técnica
10
Coordina la elaboración, envío de oficios y programación anual de sesiones ordinarias de la CPE y presenta a la Directora de Enfermería
Propuesta de Oficios
C
2/3


SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
DIRECTORA DE ENFERMERÍA
3
11
Recibe, verifica y autoriza oficios de convocatoria
Propuesta de oficios y programación anual
¿Procede?
NO
12
Regresa al subdirector para elaborar una nueva propuesta de oficios convocatoria
C
SI
13
Recibe y envía oficios convocatoria y coordina la recepción de los mismos
Oficio invitación y Acuse de recibido
14
Elabora propuesta de acta, orden del día y carpeta de trabajo y presenta a la Directora de Enfermería
Propuesta de acta y carpeta de trabajo
C
15
Recibe propuesta de acta, orden del día y carpeta de trabajo
Acta, orden del día y carpeta de trabajo
3/4


SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
DIRECTORA DE ENFERMERÍA
4
¿Procede?
NO
16
Regresa al subdirector para elaborar una nueva propuesta de acta y carpeta de trabajo
C
SI
17
Envía oficios, acta, orden del día y carpeta de trabajo
Funciones y acuse de recibido
18
Coordina y verifica logística de las sesiones ordinarias
Documentos y equipo a utilizar
19
Verifica se recaben firmas en acta y lista de asistencia de sesiones ordinarias
Actas y listas de asistencia firmadas
20
Controla, verifica y lleva al archivo correspondiente los documentos que se deriven de las sesiones de la CPE
Documentos de archivo
4/5

SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	DIRECTORA DE ENFERMERÍA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería	N/A
6.2 Reglas Internas de Operación de la Comisión Permanente de Enfermería	N/A
6.3 Ley General de Salud	N/A
6.4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería	Permanente	Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería	Documento
7.2 Reglas Internas de operación de la Comisión Permanente de Enfermería	Permanente	Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería	Documento
7.3 Copia de documento publicado en el diario oficial de la federación	Permanente	Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería	Documento
7.4 Actas de Sesiones ordinarias y extraordinarias	5 años	Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería	Documento
7.5 Oficios de confirmación de integrantes permanentes o temporales de la Comisión Permanente de Enfermería	Cuando exista cambio	Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería	Documento

7.6 Oficios convocatoria a sesiones ordinarias y extraordinarias	5 años	Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería	Documento
7.7 Oficios invitación para líderes de equipos de trabajo	5 años	Dirección de Enfermería	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería.** Documento oficial emitido por Acuerdo Secretarial con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

8.2. **Reglas Internas de Operación.** Documento normativo que establecen la integración, organización y funcionamiento de la Comisión Permanente de Enfermería.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

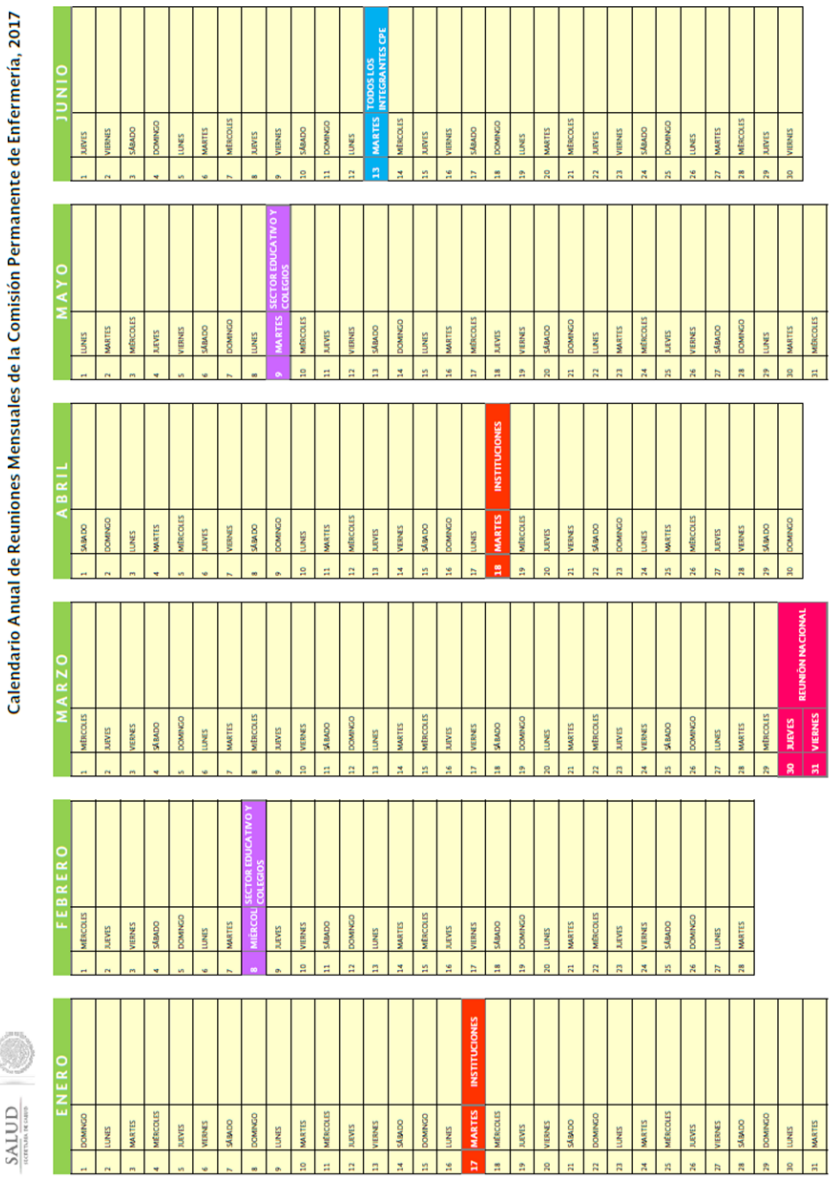
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Propuesta de calendario de sesiones
10.2 Oficios de invitación

10.1 Propuesta de calendario de sesiones

Calendario Anual de Reuniones Mensuales de la Comisión Permanente de Enfermería, 2017



10.2 Oficio de Invitación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-CPE--62--2017

Ciudad de México, a 7 de junio de 2017

DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA
DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E

Me permito hacer de su conocimiento que el próximo 13 de junio del año en curso a las 9:30 horas, se llevará a cabo la cuarta reunión mensual de trabajo de la Comisión Permanente de Enfermería 2017, en el mezzanine de la Dirección General de Calidad y Educación, ubicado en Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.

Por lo anterior, solicito a usted otorgue las facilidades necesarias a la Lic. Julia Echeverría Martínez, Titular de la División de Programas de Enfermería, a su digno cargo ante esta Comisión, para que asista a dicha reunión.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA COORDINADORA GENERAL

MTRA. CLAUDIA LEIJA HERNÁNDEZ

C.c.p.
Dr. Mario Madrazo Navarro.--Titular de la Coordinación de Políticas de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.--Presente.
Lic. Julia Echeverría Martínez.--Titular de la División de Programas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.--Presente.

96. Procedimiento para la elaboración o actualización de normas oficiales mexicanas (NOM) en materia de enfermería

1. PROPÓSITO

1.1. Establecer los lineamientos administrativos para elaborar y actualizar Normas Oficiales Mexicanas que regulen la práctica de los profesionales de enfermería a las que deben sujetarse la prestación del servicio de atención de enfermería de los sectores público, privado y social.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), a través del Subcomité de Normalización en Enfermería, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar propuestas de Normas Oficiales Mexicanas en materia de enfermería, la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería tiene la responsabilidad de la preparación de propuestas de elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería es responsable de elaborar o actualizar de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables a enfermería.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable en instituciones del Sistema Nacional de Salud y en instituciones educativas públicas y privadas de las entidades federativas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) a través del Subcomité de Normalización en Enfermería, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada para elaborar propuestas de Normas Oficiales Mexicanas en materia de enfermería, para regulan la prestación de servicios de atención de enfermería de los sectores público, privado y social.

3.2 La Dirección de Enfermería de la DGCES a través del Subcomité de Normalización en Enfermería es la responsable de proponer al Comité Consultivo Nacional de Normalización Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS) la elaboración o actualización de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables a enfermería correspondiente para su revisión, aprobación y publicación

3.3 El CCNNIDTIS, integrará las propuestas de elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables a enfermería que se presenten en la sesión ordinaria para aprobación, integrará y notificará el programa anual de normalización y aprobará y tramitará la publicación y difundirá las NOMs concluidas.

3.4 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería tiene la responsabilidad de la preparación de propuestas de elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables a enfermería basada en las necesidades del Sistema Nacional de Salud, así como la publicación para su aplicación nacional.

3.5 El Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería es responsable de elaborar o actualizar de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables a enfermería en el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con las indicaciones de la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

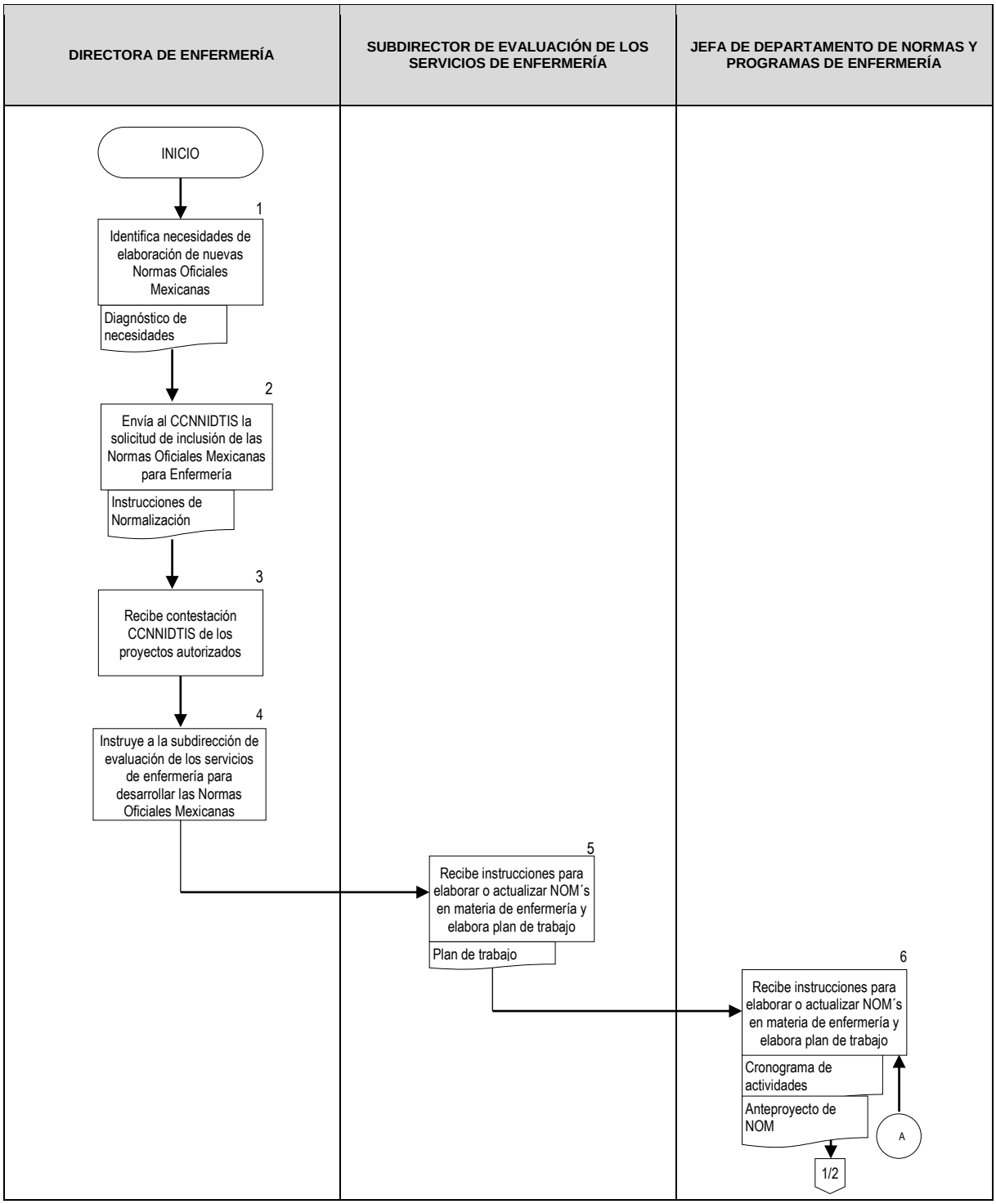
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Identifica necesidades de elaboración de nuevas Normas Oficiales Mexicanas (NOM´s) y actualización de las existentes, así como las que respondan a una situación de emergencia.	Diagnóstico de necesidades. Programa de normalización
	2	Envía al Comité Consultivo Nacional de Normalización, Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (CCNNIDTIS), la solicitud de inclusión de las Normas Oficiales Mexicanas para enfermería en el programa anual de Normalización Nacional.	Instrucciones de normalización
	3	Recibe contestación del CCNNIDTIS de los proyectos autorizados para la elaboración de anteproyecto o actualización de NOM.	
	4	Instruye a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para desarrollar las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en enfermería.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	5	Recibe instrucciones de la Directora de Enfermería para la elaboración o revisión de las NOM´s en materia de enfermería y elabora plan de trabajo.	Plan de trabajo
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	6	Recibe instrucciones de la Subdirectora de Evaluación de los Servicios de Enfermería para elaborar o actualizar NOM´s en materia de enfermería.	Cronograma de actividades Oficios de invitación
	7	Elabora cronograma del programa de trabajo para elaborar o actualizar NOM´s en materia de enfermería.	Anteproyecto de NOM Lista de asistencia a reuniones
	8	Conforma un grupo interinstitucional con profesionales de enfermería expertos en el tema, y envía los oficios de invitación a las diferentes instituciones de salud y educativas.	
	9	Elabora o actualiza con el grupo de trabajo interinstitucional el Anteproyecto de NOM.	

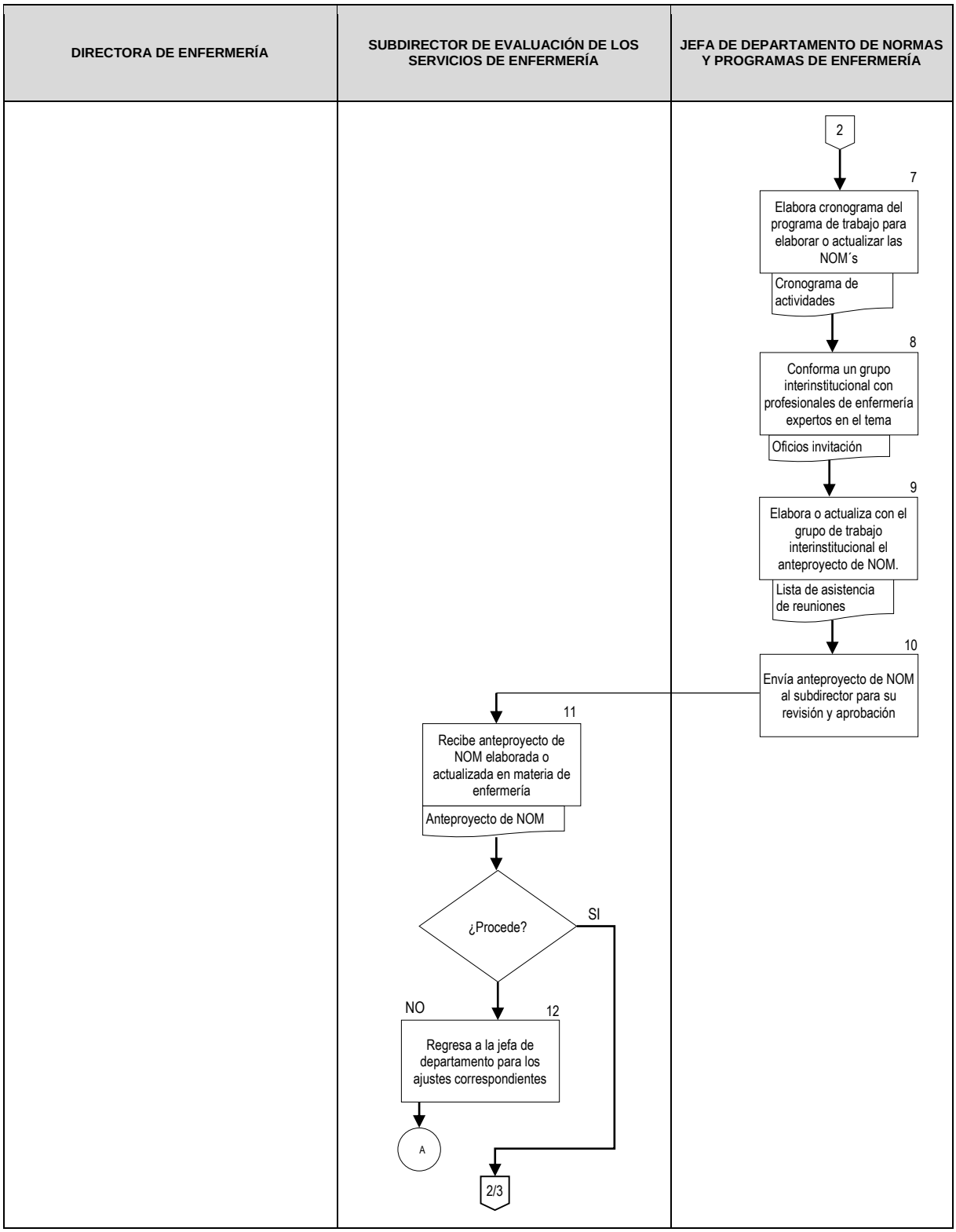
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	10	Anteproyecto de NOM a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para su revisión y aprobación.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	11	Recibe Anteproyecto de NOM elaborada o actualizada en materia de enfermería. ¿Procede?	Anteproyecto de NOM.
	12	No: Regresa al Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería para ajustar o modificar el Anteproyecto de NOM. Regresa a la actividad 6	Anteproyecto de NOM elaborada o actualizada.
	13	Entrega Anteproyecto de NOM en materia de enfermería elaborada o actualizada a la Directora de Enfermería para su visto bueno	
Directora de Enfermería	14	Recibe y autoriza Anteproyecto de NOM en materia de enfermería elaborada o actualizada.	Anteproyecto de NOM
	15	Instruye a la Subdirectora de Enfermería la elaboración de la Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR).	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	16	Recibe instrucciones de la Directora de Enfermería para para elaboración MIR de cada NOM en materia de enfermería elaborada o actualizada.	Instrucciones de elaboración de la MIR Formulario de MIR
	17	Instruye al Jefe del Departamento de Normas y Programas de Enfermería para elaborar las MIR de la NOM en materia de enfermería.	
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	18	Recibe instrucciones de la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para la elaboración de la MIR.	Cronograma de Trabajo. Oficios de Invitación. Formulario MIR
	19	Conforma grupo de trabajo para la elaboración de la MIR y envía los oficios de invitación a las diferentes instituciones de salud y educativas.	
	20	Elabora con el grupo de trabajo la MIR.	Listas de participantes.
	21	Entrega a la Subdirectora de Evaluación de los Servicios de Enfermería la MIR para la revisión.	

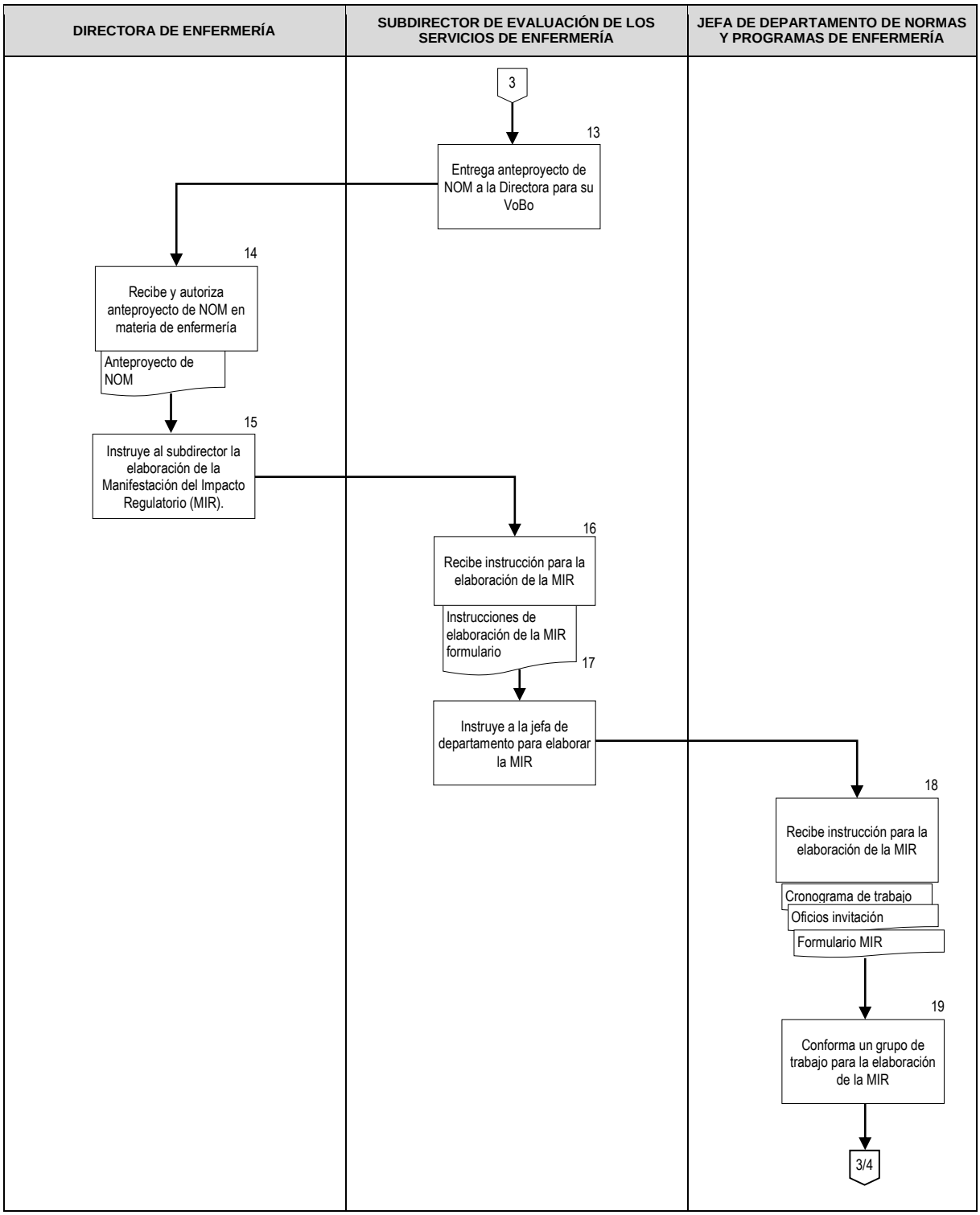
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	22	Recibe la propuesta de las MIR la revisa y envía a la Dirección de Enfermería para su aprobación y visto bueno.	Formulario de la MIR
Directora de Enfermería	23	Aprueba y da visto bueno de la MIR y Anteproyecto de NOM para su envío al CCNNIDTIS, a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) y a la Dirección General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud, para su dictaminación.	Formulario de MIR final Anteproyecto de NOM final Oficio al CCNNIDTIS Instrucciones de ajustes a NOM y MIR Dictamen MIR nen del anteproyecto de
	24	Recibe el dictaminen de la MIR y anteproyecto de NOM e instrucciones para, en su caso, elaboración de ajustes.	NOM
	25	Instruye a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para que se realicen las correcciones al Anteproyecto de NOM y la MIR.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	26	Recibe para su adecuación el documento final de NOM y MIR y lo entrega al Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería para que lleve a cabo los ajustes para un nuevo dictamen de COFEMER y Dirección General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud.	Dictamen de MIR Dictamen de anteproyecto de NOM
Jefa de Departamento de Normas y Programas de enfermería.	27	Realiza ajustes al anteproyecto de NOM y MIR y entrega a la Subdirección Normativa en Servicios de Salud el Anteproyecto y MIR final para revisión y aprobación.	Anteproyecto de NOM con ajustes MIR con ajustes
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	28	Revisa y aprueba el Anteproyecto de NOM y MIR final y presenta a la Dirección de Enfermería de la DGCES para continuar proceso de publicación del anteproyecto de NOM.	Anteproyecto de NOM final MIR final
Directora de Enfermería	29	Aprueba y pone a la disposición del CCNNIDTIS el Anteproyecto NOM y MIR finales para el dictamen correspondiente y publicación en el Diario Oficial de la Federación para su la consulta pública, en caso de que sea aprobados el Anteproyecto de NOM y MIR.	Anteproyecto de NOM final. nal Oficio de solicitud Documentos con comentarios Instrucción
	30	Recibe del CCNNIDTIS los comentarios de la consulta pública recibidos para efectuar las adecuaciones necesarias.	

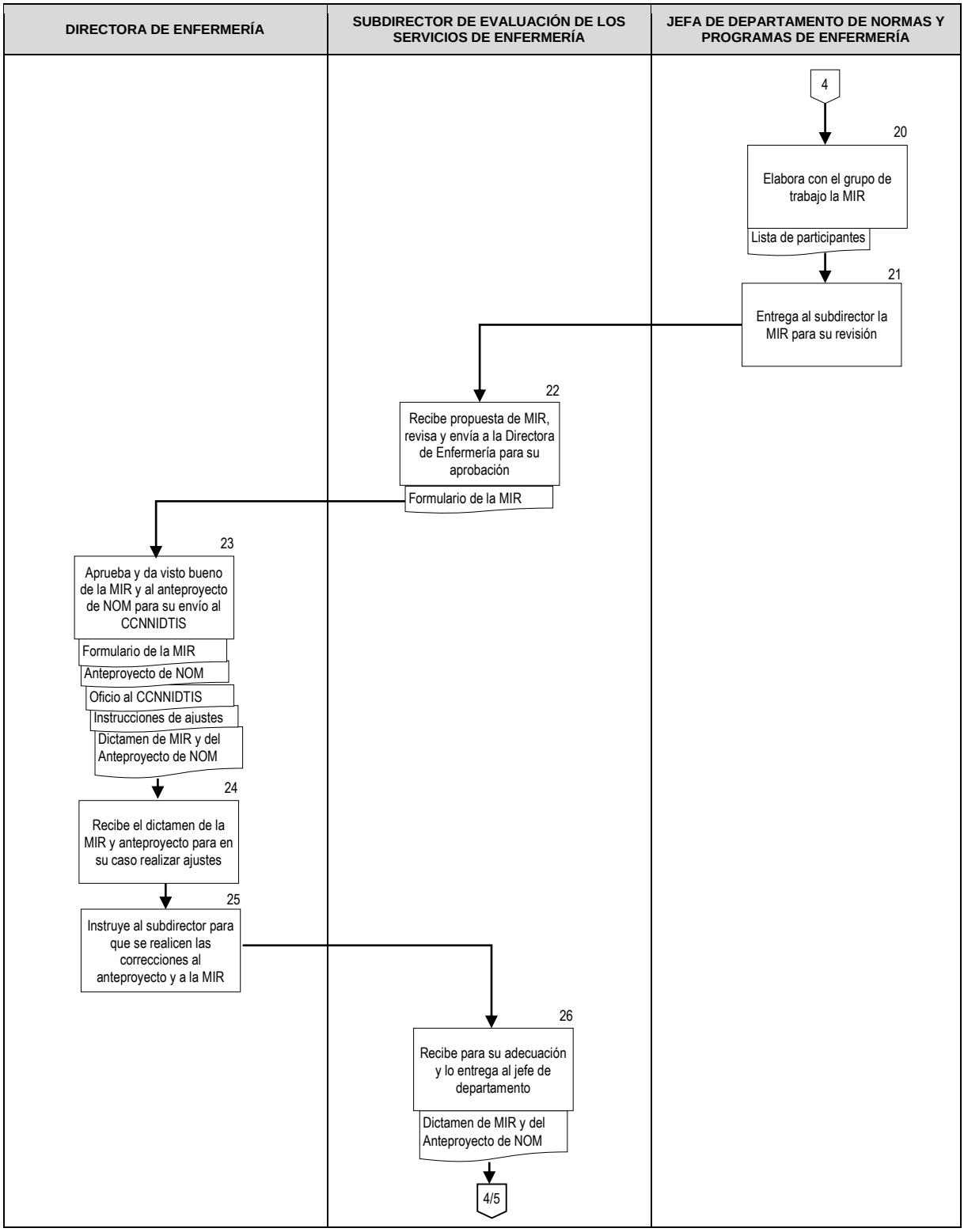
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	31	Entrega a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería los documentos impresos y en medio magnéticos para efectuar cambios al Anteproyecto de NOM de acuerdo a los comentarios recibidos.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	32	Recibe de la Dirección de Enfermería los comentarios al Anteproyecto de NOM publicado para que se lleven a cabo las modificaciones y contestaciones.	Documentos con comentarios Instrucciones a elaborar, contestaciones y modificaciones al anteproyecto.
	33	Instruye a Departamento de Normas y Programas de enfermería para que se elaboren las modificaciones y contestaciones pertinentes de acuerdo a comentarios recibidos del Anteproyecto.	
Jefa de Departamento de Normas y Programas de enfermería	34	Recibe los dictámenes del Anteproyecto de la NOM, y lleva a cabo los ajustes finales, así como, justificaciones en los casos de no aplicación.	Anteproyecto de NOM con ajustes para publicación como NOM. Documento de respuesta a comentarios finales
	35	Entrega a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería el Anteproyecto final para publicación en el Diario Oficial.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	36	Revisa, valida y presenta a Dirección de Enfermería para su aprobación y envío a l CCNNIDTIS para la publicación en el Diario Oficial de la Federación como Norma Oficial Mexicana.	Anteproyecto de NOM con ajustes para publicación como NOM. Documento de respuesta a comentarios finales revisado
Directora de Enfermería	37	Recibe NOM y envía al CCNNIDTIS documento final concluido para que sea publicado como Norma Oficial Mexicana en el Diario Oficial de la Federación. **TERMINA**	Documento de Respuesta a Comentarios finales Documento final de la NOM para publicar en DOF. Oficio para la solicitud de publicación de la NOM en el DOF y contestación a comentarios de consulta pública.

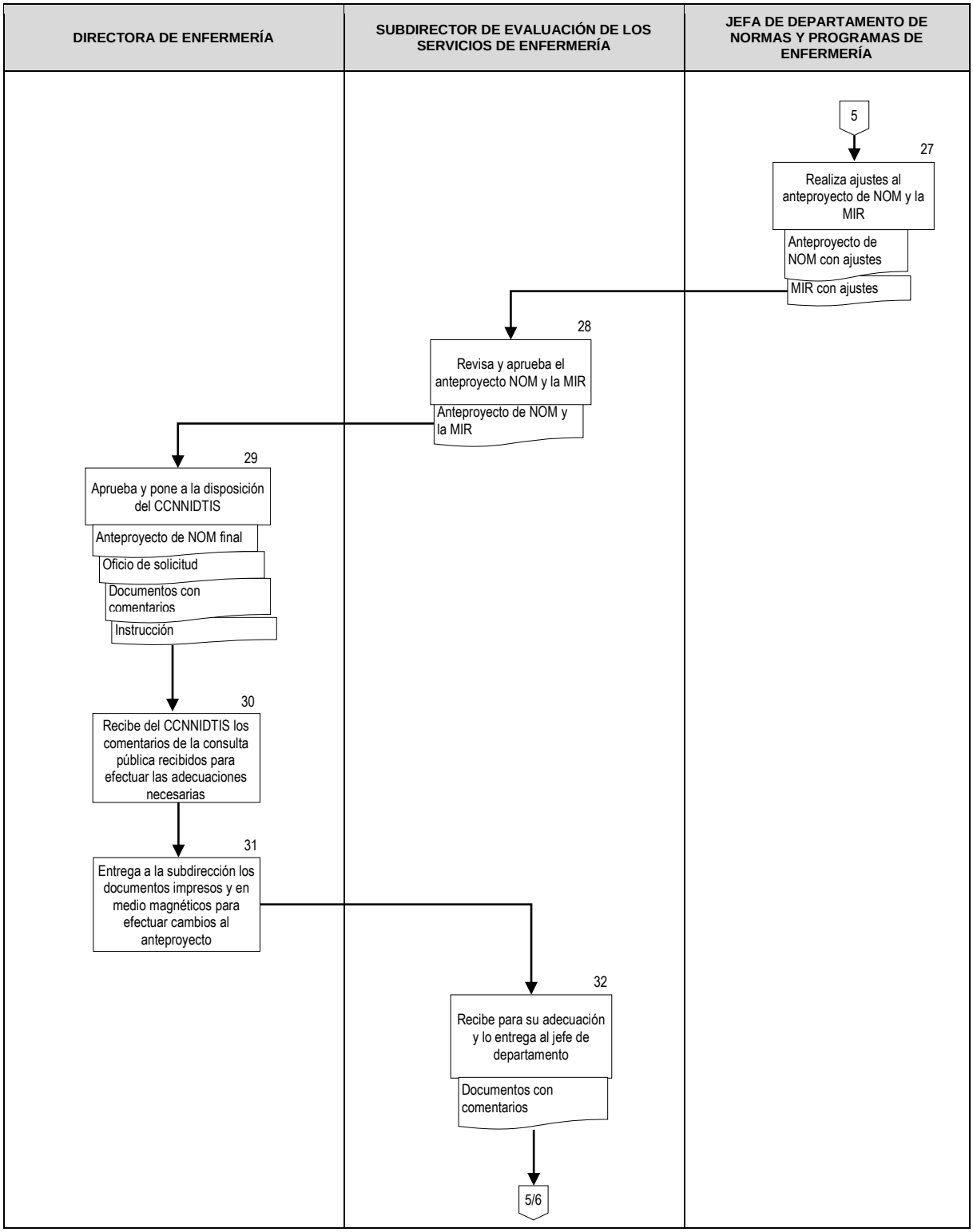
5. DIAGRAMA DE FLUJO

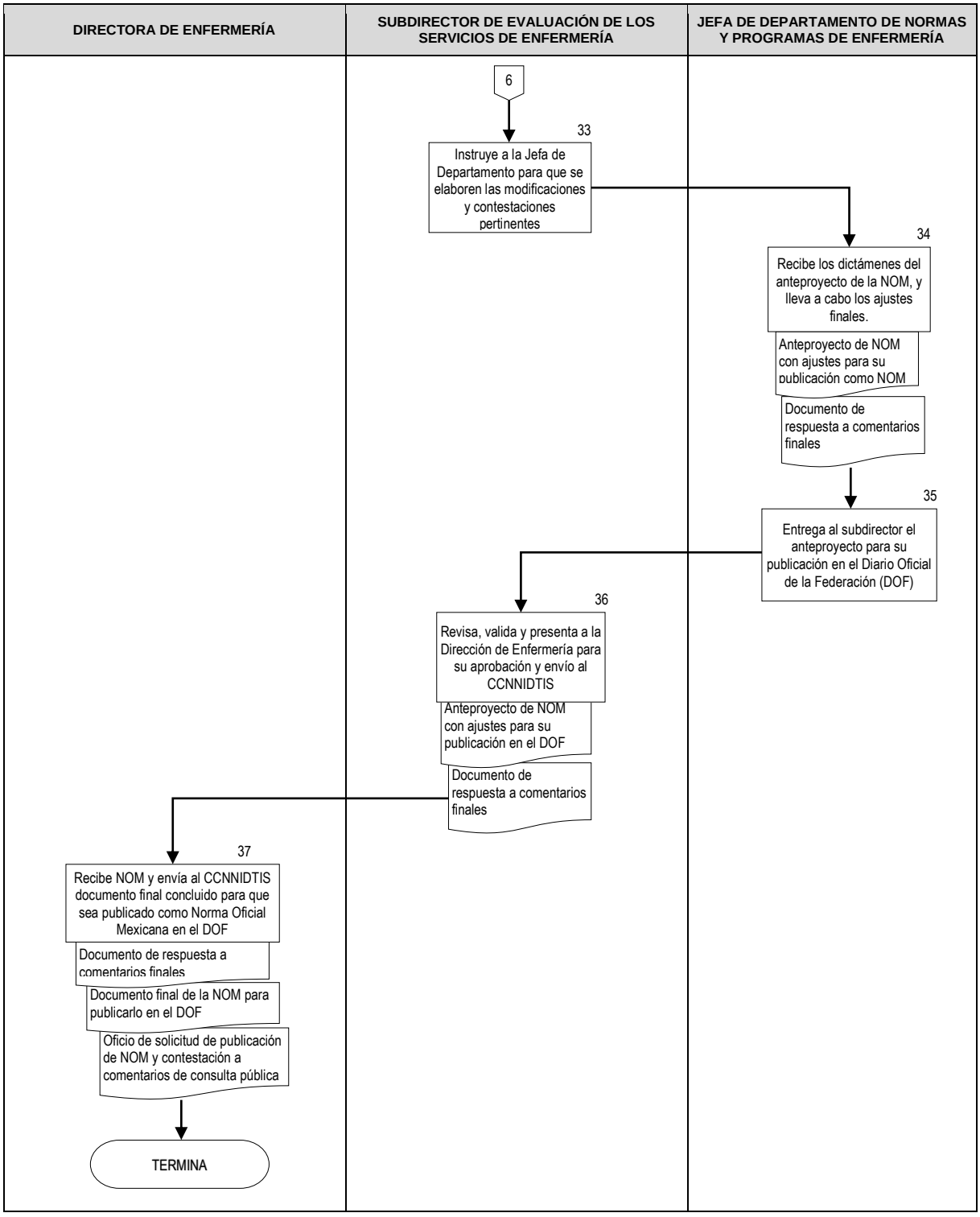



DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
2
7
Elabora cronograma del programa de trabajo para elaborar o actualizar las NOM´s
Cronograma de actividades
8
Conforma un grupo interinstitucional con profesionales de enfermería expertos en el tema
Oficios invitación
9
Elabora o actualiza con el grupo de trabajo interinstitucional el anteproyecto de NOM.
Lista de asistencia de reuniones
10
Envía anteproyecto de NOM al subdirector para su revisión y aprobación
11
Recibe anteproyecto de NOM elaborada o actualizada en materia de enfermería
Anteproyecto de NOM
¿Procede?
SI
NO
12
Regresa a la jefa de departamento para los ajustes correspondientes
A
2/3


DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
3
13
Entrega anteproyecto de NOM a la Directora para su VoBo
14
Recibe y autoriza anteproyecto de NOM en materia de enfermería
Anteproyecto de NOM
15
Instruye al subdirector la elaboración de la Manifestación del Impacto Regulatorio (MIR).
16
Recibe instrucción para la elaboración de la MIR
Instrucciones de elaboración de la MIR formulario
17
Instruye a la jefa de departamento para elaborar la MIR
18
Recibe instrucción para la elaboración de la MIR
Cronograma de trabajo
Oficios invitación
Formulario MIR
19
Conforma un grupo de trabajo para la elaboración de la MIR
3/4


DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
4
20
Elabora con el grupo de trabajo la MIR
Lista de participantes
21
Entrega al subdirector la MIR para su revisión
22
Recibe propuesta de MIR, revisa y envía a la Directora de Enfermería para su aprobación
Formulario de la MIR
23
Aprueba y da visto bueno de la MIR y al anteproyecto de NOM para su envío al CCNNIDTIS
Formulario de la MIR
Anteproyecto de NOM
Oficio al CCNNIDTIS
Instrucciones de ajustes
Dictamen de MIR y del Anteproyecto de NOM
24
Recibe el dictamen de la MIR y anteproyecto para en su caso realizar ajustes
25
Instruye al subdirector para que se realicen las correcciones al anteproyecto y a la MIR
26
Recibe para su adecuación y lo entrega al jefe de departamento
Dictamen de MIR y del Anteproyecto de NOM
4/5


DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
5
27
Realiza ajustes al anteproyecto de NOM y la MIR
Anteproyecto de NOM con ajustes
MIR con ajustes
28
Revisa y aprueba el anteproyecto NOM y la MIR
Anteproyecto de NOM y la MIR
29
Aprueba y pone a la disposición del CCNNIDTIS
Anteproyecto de NOM final
Oficio de solicitud
Documentos con comentarios
Instrucción
30
Recibe del CCNNIDTIS los comentarios de la consulta pública recibidos para efectuar las adecuaciones necesarias
31
Entrega a la subdirección los documentos impresos y en medio magnéticos para efectuar cambios al anteproyecto
32
Recibe para su adecuación y lo entrega al jefe de departamento
Documentos con comentarios
5/6


DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
6
33
Instruye a la Jefa de Departamento para que se elaboren las modificaciones y contestaciones pertinentes
34
Recibe los dictámenes del anteproyecto de la NOM, y lleva a cabo los ajustes finales.
Anteproyecto de NOM con ajustes para su publicación como NOM
Documento de respuesta a comentarios finales
35
Entrega al subdirector el anteproyecto para su publicación en el Diario Oficial de la Federación (DOF)
36
Revisa, valida y presenta a la Dirección de Enfermería para su aprobación y envío al CCNNIDTIS
Anteproyecto de NOM con ajustes para su publicación en el DOF
Documento de respuesta a comentarios finales
37
Recibe NOM y envía al CCNNIDTIS documento final concluido para que sea publicado como Norma Oficial Mexicana en el DOF
Documento de respuesta a comentarios finales
Documento final de la NOM para publicarlo en el DOF
Oficio de solicitud de publicación de NOM y contestación a comentarios de consulta pública
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.	N/A
6.2 Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.4 Guía para la redacción, estructuración y presentación de Normas Oficiales Mexicanas.	NOM-Z13
6.5 Guía del Sistema de elaboración de la Manifestación del Impacto Regulatorio y Remisión de Anteproyectos de la COFEMER, Abril, 2001.	N/A
6.6 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.7 Guía Técnica para Elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Copia de oficios de invitación a instituciones, sociedades y dependencias gubernamentales, para el consenso	5 años	Departamento de Normas y Programas de enfermería	Número de oficio
7.2 Documento preliminar de NOM	5 años	La Dirección de Enfermería	Documento
7.3 Minutas de reuniones con el grupo de trabajo	5 años	Departamento de Normas y Programas de enfermería	Minuta
7.4 Anteproyecto de NOM	5 años	La Dirección de Enfermería Servicios de Salud	Documento

7.5 Formulario de la MIR	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	Documento
7.6 Oficio solicitud aprobación de la MIR	5 años	La Dirección de Enfermería	Número de oficio
7.7 Oficio de aprobación de MIR y Anteproyecto de NOM	5 años	La Dirección de Enfermería	Número de oficio
7.8 Copia de Oficio firmado solicitud dictaminación	5 años	La Dirección de Enfermería	Número de oficio
7.9 Copia del Proyecto de NOM publicado en DOF	5 años	La Dirección de Enfermería	Proyecto de norma
7.10 Oficios de promoventes con comentarios al Proyecto de NOM	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	Número de oficio
7.11 Formato de Respuesta a Comentarios	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	Formato
7.12 Texto de la Norma Oficial Mexicana	5 años	La Dirección de Enfermería	Norma
7.13 Copia de Oficio para solicitar publicación de Formato de Respuesta a Comentarios y Texto de NOM	5 años	La Dirección de Enfermería	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Consulta pública**.- Periodo durante el cual se pone a consideración del público en general el Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para que realicen los comentarios pertinentes.

8.2. **Formato Respuesta a Comentarios**.- Es el documento oficial que da respuesta a los comentarios y observaciones formulados durante el período de consulta pública del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, el cual es enviado al Diario Oficial de la Federación para su publicación.

8.3. **Manifestación de Impacto Regulatorio**.- Es el documento que contiene un balance del impacto económico que representa para la población y los prestadores de servicios, la aplicación de Normas Oficiales Mexicanas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Proyecto de Norma Oficial Mexicana

10.2 Oficio de invitación para la conformación de grupos de trabajo

10.1 Proyecto de Norma Oficial Mexicana

¶

Proyecto·de·Norma·Oficial·Mexicana,·PROY-NOM-020-SSA3-2009,·para·la·práctica·de·la·enfermería·obstetra·en·el·Sistema·Nacional·de·Salud.¶

¶

JOSÉ·MELJEM·MOCTEZUMA,·Subsecretario·de·Integración·y·Desarrollo·del·Sector·Salud·y·Presidente·del· Comité· Consultivo· Nacional· de· Normalización· de· Innovación,· Desarrollo,· Tecnología· e·Información·en·Salud,·con·fundamento·en·lo·dispuesto·por·los·artículos:·39,·de·la·Ley·Orgánica·de·la·Administración·Pública·Federal;·4,·de·la·Ley·Federal·de·Procedimiento·Administrativo;·38,·fracción·II,·40·fracciones·III·y·XI,·41,·43,·47,·fracción·I,·de·la·Ley·Federal·sobre·Metrología·y·Normalización;·3º,·fracciones·I,·II,·VII·y·IX,·13,·apartado·A,·fracciones·I·y·IX,·78,·79,·80,·81,·90,·91,·92·y·93,·de·la·Ley·General·de·Salud;·28·y·33,·del·Reglamento·de·la·Ley·Federal·sobre·Metrología·y·Normalización;·3º,·5º,·7º,·8º,·9,·21,·22,·28,·70,·74,·96,·fracción·I,·102,·103,·104,·107,·109,·110,·111·y·112,·del·Reglamento·de·la·Ley·General·de·Salud·en·materia·de·prestación·de·servicios·de·atención·médica;·2º,·apartado·A,·fracción·I,·8,·fracción·V;·9,·fracción·IV·bis,·del·Reglamento·Interior·de·la·Secretaría·de·Salud;·he·tenido·a·bien·ordenar·la·publicación·en·el·Diario·Oficial·de·la·Federación,·del·Proyecto·de·Norma·Oficial· Mexicana· PROY-NOM-020-SSA3-2016,· para· la· práctica· de· la· enfermería· obstetra· en· el·Sistema·Nacional·de·Salud.·¶

¶

El·presente·Proyecto·de·norma,·se·publica·a·efecto·de·que·los·interesados,·dentro·de·los·siguientes·sesenta·días·naturales·contados·a·partir·de·la·fecha·de·su·publicación,·presenten·sus·comentarios·por· escrito· y· medio· magnético· en· idioma· español,· ante· el· Comité· Consultivo· Nacional· de·Normalización·de·Innovación,·Desarrollo,·Tecnologías·e·Información·en·Salud,·sitio·en·Lieja·No.·7,·1er·piso,·Col.·Juárez,·Delegación·Cuauhtémoc,·código·postal·06600,·México,·D.F.,·teléfono:·55·53·69·20,·fax:·52·86·17·26,·correo·electrónico:·jose.meljem@salud.gob.mx.¶

10.2 Oficio de invitación para la conformación de grupos de trabajo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DG- 108 -2017

Ciudad de México, a 7 de febrero de 2017.

DR. PLÁCIDO ENRIQUE LEÓN GARCÍA
DIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE LOS SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
P R E S E N T E

Reciba un cordial saludo y a su vez comento a usted que la Dirección de Enfermería se encuentra coordinando el trabajo de un grupo de expertos para la realización del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-020-SSA3-2009, para la práctica de la enfermería obstetra en el Sistema Nacional de Salud, así como la actualización del modelo de enfermería obstétrica, esto con el objetivo de ofrecer un respaldo normativo y jurídico a los profesionales de enfermería que realizan funciones de perinatología y obstetricia en México.

Por esta razón, es de nuestro interés conocer la práctica de los profesionales de enfermería de la Clínica Santa Catarina, por lo que solicito a usted sea tan amable de girar sus apreciables instrucciones a quien corresponda, para poder realizar una visita a esta unidad que usted dignamente dirige, dicha visita se tiene programada realizarla el próximo jueves 9 de febrero del presente año en un horario de 9 a 14 horas.

Conocedor de sus gentilezas y agradeciendo la atención a la presente quedo de usted como su más segura servidora

ATENTAMENTE
LA DIRECTORA DE ENFERMERÍA

MTRA. CLAUDIA LEIJA HERNÁNDEZ

C.c.p.- Mtra. Anabell Arellano Gómez.- Coordinadora General de Enfermería de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.- Presente.

CLH/JMGP/

97. Procedimiento para la elaboración de indicadores de calidad de los servicios de enfermería

1. PROPÓSITO

1.1. Establecer los lineamientos para la elaboración de indicadores de calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, con la finalidad de sistematizar su medición y como base para generar iniciativas de mejora en las instituciones de atención médica que participan en el Sistema de Información, Evaluación y Medición por la Gestión de la Calidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud involucradas en el proceso de monitoreo de la calidad de los servicios de salud, la Dirección de Enfermería, la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería establecerán los lineamientos para el desarrollo de iniciativas de mejora de los servicios de enfermería.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable en instituciones del Sistema Nacional de Salud y en instituciones educativas públicas y privadas de las entidades federativas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establecerá la política nacional en materia de calidad, así como las normas, lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social así como promover y supervisar su cumplimiento.

3.2 La Dirección de Enfermería atenderá la pertinencia, recomendaciones y solicitudes de las instituciones del sector salud para la definición de indicadores de calidad que servirán de base para la evaluación.

3.3 La Dirección de Enfermería en coordinación con la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería establecerán los lineamientos para el desarrollo de iniciativas de mejora de los servicios de enfermería.

3.4 La Dirección de Enfermería y la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y la Comisión Permanente de Enfermería determinarán la publicación de los documentos, lineamientos, protocolos y guías de operación para el monitoreo de la calidad de los servicios de enfermería.

3.5 La Dirección de Enfermería con el apoyo de la Comisión Permanente de Enfermería determinarán las estrategias para la difusión de los documentos conceptuales a nivel estatal, interinstitucional e intersectorial.

3.6 La Dirección de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería, conjuntamente con las áreas participantes de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud coordinarán el trabajo de las áreas responsables de elaborar las propuestas de nuevos indicadores para el monitoreo de la calidad de los servicios de enfermería.

3.7 La Dirección de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería establecerán comunicación con las instancias correspondientes para dar seguimiento al programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería en el ámbito nacional de la Secretaría de Salud y se coordinará con la Comisión Permanente de Enfermería para hacer lo propio en las diferentes dependencias del sistema nacional de salud en el ámbito local, estatal y nacional.

3.8 La Dirección de Enfermería se coordinará con las áreas responsables del Sistema INDICAS, a fin de mantener en el nivel de funcionalidad del sistema.

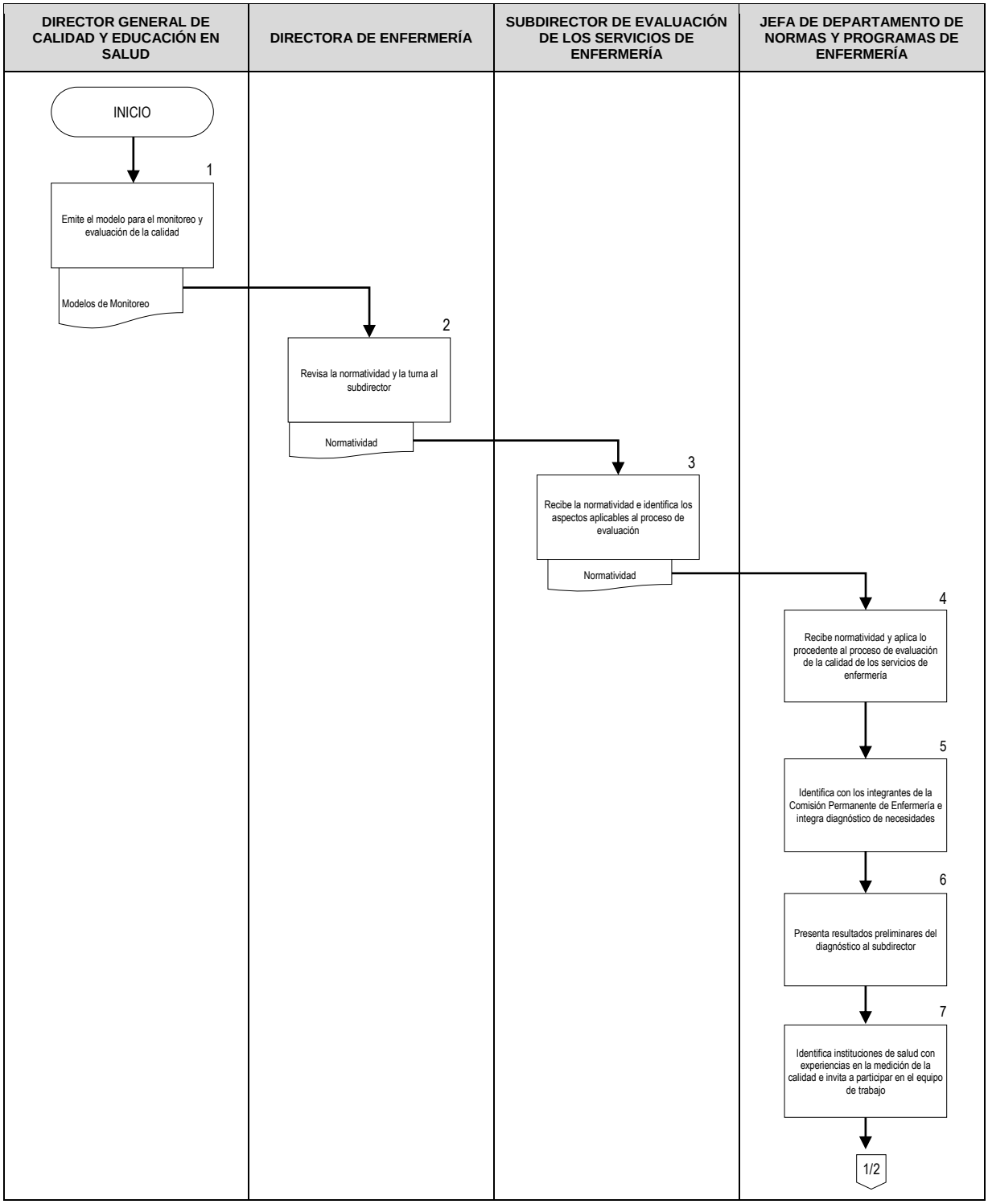
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Emite el modelo para el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud y determina las bases generales para la medición de indicadores de calidad de los servicios de salud.	Modelos de monitoreo
Directora de Enfermería	2	Revisa la normatividad y la turna a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	Normatividad
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	3	Recibe la normatividad e identifica los aspectos aplicables al proceso de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería e instruye al Departamento de Normas y Programas de Enfermería con respecto a normatividad.	Normatividad
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería.	4	Recibe normatividad y aplica lo procedente al proceso de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería.	
	5	Identifica con los integrantes de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) las necesidades de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería e integra diagnóstico de necesidades.	
	6	Presenta resultados preliminares del diagnóstico a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería, elabora propuesta de trabajo con base en el modelo para el monitoreo, y determina conjuntamente con la CPE los indicadores a elaborar.	
	7	Identifica instituciones de salud con experiencias en la medición de la calidad e invita a participar en el equipo de trabajo, conforma el equipo, integra directorio para control de integrantes de los grupos de trabajo, diseña la metodología de trabajo para las reuniones con expertos y elabora cronograma de reuniones.	

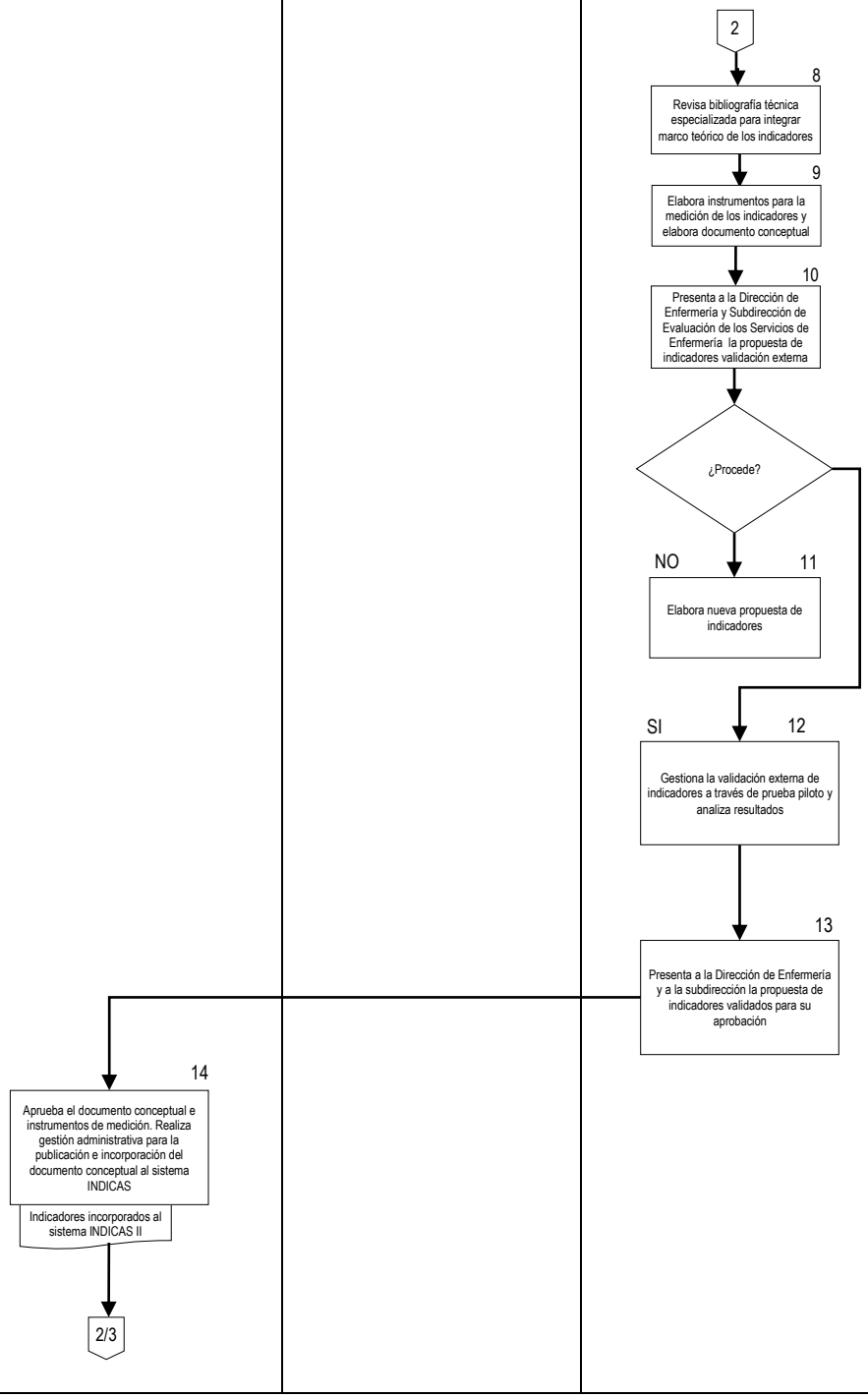
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	8	Revisa bibliografía técnica especializada para integrar marco teórico de los indicadores, conjuntamente con el grupo de trabajo y elabora propuesta preliminar de criterios que se integrarán en cada indicador.	
	9	Elabora instrumentos para la medición de los indicadores y elabora documento conceptual de los mismos.	
	10	Presenta a la Dirección de Enfermería y Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería la propuesta de indicadores para su aprobación y elabora el plan de validación externa. ¿Procede?	
	11	No: Elabora nueva propuesta de indicadores.	
	12	Si: Gestiona la validación externa de indicadores a través de prueba piloto y analiza resultados.	
	13	Presenta a la Dirección de Enfermería y Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería la propuesta de indicadores validados para su aprobación	
Directora de Enfermería	14	Aprueba el documento conceptual e instrumentos de medición. Realiza gestión administrativa para la publicación e incorporación del documento conceptual al Sistema INDICAS.	Indicadores incorporados al Sistema INDICAS II.
	15	Difunde el documento conceptual de instrumentos de medición con las instituciones de salud del ámbito nacional.	Programa de difusión Oficios.

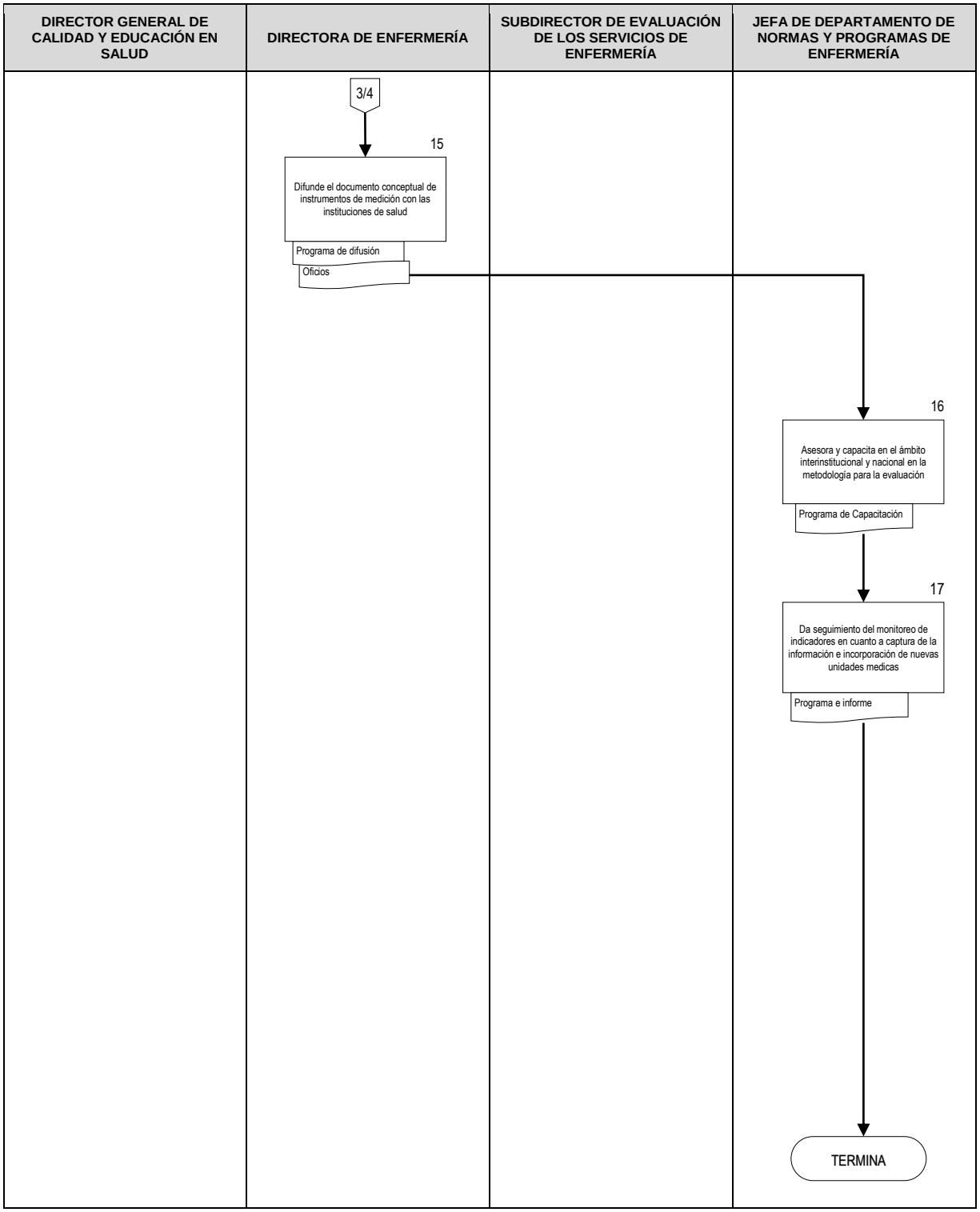
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Normas y programas de Enfermería	16	Asesora y capacita en el ámbito interinstitucional y nacional, en la metodología para la evaluación, manejo de instrumentos de medición, captura de datos y análisis de la información.	Programa de capacitación.
	17	Da seguimiento del monitoreo de indicadores en cuanto a captura de la información e incorporación de nuevas unidades médicas y analiza la información, elabora informe sobre resultados en el ámbito nacional y propone acciones de mejora a nivel nacional. **TERMINA**	Programa Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
3/4
15
Difunde el documento conceptual de instrumentos de medición con las instituciones de salud
Programa de difusión
Oficios
16
Asesora y capacita en el ámbito interinstitucional y nacional en la metodología para la evaluación
Programa de Capacitación
17
Da seguimiento del monitoreo de indicadores en cuanto a captura de la información e incorporación de nuevas unidades medicas
Programa e informe
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Sectorial de Salud 2013-2018	N/A
6.2 Sistema INDICAS	N/A
6.3 Ley General de Salud	N/A
6.4 Normas Oficiales Mexicanas SSA	N/A
6.5 Bibliografía seleccionada según instrumento a elaborar	N/A
6.6 Procedimiento para elaborar instrumentos normativos en educación y capacitación en salud	N/A
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.8 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Directorios de Directivos de instituciones participantes y grupo de expertos	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Directorios
7.2 Programa de trabajo y cronograma de actividades	2 años	Dirección de Enfermería	Programa y cronograma
7.3 Oficios de solicitud de información	2 años	Líder de proyecto de la Comisión Interinstitucional de Enfermería	Oficios
7.4 Oficios a directivos de unidades participantes	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Oficios
7.5 Oficios de convocatoria a reuniones	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Oficios

7.6 Orden del día, minutas y listas de asistencia	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documentos
7.7 Control de avances	2 años	Dirección de Enfermería.	Expediente de control
7.8 Avance de instrumentos en elaboración	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento
7.9 Correos electrónicos de convocatoria	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Impreso de envío
7.10 Bibliografía utilizada	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documentos
7.11 Instrumentos anteproyecto, proyecto y definitivo	2 años	Dirección de Enfermería.	Instrumentos elaborados
7.12 Impresiones de correos electrónicos de informes a los integrantes del grupo de trabajo de expertos	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Acuse de recibido
7.13 Impreso de recepción y envío de observaciones	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Acuse de impresos
7.14 Relación de unidades de pruebas piloto	2 años	Jefatura de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documentos
7.15 Información cuatrimestral	3 años	Dirección de Enfermería.	Impresos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría. Actividades que van encaminadas a orientar, aconsejar, definir y demostrar como se debe elaborar un instrumento y los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos que se deben tomar en cuenta para dicha elaboración impartidos por instancias y capital humano expertos en el tema.

8.2 Calidad. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

8.3 Directorio. Listado de integrantes del grupo de trabajo de expertos, que contiene información sobre la dependencia de origen, nombre, ubicación, cargo, teléfono, correo electrónico, puede estar impreso y/o computarizado

8.4 Documento Definitivo. Instrumento elaborado por el grupo de trabajo de expertos y participantes virtuales, aprobado en el pleno de las reuniones presenciales por sus integrantes y por el pleno de la Comisión Permanente de Enfermería.

8.5 Evaluación de la Calidad de la Atención de Enfermería. Análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención de enfermería.

8.6 Grupo de Expertos. Capital humano seleccionado dentro del grupo de profesionales de enfermería que integran la Comisión Permanente de Enfermería y que participarán en la revisión, elaboración o actualización de los instrumentos correspondientes.

8.7 Indicadores. Expresión objetiva del desempeño a través de la relación cuantitativa entre dos variables que intervienen en un mismo proceso.

8.8 Instrumento. Documento que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria entre las instituciones de salud ya sea pública, privada o social relacionado con el instrumento a elaborar.

8.9 Medición. Características inherentes a los procesos de servicios de salud, en particular aquellas adaptables a una escala de medición, sea cualitativa o cuantitativa.

8.10 Mejora Continua de la Calidad de la Atención de Enfermería. Conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal, con el propósito de incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención de enfermería.

8.11 Observaciones. Comentarios que de manera oficial y por escrito realizan las unidades médicas a los instrumentos que recibe.

8.12 Proyecto de instrumento. Documento preliminar sujeto a modificaciones por el grupo de trabajo, directivos, grupo de expertos comités de calidad de las unidades médicas que validan el instrumento antes de su publicación.

8.13 Reunión o sesión de trabajo. Actividad que se realiza, de manera conjunta y programada del grupo de expertos.

8.14 SI Calidad. Sistema Integral de calidad de los servicios de salud, estrategia sustantiva del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

8.15 Sistema de medición INDICA II: Plataforma informática rediseñada que sirve para registrar e integrar una base de datos para proporcionar información sobre el comportamiento de los indicadores, a fin de identificar oportunidades de mejora y tomar decisiones.

8.16 Sistema de monitoreo. Proceso de recolección de información planificada, sistematizada y constante que permite identificar la medida en que se cumplen los estándares.

8.17 Sistema electrónico informático. Proceso y metodología específica para el acopio de la información del personal de enfermería y de las instituciones de salud, permitiendo el análisis de la información, comentarios y en su caso para el recibo y envío de la misma a todas las instituciones de salud interesadas en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería a nivel nacional.

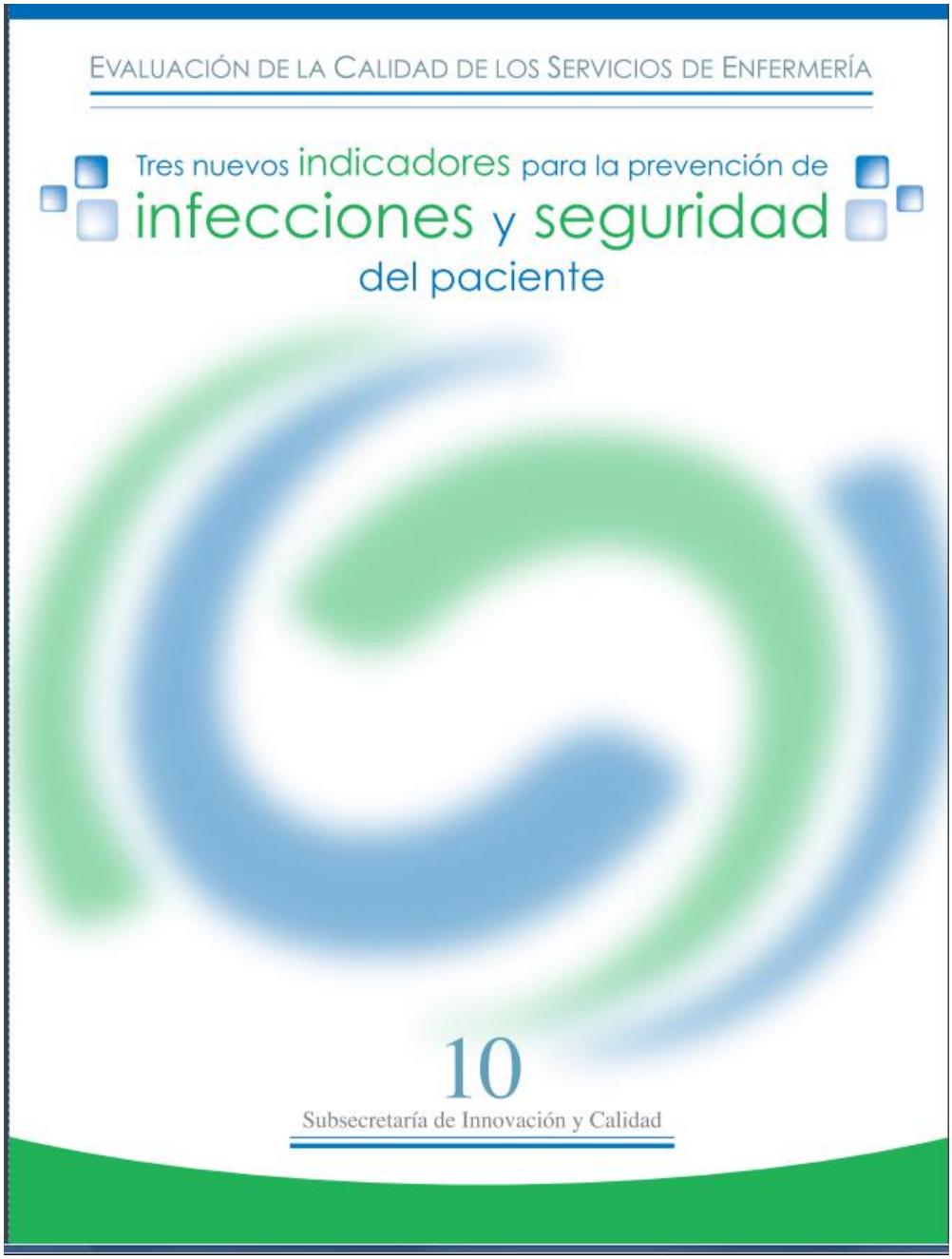
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Documento Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente

10.1 Documento Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente



98. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR POLÍTICAS EDUCATIVAS EN ENFERMERÍA

1. PROPÓSITO

1.1. Establecer los lineamientos administrativos para la elaboración de políticas educativas en salud, que coadyuven al fortalecimiento de la formación, capacitación, actualización y educación continua de los recursos humanos de enfermería.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Enfermería es responsable de emitir y validar a nivel nacional las políticas educativas, la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, responden a las necesidades detectadas en materia educativa y a solicitud de las unidades administrativas internas relacionadas con la calidad de los servicios de enfermería y la seguridad del paciente.

2.2 A nivel externo: las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las instituciones educativas públicas y privadas de las 32 entidades federativas que formen, capaciten y actualicen recursos humanos en enfermería se apegarán a las políticas educativas emitidas en la Dirección de Enfermería.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud responsable y facultada para conducir la política nacional en materia de formación, capacitación, actualización y educación continua de los recursos humanos para la salud.

3.2 La Dirección de Enfermería adscrita a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud es el órgano normativo responsable de emitir y validar a nivel nacional, las políticas educativas en materia de formación, capacitación, actualización y educación continua de recursos humanos de enfermería.

3.3 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería son responsables de analizar la pertinencia de solicitudes enviadas por la autoridad educativa, relacionadas con la emisión de políticas educativas en materia de formación, capacitación, actualización y educación continua de recursos humanos de enfermería.

3.4 La Dirección de Enfermería (con la colaboración de la Comisión Permanente de Enfermería) es la responsable de promover la elaboración de políticas educativas en salud para la formación, capacitación, actualización y educación continua de recursos humanos en enfermería que propicien la integración de contenidos curriculares sobre calidad y seguridad del paciente.

3.5 La Dirección de Enfermería a través de la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y del Departamento de Normas y Programas de Enfermería a solicitud de las autoridades educativas es la responsable de actualizar las políticas relacionadas con la formación, capacitación, actualización y educación continua de los recursos humanos en enfermería que sean de la competencia de éstas.

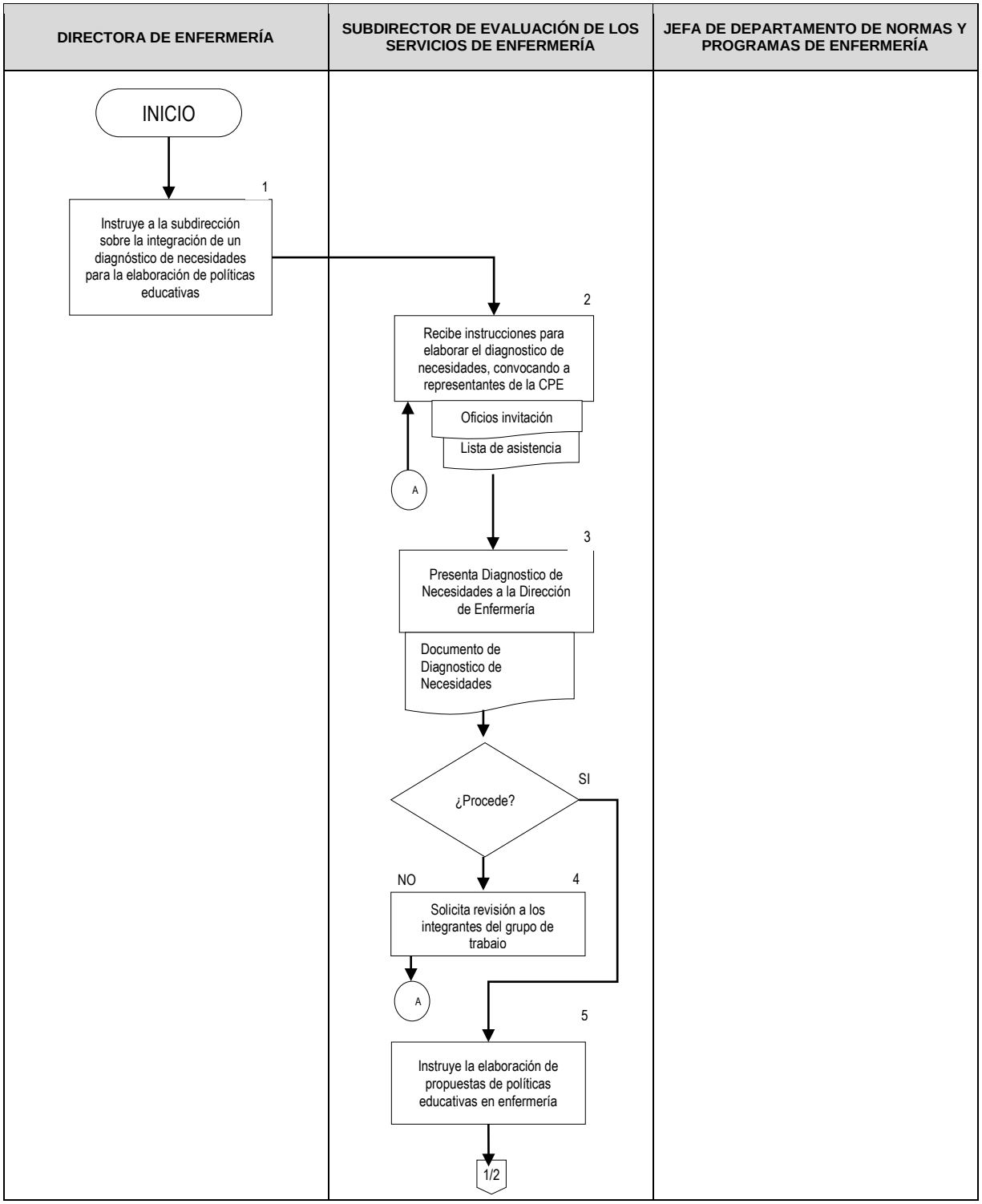
.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

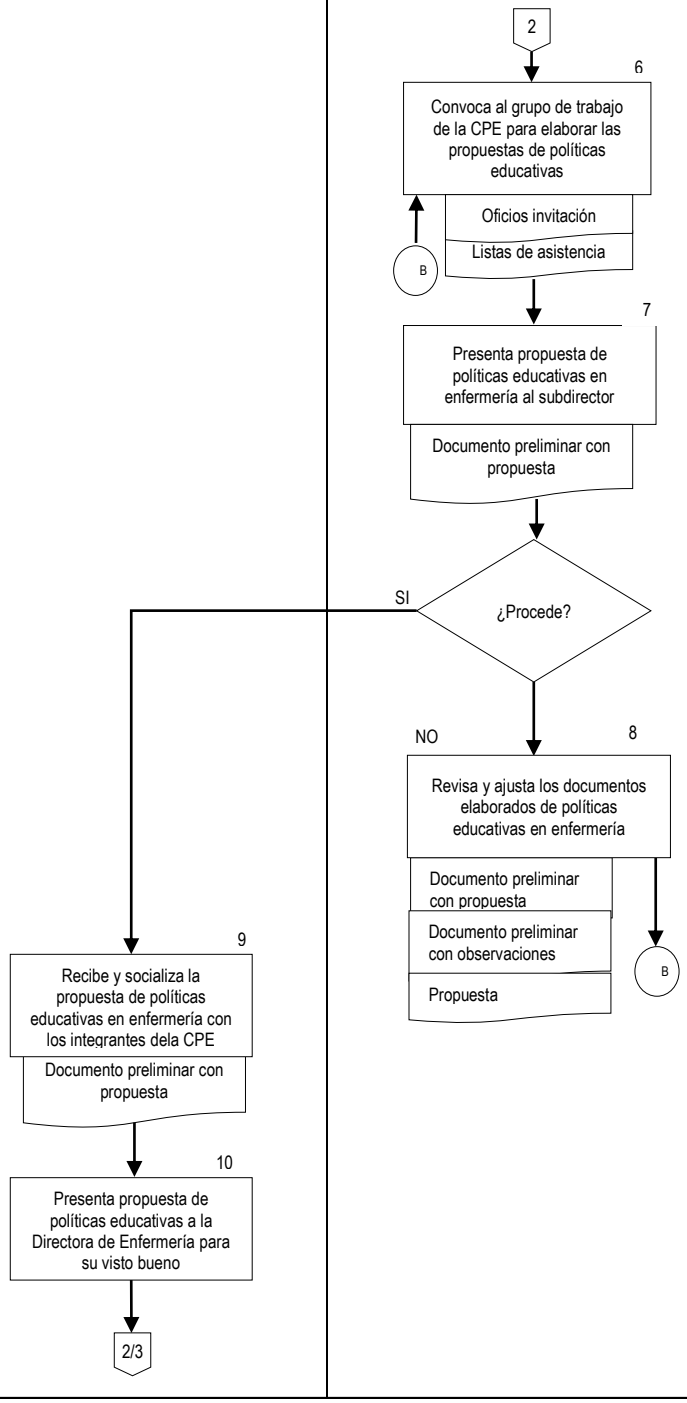
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Instruye a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería sobre la integración de un diagnóstico de necesidades para la elaboración de políticas educativas en enfermería.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	2	Recibe instrucciones para elaborar el diagnóstico de necesidades, convocando a representantes de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) y da seguimiento hasta su conclusión.	• Oficio de invitación • •Lista de asistencia • •Documento con diagnóstico de necesidades
	3	Presenta diagnóstico de necesidades a la Dirección de Enfermería y a los integrantes de la CPE ¿Procede?	
	4	No: Solicita revisión a los integrantes del grupo de trabajo del diagnóstico de necesidades para incorporar las propuestas de modificación sugeridas. Regresa a la actividad 2.	
	5	Si: Instruye la elaboración de propuestas de políticas educativas en enfermería al Departamento de Normas y Programas de Enfermería.	
Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	6	Convoca al grupo de trabajo de la CPE para elaborar las propuestas de políticas educativas para la formación del personal de enfermería y elabora documento preliminar con propuestas.	• Oficio de invitación • Lista de asistencia • a las reuniones de trabajo
	7	Presenta propuesta de políticas educativas en enfermería a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería. ¿Procede?	• Documento preliminar con propuesta
	8	No: Revisa y ajusta los documentos elaborados de políticas educativas en enfermería. Regresa a la actividad 6.	• Documento preliminar con observaciones emitidas • Propuesta

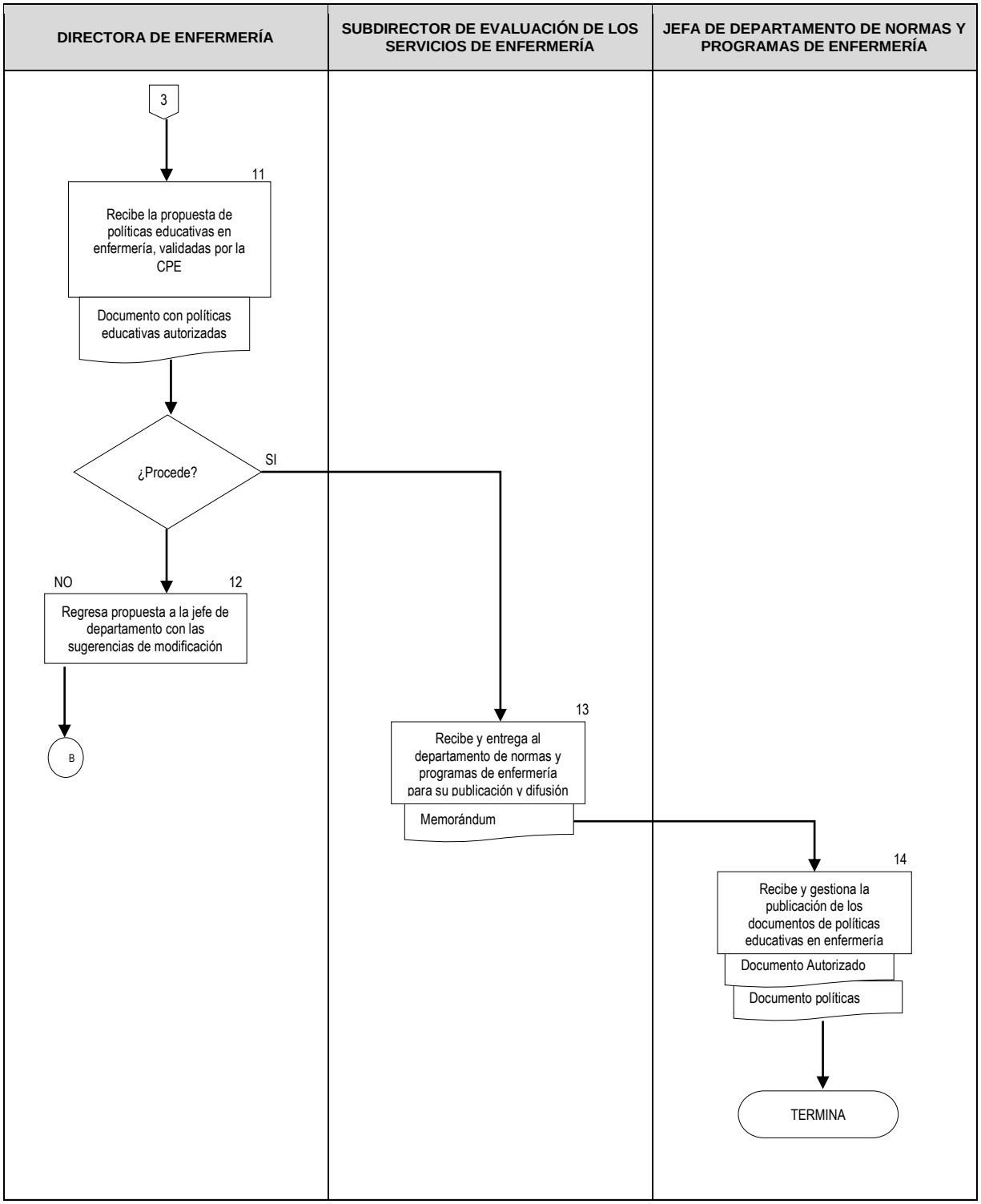
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	9	Sí: Recibe y socializa la propuesta de políticas educativas en enfermería con los integrantes de la CPE.	
	10	Presenta propuesta de políticas educativas en enfermería para visto bueno a la Dirección de Enfermería.	
Directora de Enfermería	11	Recibe la propuesta de políticas educativas en enfermería que presenta la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería validadas por la CPE ¿Procede?	• Documento con políticas educativas en enfermería autorizadas
	12	No: Regresa propuesta de políticas educativas en enfermería a la Jefe de Departamento con sugerencias de modificación.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	13	Sí: Recibe y entrega al Departamento de Normas y Programas de Enfermería las políticas educativas de enfermería autorizadas para su publicación y difusión.	• Memorándum
Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	14	Recibe y gestiona la publicación de los documentos de políticas educativas en enfermería autorizadas para su difusión en el ámbito nacional. **TERMINA**	• Documento autorizado • Documento con políticas educativas en enfermería para difusión

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA




DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
3
11
Recibe la propuesta de políticas educativas en enfermería, validadas por la CPE
Documento con políticas educativas autorizadas
¿Procede?
SI
NO
12
Regresa propuesta a la jefe de departamento con las sugerencias de modificación
B
13
Recibe y entrega al departamento de normas y programas de enfermería para su publicación y difusión
Memorándum
14
Recibe y gestiona la publicación de los documentos de políticas educativas en enfermería
Documento Autorizado
Documento políticas
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2. Ley General de Salud	N/A
6.3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5. Otra legislación aplicable	N/A
6.6. Bibliografía mínima	N/A
6.7. Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficio de solicitud	5 Años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha
7.2. Memorándums emitidos	5 Años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha
7.3. Oficio de invitación	5 años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha
7.4. Lista de asistencia	5 años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha
7.5. Acta de reunión	5 años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha
7.6. Oficio de entrega del diagnóstico de necesidades	5 años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha
7.7. Oficio de envío de políticas educativas en enfermería	5 años	Dirección de Enfermería.	Acuse de recibido con fecha

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Elaboración de políticas:** Documento resultante de la investigación técnica y jurídica sobre el tema planteado en los términos de referencia del mismo, conforme sus objetivos.

8.2. **Política:** Un conjunto de principios que señalan actividades previstas y aceptables o la orientación de una organización o gobierno. Es percibida como una relación de las consideraciones que orientarán tanto las decisiones como las acciones racionales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Oficio definición de líneas de investigación

10.1 Oficio definición de líneas de investigación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DGANGRHF- 261 -2017

Ciudad de México, a 17 de abril de 2017.

M.S.P. JOSÉ MANUEL ERNESTO MURILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN Y SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN EN RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL ESTADO DE MICHOACÁN
P R E S E N T E

En respuesta al oficio número 5009, donde informó a esta dirección, la constitución de la Comisión Estatal de Investigación en Enfermería de Michoacán y la definición de sus líneas de investigación, le solicito de la manera más atenta compartir la siguiente información:

1. Programa de trabajo.
2. El diagnostico situacional de la investigación en enfermería en el estado de Michoacán, así como sus correspondientes resultados.
3. Nombre, institución laboral y número de personal de enfermería capacitado en el Diplomado de Investigación en Salud y cuáles fueron los protocolos de investigación generados, sus resultados y si estos fueron publicados en alguna revista científica.
4. Relacionado a las líneas de investigación, comunicar los nombres del personal de enfermería la institución donde laboran, así como informar qué línea están desarrollando y los nombres de los trabajos de investigación que se han derivado de las mismas.
5. Así mismo, se realiza una cordial invitación para que los integrantes de esa Comisión de Investigación, formen parte del Grupo para la Tutoría de la Comisión Permanente de Enfermería, con el propósito de asesorar en cualquiera de las etapas del desarrollo de una investigación al personal de enfermería, como parte del fortalecimiento de la investigación en esta profesión. Por lo anterior, le solicito contactarse con la Mtra. María Alejandra Arredondo Pérez, Coordinadora Normativa de Enfermería, al correo electrónico alejandra.arredondo@salud.gob.mx, para afinar detalles al respecto.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA DIRECTORA DE ENFERMERÍA

MTRA. CLAUDIA LEIJA HERNÁNDEZ

C.c.p.- Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente.

Sección/Serie: 1S.2
CLH/MAAP/nlmm

99. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN DE PROGRAMAS TÉCNICO – NORMATIVOS

1. PROPÓSITO

1.1. Normalizar el mecanismo de implantación y difusión de nuevos programas o sistemas de gestión de los servicios de enfermería generados en la Dirección de Enfermería para su aplicación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud y como una directriz para la formación de los recursos humanos en enfermería.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: es aplicable a la Dirección de Enfermería ya que es la responsable de la implantación y difusión de nuevos programas Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería quien es responsable de realizar las gestiones para la implantación y difusión, y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería de llevar a cabo la organización de las reuniones de implantación de los nuevos programas.

2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable en instituciones del Sistema Nacional de Salud y en instituciones educativas públicas y privadas de las entidades federativas que formen, capaciten y actualicen recursos humanos en enfermería

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería (en coordinación con la Comisión Permanente de Enfermería) es responsable de la implantación y difusión de nuevos programas o sistemas de gestión de los servicios de enfermería o modificación de los mismos.

3.2 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería es responsable de realizar las gestiones para la implantación y difusión de nuevos programas ó sistemas de gestión o modificación de los mismos, así como de la normatividad generada en Dirección de Enfermería y su aplicación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

3.3 El Departamento de Normas y Programas de Enfermería es responsable de llevar a cabo la organización de las reuniones de implantación de los nuevos programas o sistemas de gestión de los servicios de enfermería, así como su difusión, además de la normatividad generada en la Dirección de Enfermería, para su aplicación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud y como directriz para la formación de los recursos humanos en enfermería.

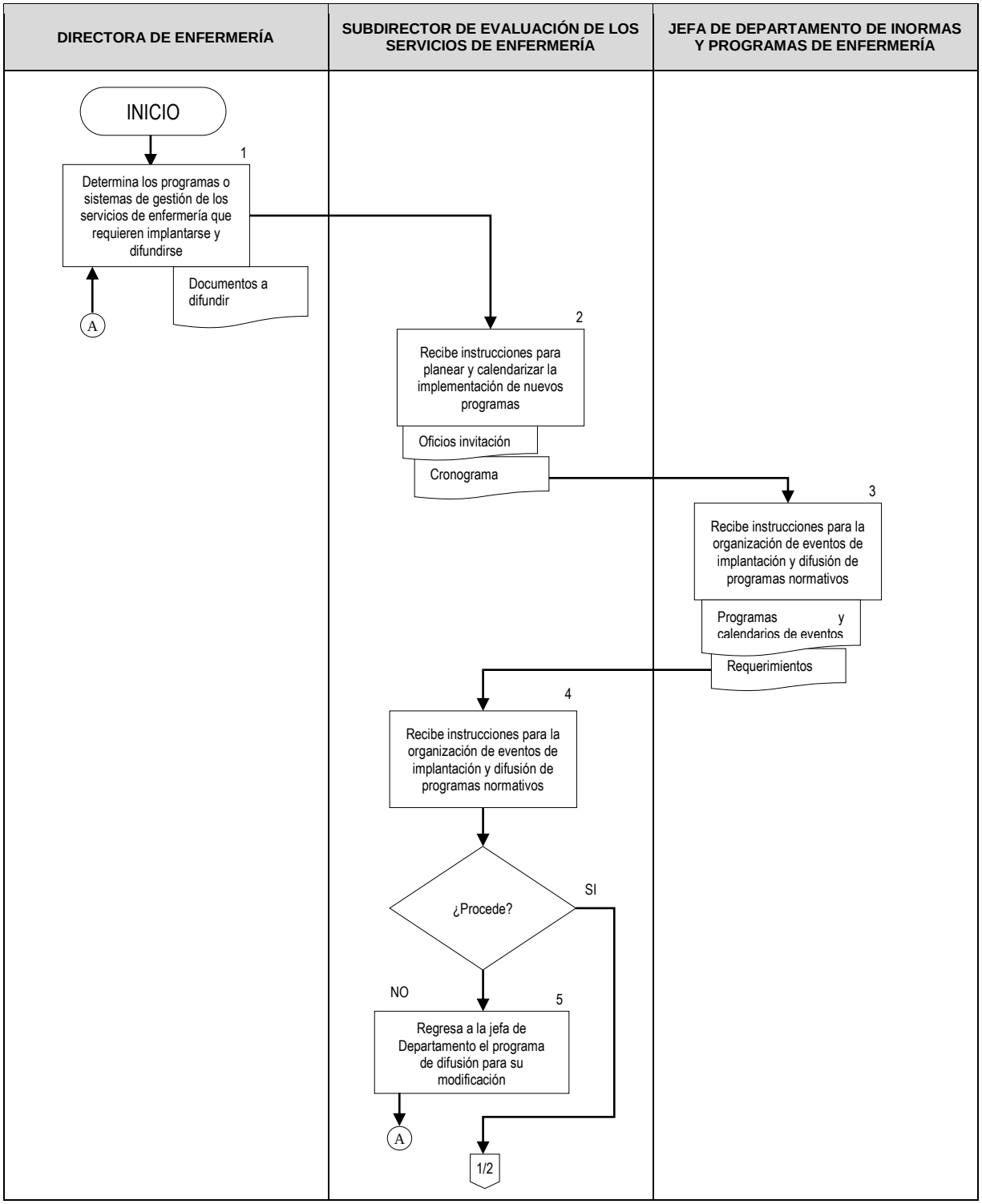
.

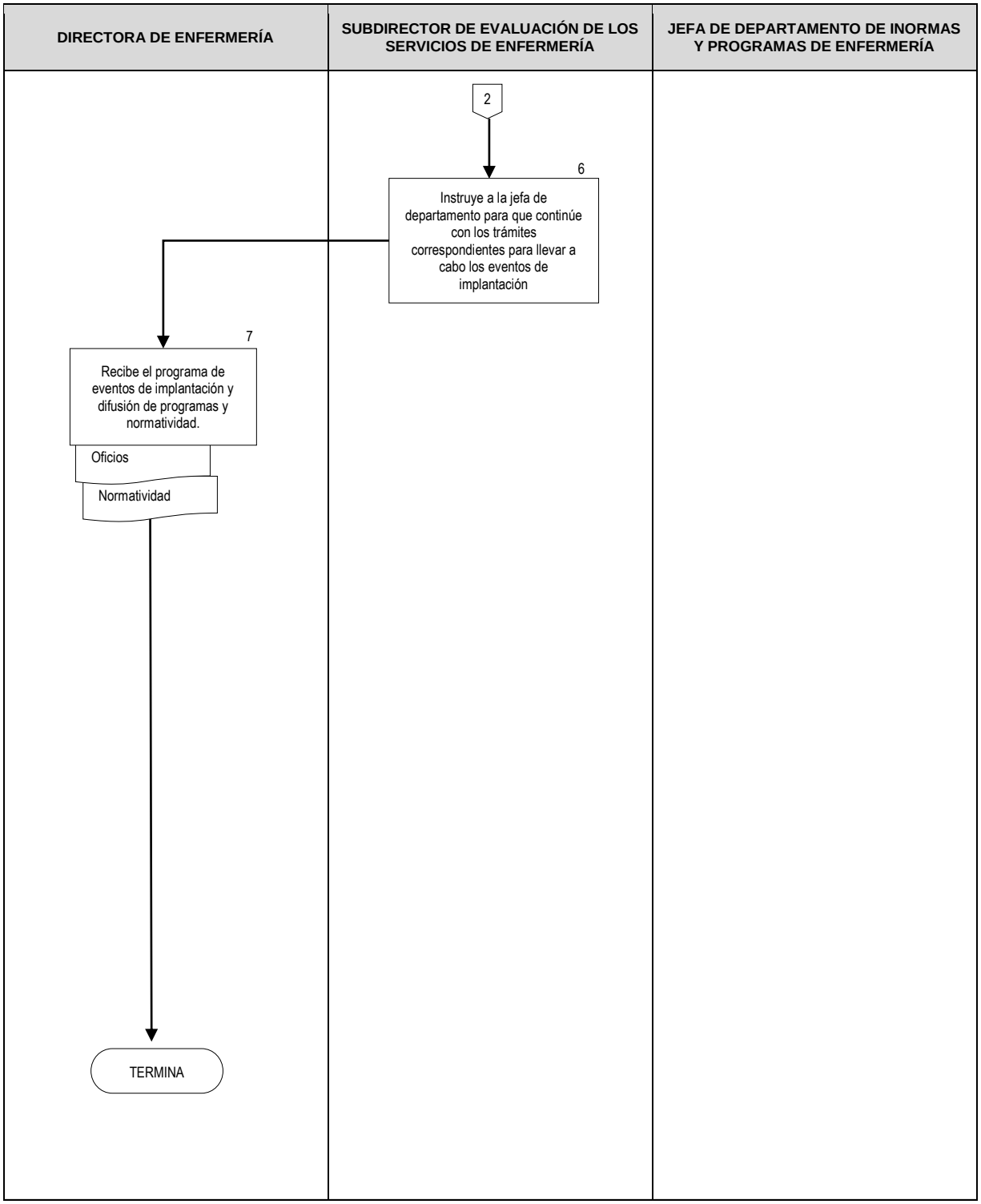
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Determina los programas o sistemas de gestión de los servicios de enfermería que requieren implantarse y difundirse para su aplicación en las instituciones de salud.	• Documentos a difundir
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	2	Recibe instrucciones para planear y calendarizar los eventos para la implantación de nuevos programas o sistemas de gestión, así como, para la difusión de la normatividad generada en la Dirección de Enfermería, a través de convocatoria a los líderes de proyectos y se coordina con representantes de las entidades federativas para definir sedes para los eventos de implantación y difusión.	• Oficio invitación • Cronograma
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería.	3	Recibe instrucciones para la organización de eventos de implantación y difusión de programas normativos o sistemas de gestión de los servicios de enfermería y de la normatividad generada para su aplicación en las instituciones de salud, de acuerdo a calendario y agenda de los eventos para determinar los requerimientos de material, equipo y recursos financieros necesarios y presenta propuesta a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	• Programas y calendario de eventos • Requerimientos
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	4 5 6	Recibe y autoriza la propuesta de programación de reuniones de implantación y difusión de programas y normatividad emitida por la Dirección de Enfermería. ¿Procede? No: Regresa al Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería el programa de implantación o difusión para su modificación. Regresa a actividad 1. Sí: Instruye al Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería para que continúe con los trámites correspondientes para llevar a cabo los eventos de implantación, seguimiento o difusión de programas y normatividad generada por la Secretaría de Salud y la Dirección de Enfermería.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	7	Recibe el programa de eventos de implantación y difusión de programas y normatividad, autoriza el proyecto de eventos para la implantación de programas normativos y difusión de la normatividad emitida, y gira instrucciones al personal secretarial para el envío de oficios de invitación, el acuerdo y la programación de eventos. **TERMINA**	• Oficios • Normatividad

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
2
6
Instruye a la jefa de departamento para que continúe con los trámites correspondientes para llevar a cabo los eventos de implantación
7
Recibe el programa de eventos de implantación y difusión de programas y normatividad.
Oficios
Normatividad
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.2. Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Procedimiento para la implantación o actualización de programas normativos dentro del área de enfermería	3 años	Dirección de Enfermería	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Programa Institucional de Capacitación.-** Es la integración anual de los programas específicos de capacitación en un documento único de la Secretaría de Salud.

8.2. **Programa Normativos.-** Es el documento formal de carácter anual, de las acciones y/o eventos de capacitación de cada una de las Unidades Administrativas del sector central de la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados, así como los Organismos Públicos Descentralizados del Gobierno Federal y de las entidades federativas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Oficio invitación presentación del protocolo de sonda vesical

10.1 Oficio invitación presentación del protocolo de sonda vesical

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-CPE-56-2017

Ciudad de México, a 3 de mayo de 2017.

DRA. ROXANA TREJO GONZÁLEZ
PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DEL
ESTUDIO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES, S.C.
P R E S E N T E

Me refiero a las Estrategias que emprende esta Dirección de Enfermería/Comisión Permanente de Enfermería a mi cargo, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Al respecto, se presentará la "Estrategia de enfermería para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, relacionadas a sonda vesical", con el propósito de estandarizar el cuidado de enfermería del paciente con sonda vesical en las instituciones del sector salud, mediante la implementación protocolizada de buenas prácticas de enfermería basadas en evidencia científica que fortalezcan la calidad y seguridad en la atención para contribuir a la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Para tal fin, se ha organizado un evento académico para la presentación y el despliegue de dicha estrategia, que tendrá verificativo el día 11 de mayo del presente año, en el horario de 08:30 a 12:00 horas en las instalaciones del Aula Magna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, ubicado en Avenida Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México.

Al respecto, tengo el gusto de enviarle una cordial invitación para que nos acompañe en dicho evento, y así mismo asista personal de enfermería de la institución, a fin de que conozcan y difundan dicha estrategia. En este sentido se han considerado 10 lugares, para lo cual será necesario que se registren en la liga electrónica **http://dgces.salud.gob.mx/enfermeria/rnesv/**, con clave de usuario **CETXG.**

Para dudas relacionadas al registro o acceso al sitio del evento, contactar a la Mtra. Jasiel Nancy Patiño Meza, al correo electrónico jasiel.patino@salud.gob.mx o al tel. (0155) 2000-3412.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL SECRETARIO TÉCNICO

MTRO. HÉCTOR OLIVERA CARRASCO

Anexo: Programa Académico.

MJNPM/arm*
Sección/Serie: 1S.2

100. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO DE LAS CARRERAS DE ENFERMERÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer directrices de evaluación de planes y programas de estudios de las carreras de enfermería a fin de emitir la Opinión Técnico Académica correspondiente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Enfermería la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería, y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería formulan los lineamientos aplicables al proceso de evaluación para la emisión de la opinión técnico académica respecto de los planes y programas de estudios de enfermería.

2.2 A nivel externo: los Subcomités de Enfermería de los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud utilizan los lineamientos para el proceso de evaluación de planes y programas de estudios de enfermería.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Secretaría de Salud ejerce la atribución concedida en el artículo 91 de la Ley General de Salud, a través de la DGCES y de la Dirección de Enfermería (con el apoyo de la Comisión Permanente de Enfermería) para emitir los lineamientos aplicables al proceso de evaluación para la emisión de la opinión técnico académica respecto de los planes y programas de estudios de enfermería.

3.2 La DGCES, a través de su Dirección de Enfermería es la instancia responsable de emitir la opinión técnico-académica de las carreras de enfermería a solicitud de la autoridad educativa.

3.3 La evaluación de planes y programas de estudio de las carreras de enfermería se ajustan a la aplicación de la guía emitida por la DGCES (con el apoyo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud) que para este fin se haya definido.

3.4 La Dirección de Enfermería sólo evalúa los planes y programas de las carreras de enfermería enviadas por las autoridades de la Secretaría de Educación Pública o a través de los Servicios Estatales de Salud.

3.5 La Dirección de Enfermería emite opinión técnico académica favorable únicamente a los planes y programas de estudio de las carreras de enfermería, que cumplan con el 100% de los criterios de la guía para la evaluación del diseño curricular.

3.6 La Dirección de Enfermería emite opinión técnico académica favorable con vigencia de 5 años a partir de la fecha de su emisión.

3.7 La Dirección de Enfermería determina las estrategias para verificar que la evaluación de los planes y programas estudio de las carreras de enfermería que se realice en las entidades federativas se ajuste al procedimiento establecido.

3.8 La Dirección de Enfermería emite opinión técnico académica favorable, a las instituciones educativas que presenten el certificado de acreditación vigente de sus planes y programas de estudio de enfermería.

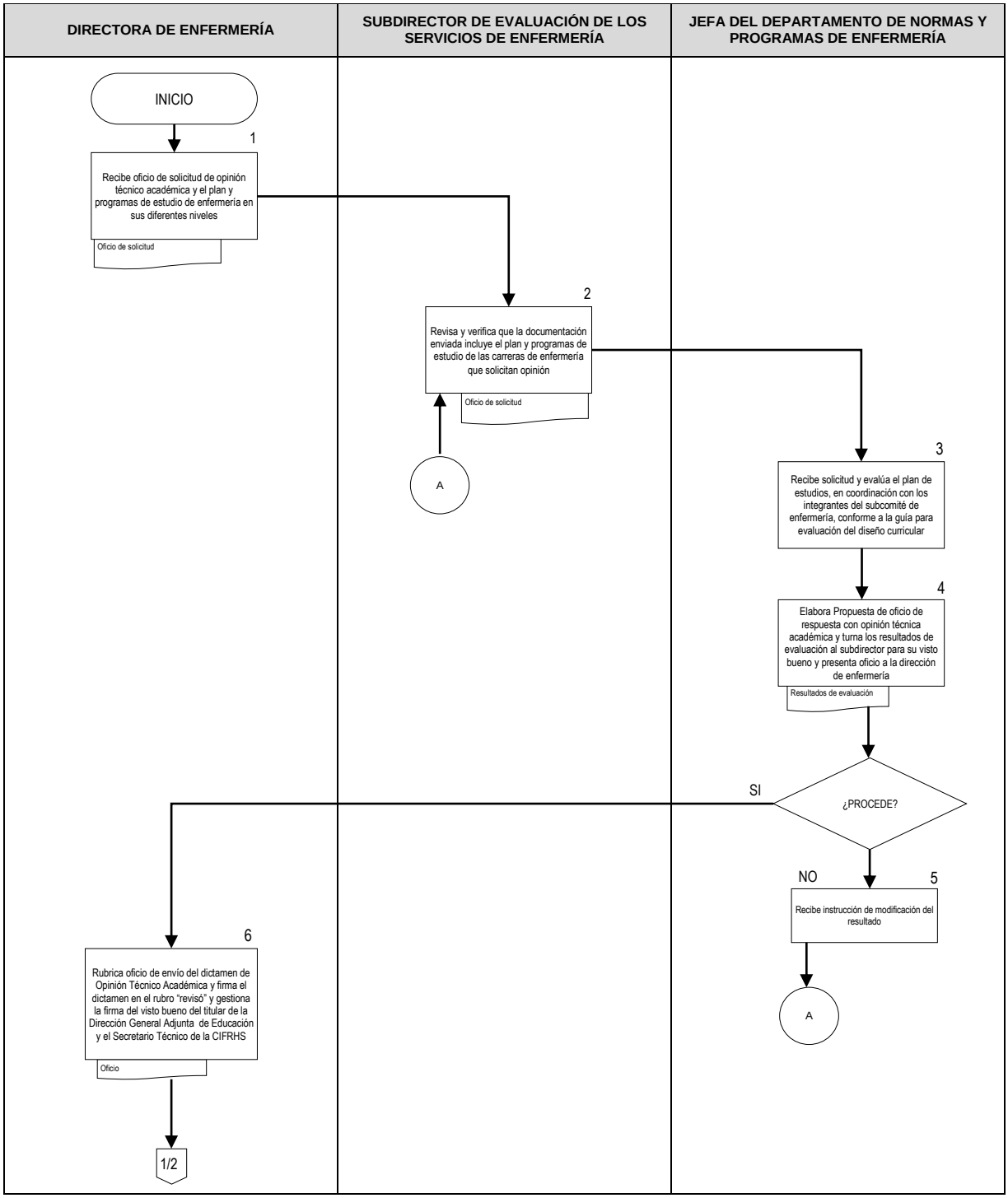
3.9 La Dirección de Enfermería, sólo autoriza la utilización de campos clínicos para prácticas clínicas de pregrado y posgrado y para servicio social a las instituciones educativas incluidas en el Catálogo de Escuelas Incorporadas al Programa Nacional de Servicio Social de Enfermería.

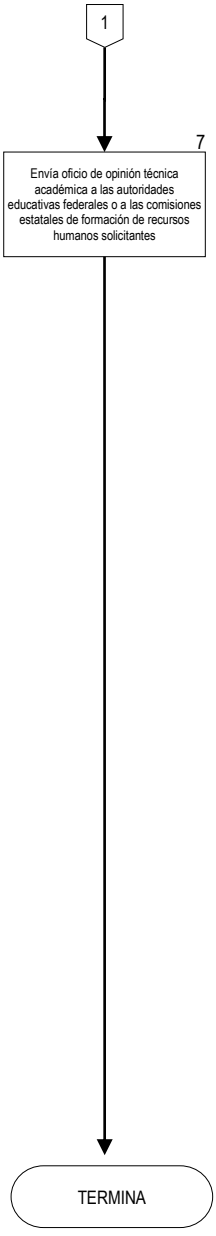
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Recibe oficio de solicitud de opinión técnico académica y el plan y programas de estudio de enfermería en sus diferentes niveles de formación y turna a la Subdirección de Enfermería la solicitud y la documentación presentada para su evaluación.	▪ Oficio de solicitud
Subdirector de Evaluación los Servicios de Enfermería	2	Revisa y verifica que la documentación enviada incluya el plan y programas de estudio de las carreras de enfermería que solicitan opinión, e identifica motivo de la solicitud y delega al Departamento de Normas y Programa de Enfermería para la evaluación del plan de estudios.	▪ Oficio de solicitud
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería.	3	Recibe solicitud y evalúa el plan de estudios, en coordinación con los integrantes del Subcomité de Enfermería, conforme a la Guía para la Evaluación del Diseño Curricular y elabora informe con el resultado de la evaluación: Favorable o No Favorable.	
	4	Elabora propuesta de oficio de respuesta con opinión técnico académica y turna los resultados de la evaluación a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para su visto bueno. ¿Procede?	▪ Resultados de la Evaluación
	5	No: Recibe instrucción de modificación del dictamen. Regresa a la actividad 2	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	6	Si: Rubrica oficio de envío del dictamen de Opinión Técnico Académica y firma el dictamen en el rubro de "Revisó" y gestiona la firma de visto bueno del Titular de la Dirección General Adjunta de Educación y del Secretario Técnico de la CIFRHS	▪ Oficio
	7	Envía oficio de Opinión Técnico Académica a las autoridades educativas federales o a las Comisiones Estatales de Formación de Recursos Humanos solicitantes. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFA DE DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.2. Reglamento Interior de la secretaría de Salud	N/A
6.3. Acuerdo de Creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A
6.4. Reglamento de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A
6.5. Acuerdos de la SEP para otorgar el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios	N/A
6.6. Guía para la evaluación del diseño curricular de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Directorio y correo electrónico de integrantes del Subcomité de Enfermería	5 años	Dirección de Enfermería	Documento
7.2. Oficios de solicitud de Opinión Técnico Académica	5 años	Dirección de Enfermería	Número de oficio
7.3. Criterios disciplinares	N/A	Dirección de Enfermería	Documento
7.4. Expedientes de instituciones educativas	1 año	Dirección de Enfermería	Expediente
7.5. Control de planes de estudio evaluados	1 año	Dirección de Enfermería	Expediente de control
7.6. Oficios de Opinión Técnico Académica	5 años	Dirección de Enfermería	Oficio
7.7. Acta de instalación del Subcomité de Enfermería	5 años	Dirección de Enfermería	Acta

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.8. Correos electrónicos de convocatoria	1 año	Dirección de Enfermería	Impreso de envío

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actualización de Instrumento:** Modificación de un documento de evaluación existente.

8.2 **Ajustes:** Adaptación o cambios que sufren los instrumentos de evaluación.

8.3 **Asesoría:** Actividades que van encaminadas a orientar, aconsejar, definir y demostrar cómo se debe evaluar un plan de estudios y los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos que se deben tomar en cuenta para dicha actividad las instancias y capital humano expertos en el tema.

8.4 **Bibliografía:** Descripción de libros, sus ediciones, conjunto de títulos de obras que tratan de un asunto relacionado con los instrumentos a elaborar.

8.5 **Diagnóstico:** Determinación de las necesidades de capacitación y asesoría con fundamentos técnicos y metodológicos para la difusión del procedimiento para la evaluación de planes y programas de estudio.

8.6 **Directorio:** Listado de integrantes del Subcomité de Enfermería, que contiene información sobre la dependencia de origen, nombre, ubicación, cargo, teléfono, correo electrónico, observaciones, actualizado y completo, el cual puede ser impreso y/o computarizado.

8.7 **Expediente:** Conjunto de documentos integrados por la información obtenida y que se utiliza para la elaboración de instrumentos normativos.

8.8 **Institución:** Establecimiento de educación o salud, ya sea público, privado o social, relacionado con los instrumentos normativos a elaborar.

8.9 **Observaciones:** Comentarios que de manera oficial y por escrito respecto del cumplimiento de los elementos para la evaluación de planes de estudio.

8.10 **Opinión Técnico Académica:** resultado de la evaluación de planes y programas de estudio, cuando se cumple con todos los elementos de la Guía de Evaluación se emite una opinión favorable, si faltan elementos se notifica mediante oficio las observaciones mismas que deben ser atendidas por la institución educativa.

8.11 **Subcomité de Enfermería:** Servidores Públicos y personal designado por las instituciones y unidades externas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que participan en la evaluación de planes y programas de estudio de enfermería.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Oficio para la emisión de Opinión Técnica Académica

10.1 Oficio para la emisión de Opinión Técnica Académica

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DGANGRHF- 236 -2017

Ciudad de México, a 4 de abril de 2017.

LIC. LIZDAH IVETTE GARCÍA RODRÍGUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD Y SECRETARIA TÉCNICA DEL COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN, CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E

En respuesta al oficio DGAIR/DIPES/SR/01232/17, con base en los acuerdos sostenidos en el IV Seminario de Educación en Salud, celebrado en el Distrito Federal, en el mes de marzo del año 2013, relativo a descentralizar el procedimiento de Opinión Técnico Académica (OTA), para el otorgamiento del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) de tipo superior, por parte de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y toda vez, que el RVOE se otorga domiciliado en la entidad federativa donde se desarrollará la actividad académica, envío a usted **un paquete** que contiene un disco compacto y el plan y programas de estudio de la Licenciatura en Enfermería, modalidad escolar, de la Sociedad Civil, Colegio de Estudios Superiores Vanguardia Nacional, que se impartiría en el domicilio ubicado en Vía Morelos número 234, Colonia Santa María Tulpetlac, C.P. 54769, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Para hacer del conocimiento de esta unidad administrativa, le solicito enviar oficio con el resultado de la OTA y adjuntar la Guía de los Criterios Esenciales de Enfermería requisitados, con las firmas autógrafas de los evaluadores, así como, el acta de la sesión del Comité Estatal Interinstitucional, en la que se presentó el dictamen, **antes del 12 de mayo del año en curso**, para generar la respuesta correspondiente a la Dirección de Instituciones Particulares de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública.

Homero N° 213, Piso 13, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México
Tel. (55) 2000 3410 | 2000 3532 | www.gob.mx/salud | www.salud.gob.mx/unidades/cie

101. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer lineamientos del diseño de modelos de atención de enfermería que contribuyan a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de enfermería en las instituciones de Sistema Nacional de Salud (SNS).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) es la es la responsable de elaborar los documentos normativos, la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería tiene la responsabilidad de proponer la elaboración de Modelos de Atención de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería es responsable de elaborar, actualizar y difundir oficialmente el Modelo de Atención de Enfermería

2.2 A nivel externo: las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud aplican los documentos normativos que emite la Dirección de Enfermería y orienta a las instituciones educativas sobre la formación de recursos humanos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la responsable de elaborar los documentos normativos los cuales deberán estar alineados al Programa Nacional de Salud.

3.2 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud, facultada para emitir documentos rectores para la operación y funcionamiento de los servicios de enfermería.

3.3 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería tiene la responsabilidad de proponer la elaboración de Modelos de Atención de Enfermería, basada en las necesidades y programas prioritarios de Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo.

3.4 El Departamento de Normas y Programas de Enfermería es responsable de elaborar, actualizar y difundir oficialmente el Modelo de Atención de Enfermería, a los responsables del Sistema Nacional de Salud y el Sistema Educativo.

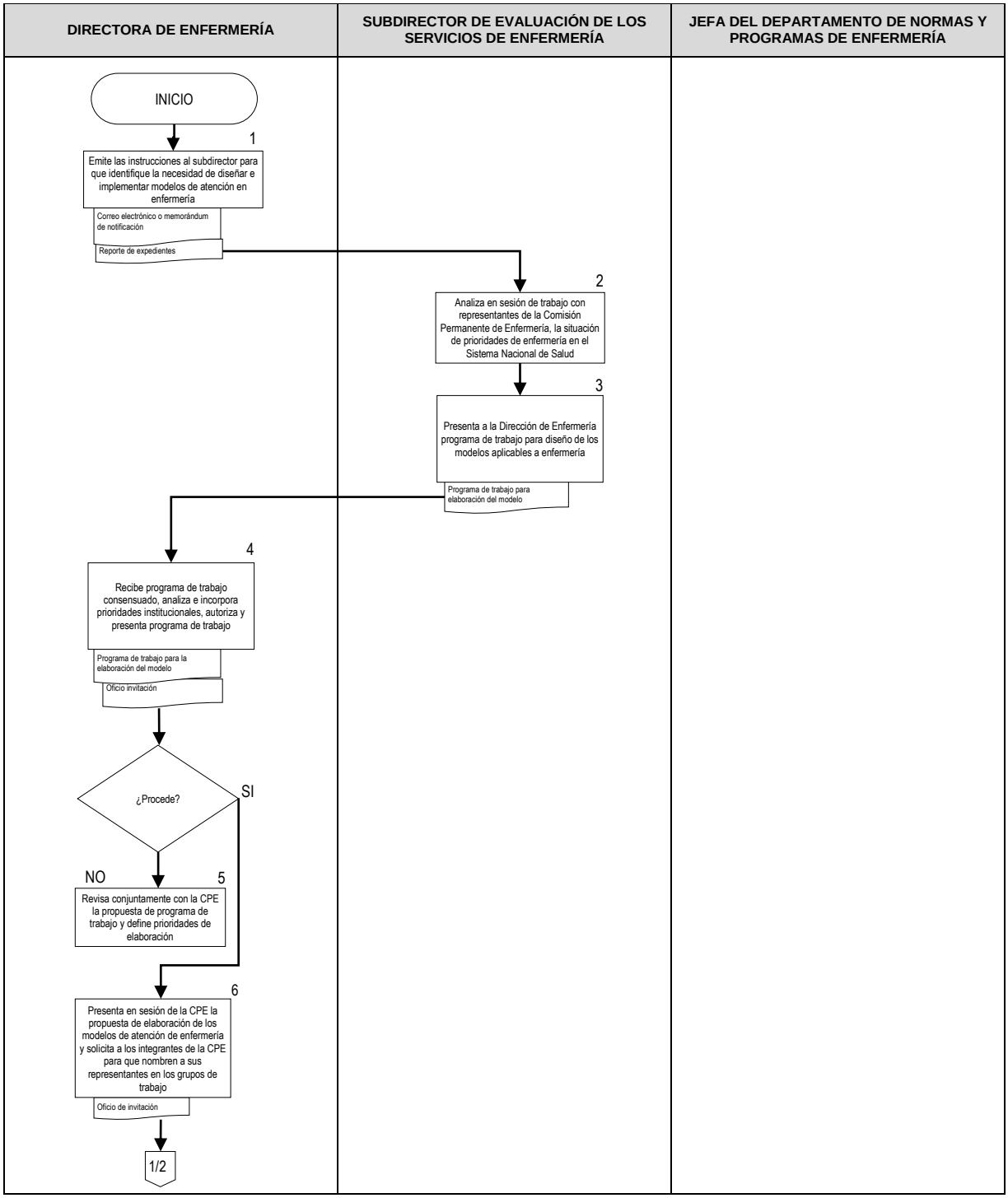
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

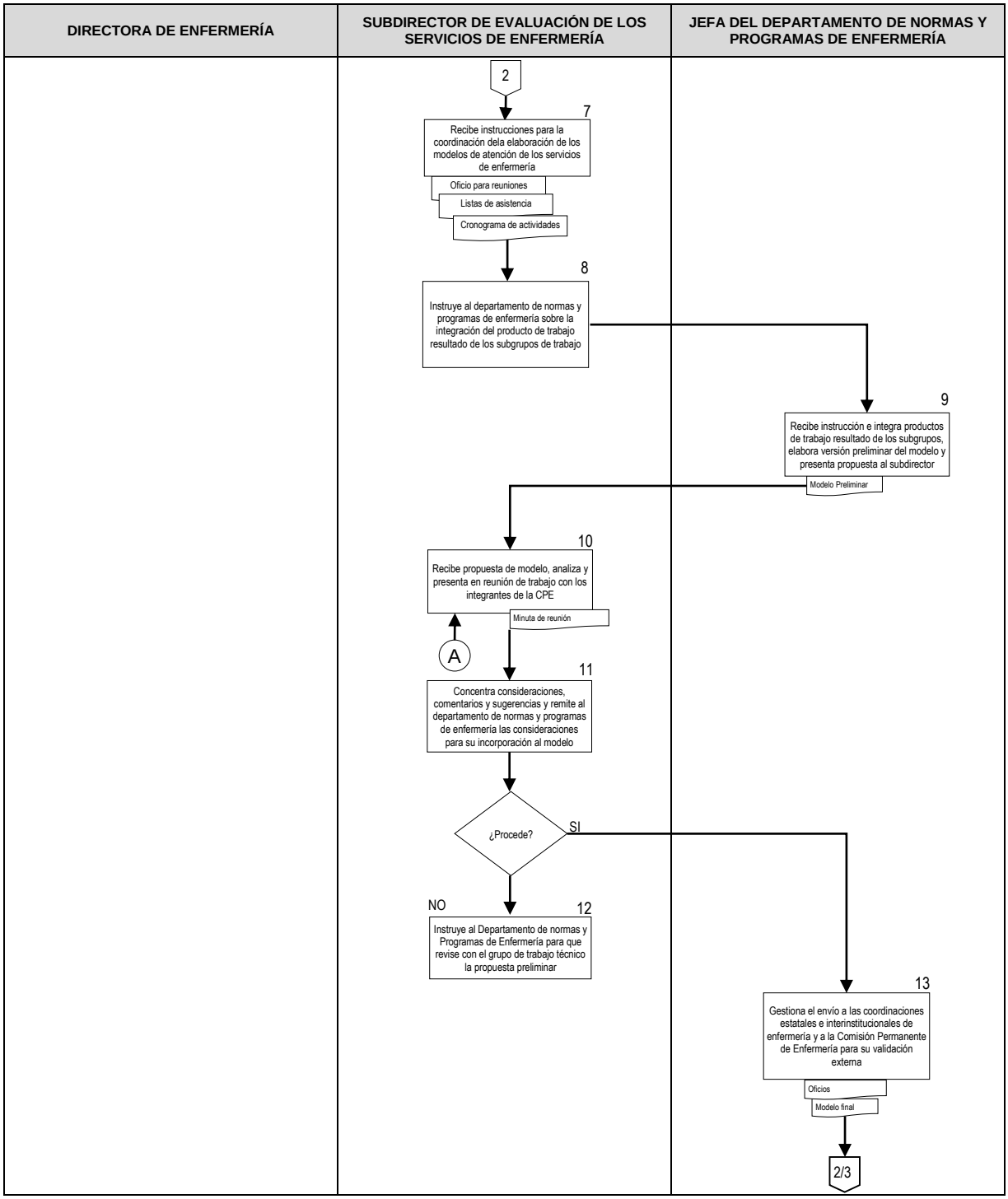
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Emite las instrucciones a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para que identifique la necesidad de diseñar e implementar modelos de atención en enfermería.	▪ Correo electrónico o memorándum de notificación ▪ Reporte de expedientes
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	2	Analiza en sesión de trabajo con representantes de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), la situación de prioridades de enfermería en el Sistema Nacional de Salud para definir la elaboración de los modelo de atención de los servicios de enfermería.	
	3	Presenta a la Dirección de Enfermería programa de trabajo para diseño de los modelos aplicables a enfermería.	▪ Programa de trabajo para elaboración del modelo
Directora de Enfermería	4	Recibe programa de trabajo consensuado, analiza e incorpora prioridades institucionales, autoriza y presenta programa de trabajo ante las autoridades correspondientes. ¿Procede?	▪ Programa de trabajo para la elaboración del modelo ▪ Oficio invitación
	5	No: Revisa conjuntamente con la CPE la propuesta de programa de trabajo y define prioridades de elaboración del modelo de atención de los servicios de enfermería.	
	6	Sí: Presenta en sesión de la CPE la propuesta de elaboración de los modelos de atención de enfermería y solicita los integrantes de la Comisión para que nombren a sus representantes en los grupos de trabajo y delega en la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería la coordinación de los proyectos.	

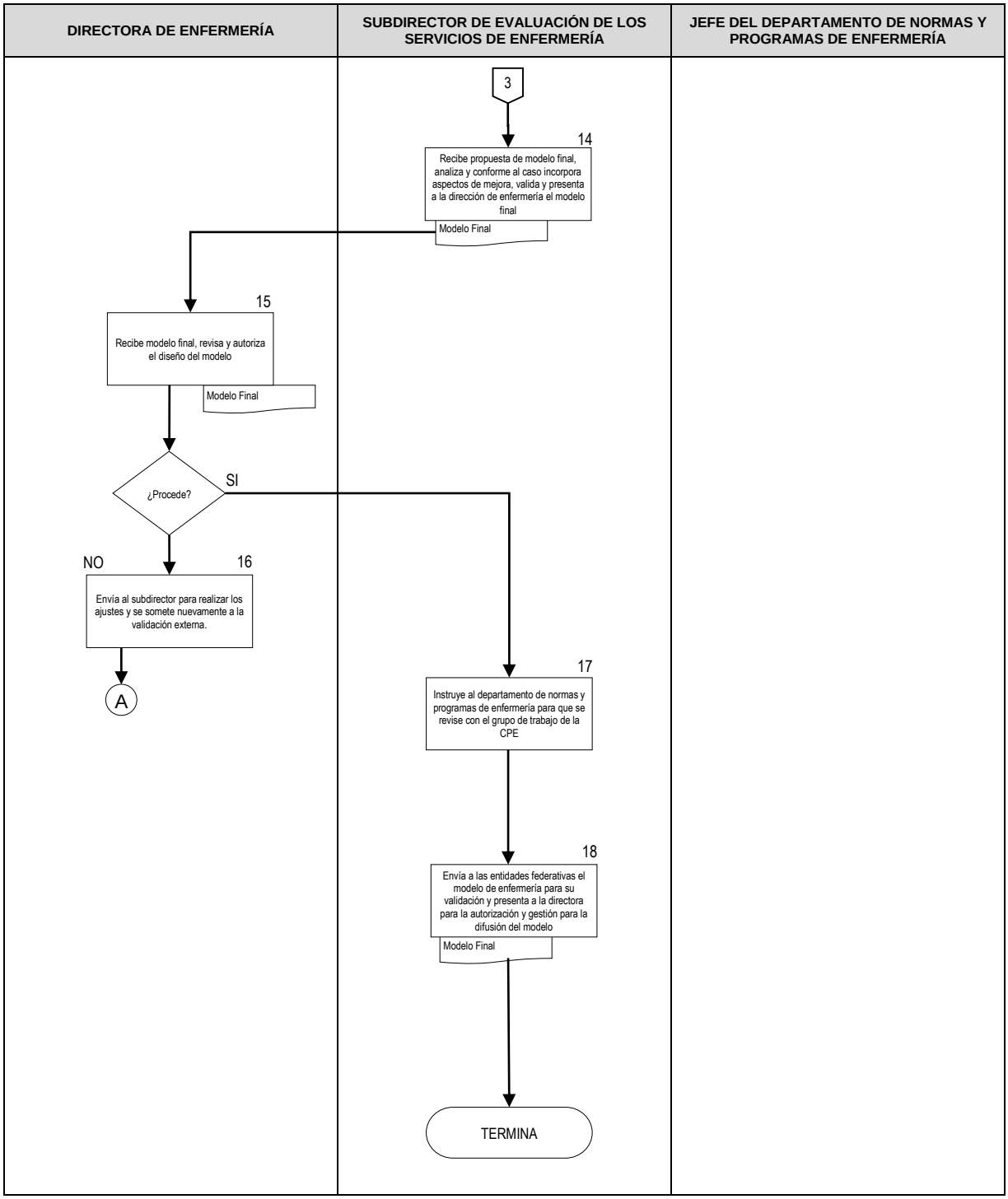
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	7	Recibe instrucciones para la coordinación de la elaboración de los modelo de atención de los servicios de enfermería, instruye al Departamento de Normas y Programas de Enfermería sobre su participación en las reuniones con el grupo de trabajo técnico para desarrollar los puntos contenidos en el modelo.	▪ Oficio de reuniones ▪ Listas de asistencia ▪ Cronograma de actividades
	8	Instruye al Departamento de Normas y Programas de Enfermería sobre la integración del producto de trabajo resultado de los subgrupos.	
Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	9	Recibe instrucción e integra productos de trabajo resultado de los subgrupos, elabora versión preliminar del modelo y presenta propuesta a la Subdirección de los Servicios de Enfermería para su validación.	▪ Modelo preliminar
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	10	Recibe la propuesta de modelo, analiza y presenta en reunión de trabajo con los integrantes de la CPE el modelo preliminar para su validación interna.	▪ Minuta de reunión
	11	Concentra consideraciones, comentarios y sugerencias y remite al Departamento de Normas y Programas de Enfermería, las consideraciones para su incorporación al modelo ¿Procede?	
	12	No: Instruye a la Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería para que revise con el grupo de trabajo técnico la propuesta preliminar del modelo.	
Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	13	Sí: Gestiona el envío a las Coordinadoras Estatales e Interinstitucionales de Enfermería y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta especialidad para su validación externa, recibe, ajusta y presenta a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería el modelo final para su visto bueno y presentación a la Dirección de Enfermería.	▪ Oficios ▪ Modelo final

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	14	Recibe propuesta de modelo final, analiza y conforme al caso incorpora aspectos de mejora, valida y presenta a la Dirección de Enfermería el modelo final de atención de enfermería para su autorización.	▪ Modelo final
Directora de Enfermería	15 16	Recibe modelo final, revisa y autoriza el diseño del modelo de atención de enfermería definitivo. ¿Procede? No: Envía al subdirector para realizar los ajustes y se somete nuevamente a la validación externa. Se regresa a actividad 10.	▪ Modelo final
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	17 18	Instruye al Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería para que se revise con el grupo de trabajo técnico de la CPE y se hagan los ajustes para la segunda ronda de validación externa. Envía a las entidades federativas la nueva propuesta de modelo de atención de enfermería para su validación y presenta a la Dirección de Enfermería para su autorización y gestión ante las autoridades de la Secretaría de Salud la difusión del modelo. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Modelo final Autorizado

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
2
7
Recibe instrucciones para la coordinación dela elaboración de los modelos de atención de los servicios de enfermería
Oficio para reuniones
Listas de asistencia
Cronograma de actividades
8
Instruye al departamento de normas y programas de enfermería sobre la integración del producto de trabajo resultado de los subgrupos de trabajo
9
Recibe instrucción e integra productos de trabajo resultado de los subgrupos, elabora versión preliminar del modelo y presenta propuesta al subdirector
Modelo Preliminar
10
Recibe propuesta de modelo, analiza y presenta en reunión de trabajo con los integrantes de la CPE
Minuta de reunión
A
11
Concentra consideraciones, comentarios y sugerencias y remite al departamento de normas y programas de enfermería las consideraciones para su incorporación al modelo
¿Procede?
SI
NO
12
Instruye al Departamento de normas y Programas de Enfermería para que revise con el grupo de trabajo técnico la propuesta preliminar
13
Gestiona el envío a las coordinaciones estatales e interinstitucionales de enfermería y a la Comisión Permanente de Enfermería para su validación externa
Oficios
Modelo final
2/3


DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
3
14
Recibe propuesta de modelo final, analiza y conforme al caso incorpora aspectos de mejora, valida y presenta a la dirección de enfermería el modelo final
Modelo Final
15
Recibe modelo final, revisa y autoriza el diseño del modelo
Modelo Final
¿Procede?
SI
NO
16
Envía al subdirector para realizar los ajustes y se somete nuevamente a la validación externa.
A
17
Instruye al departamento de normas y programas de enfermería para que se revise con el grupo de trabajo de la CPE
18
Envía a las entidades federativas el modelo de enfermería para su validación y presenta a la directora para la autorización y gestión para la difusión del modelo
Modelo Final
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Programa Sectorial de Salud 2013-2018	N/A
6.2. Programa de Sistema Integral de Calidad en Salud	N/A
6.3. Lineamientos y políticas de educación en salud	N/A
6.4. Lineamientos y/o instrumentos normativos vigentes para la formación, capacitación y educación permanente del personal en salud	N/A
6.5. Información en educación en salud nacional e internacional	N/A
6.6. Nuevas Tecnologías en Educación en Salud	N/A
6.7. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.8. Modelo para el desarrollo de los procesos educativos del personal de salud en la Secretaría de Salud	N/A
6.9. Directorio de integrantes de expertos	N/A
6.10. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.11. Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A
6.12. Manual de organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.13. Guía Técnica para elaborar Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Anteproyecto, del Modelo de Atención en Enfermería	5 años	Subdirección de evaluación de los servicios de enfermería	Documento
7.2. Oficios Invitación	5 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento
7.3. Cronograma de Actividades	5 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento.
7.4. Lista de participantes y asistentes	5 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento
7.5. Actas	5 años	Departamento de Normas y Programas de Enfermería	Documento

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.6. Instrumento técnico terminado	5 años	Subdirección de evaluación de los servicios de enfermería	Documentos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Equipo de Trabajo:** Grupo de personas que suma esfuerzos, conocimientos, habilidades, para alcanzar objetivos en común. Estructura básica que permite la máxima interacción de sus miembros para realizar tareas con el propósito de cumplir objetivos establecidos.

8.2 **Modelo de Atención de Enfermería:** Instrumento administrativo práctico, que sirve de guía a las instituciones a establecer un conjunto de criterios para fomentar la auto-evaluación, competitividad, calidad y excelencia organizacional, con el fin de facilitar la mejora en sistemas de gestión, en los procesos y en los resultados, fomentar la comunicación y el intercambio, bajo un lenguaje común que permita generar sinergia en los grupos de trabajo para propiciar calidad de la atención y promover una cultura basada en la mejora continua.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Oficio de conformación de grupo de expertos
10.2 Modelo de enfermería autorizado y publicado

10.1 Oficio de conformación de grupo de expertos

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-DGANGRHF-472-2017

Ciudad de México, a 14 de julio de 2017

MTRA. SANDRA SONALÍ OLVERA ARREOLA
DIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
PRESENTE

Con el fin de dar continuidad al trabajo para la elaboración del programa de capacitación para la prescripción de medicamentos, el cual es desarrollado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) a través de la Dirección de Enfermería y en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) me permito informarle que ya contamos con la versión final, la cual tiene que ser validada por el grupo de expertos.

Por lo que solicito otorgue las facilidades necesarias para que el **Lic. Noé Sánchez Cisneros,** asista a la reunión de expertos, el día 17 y 18 de julio del presente año, con un horario de 10:00 a 17:00 horas, en las instalaciones de la DGCES, en la sala de juntas de la Dirección de Enfermería, ubicada en Homero 213 piso 13, Col. Chapultepec Morales.

Reconocido por su atención y segura de su apoyo, le reitero mi más amplia y distinguida consideración.

ATENTAMENTE
LA DIRECTORA DE ENFERMERÍA

MTRA. CLAUDIA LEIJA HERNÁNDEZ

Sección/Serie: 1S.2
KECG/arm*

Homero N° 213, Piso 13, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel: (55) 2000 3410 | 2000 3532 | www.calidad.salud.gob.mx | www.salud.gob.mx/unidades/cie

10.2 Modelo de enfermería autorizado y publicado

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA



PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES POR ENFERMERÍA

102. PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Facilita el proceso de monitoreo de los indicadores de calidad de los servicios de enfermería, fomentando el registro de la información al sistema INDICAS de manera consistente y completa, para hacer de la información un instrumento de apoyo en la toma de decisiones y la mejora de los servicios de salud y seguridad de los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Enfermería establece los lineamientos para el desarrollo de iniciativas de mejora de los servicios de enfermería, la Subdirección de Evaluación de los servicios de Enfermería difunde los instrumentos normativos actualizados y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería actualiza los instrumentos normativos que regulen la prestación de los servicios de enfermería y formación profesional.

2.2 A nivel externo: las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud utilizan los lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social emitidos por la Dirección de Enfermería.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establece la política nacional en materia de calidad, así como las normas, lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social así como promover y supervisar su cumplimiento.

3.2 La Dirección de Enfermería en coordinación con la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería establecen los lineamientos para el desarrollo de iniciativas de mejora de los servicios de enfermería.

3.3 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería difunde los instrumentos normativos actualizados, en materia de regulación de los servicios de atención enfermería y guías de operación para el monitoreo de la calidad de los servicios de enfermería.

3.4 El Departamento de Normas y Programas de Enfermería actualiza los instrumentos normativos que regulen la prestación de los servicios de enfermería y formación profesional de acuerdo con las indicaciones de la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

3.5 La Dirección de Enfermería y Subdirección de Evaluación de Enfermería determinan las estrategias para la difusión de los documentos conceptuales a nivel estatal, interinstitucional e intersectorial y la comunicación con las instancias correspondientes para dar seguimiento al programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

3.6 La Dirección de Enfermería se coordina con las áreas responsables del Sistema INDICAS, a fin de mantener el nivel de funcionalidad del sistema.

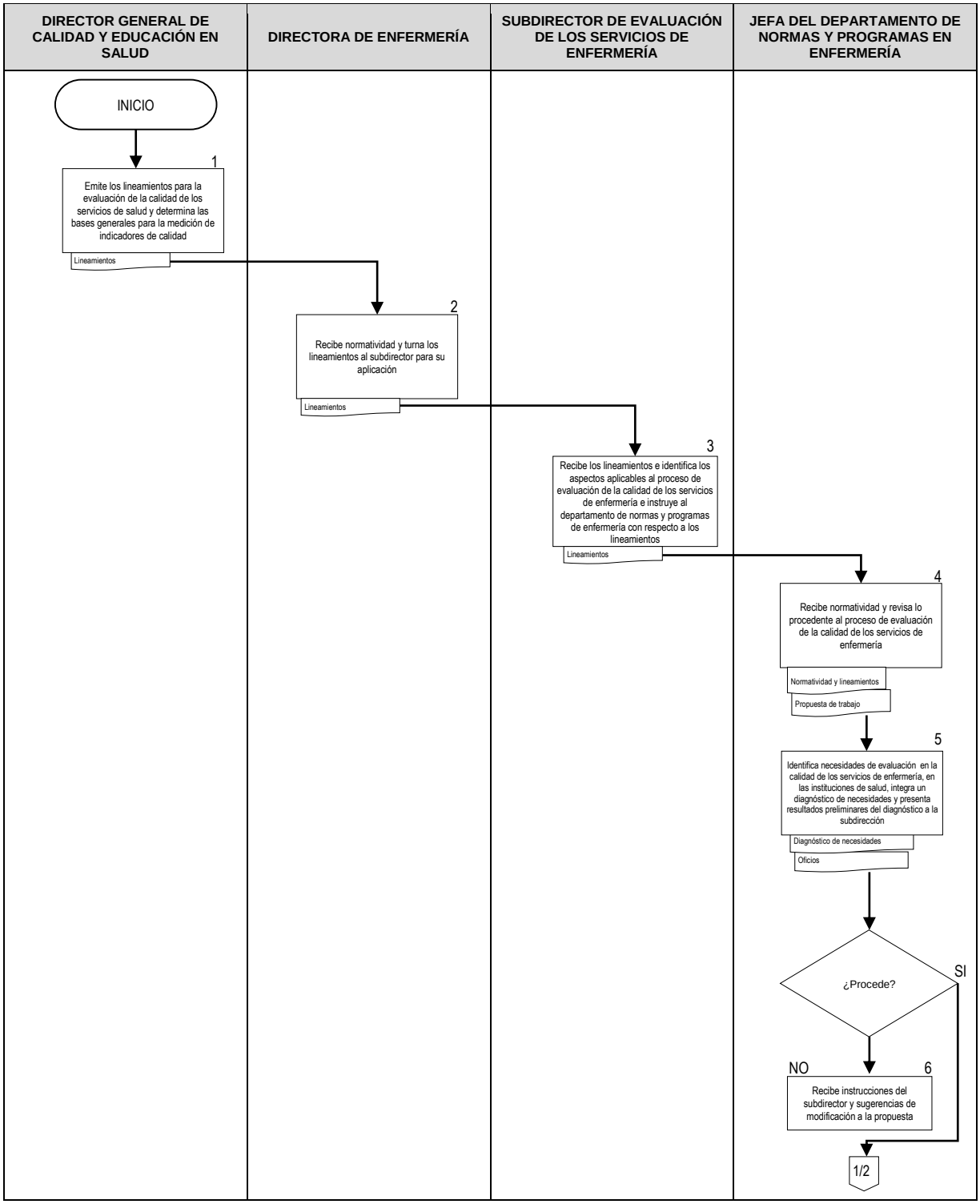
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

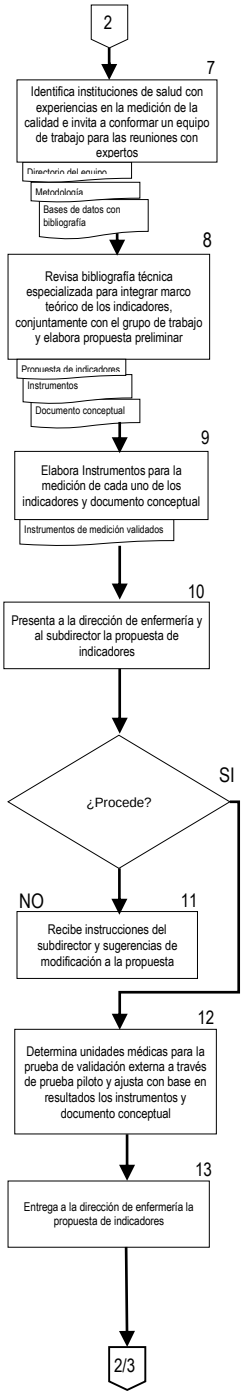
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Emite lineamientos para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y determina las bases generales para la medición de indicadores de calidad de los servicios de salud.	▪ Lineamientos
Directora de Enfermería	2	Recibe normatividad y turna los lineamientos a la Subdirección de Enfermería para su aplicación.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	3	Recibe los lineamientos e identifica los aspectos aplicables al proceso de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería e instruye al Departamento de Normas y Programas de Enfermería con respecto a lineamientos.	▪ Lineamientos
Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería.	4 5 6 7 8	Recibe normatividad y revisa lo procedente al proceso de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Identifica necesidades de evaluación en la calidad de los servicios de enfermería, en las instituciones de salud, integra un diagnóstico de necesidades y presenta resultados preliminares del diagnóstico a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y elabora propuesta de trabajo con base en el modelo para el monitoreo y determina los indicadores a elaborar. ¿Procede? No: Recibe instrucciones y sugerencias de modificación a la propuesta. Si: Identifica instituciones de salud con experiencias en la medición de la calidad e invita a conforma un equipo de trabajo, diseña la metodología de trabajo para las reuniones con expertos y elabora cronograma. Revisa bibliografía técnica especializada para integrar marco teórico de los indicadores, conjuntamente con el grupo de trabajo y elabora	▪ Normatividad y Lineamientos ▪ Propuesta de trabajo ▪ Diagnóstico de necesidades ▪ Oficios ▪ Directorio del equipo de trabajo ▪ Metodología ▪ Cronograma ▪ Base de datos con la bibliografía. ▪ Propuesta de Indicadores. ▪ Instrumentos ▪ Documento conceptual

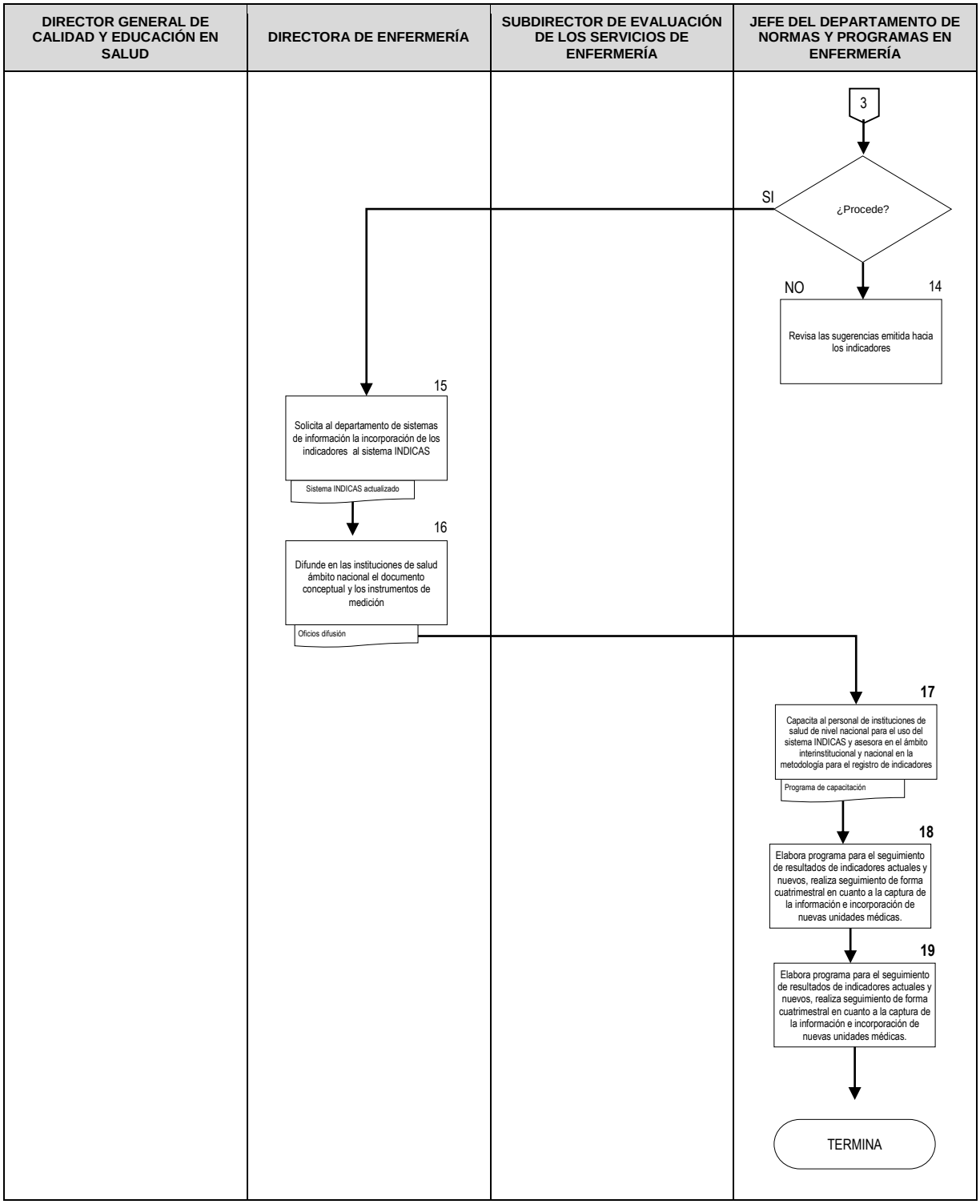
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		propuesta preliminar de criterios que se integrarán en cada indicador.	▪ Listado de unidades médicas ▪ Documento conceptual ▪ Instrumentos de medición validados
	9	Elabora instrumentos para la medición de cada uno de los indicadores y documento conceptual de indicadores de calidad.	
	10	Presenta a la Dirección de Enfermería y Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería la propuesta de indicadores ¿Procede?	
	11	No: Revisa con el equipo de trabajo las sugerencias emitidas.	
	12	Si: Determina unidades médicas para la prueba de validación externa a través de prueba piloto y ajusta con base en resultados los instrumentos y documento conceptual.	
	13	Entrega a la Dirección de Enfermería la propuesta de indicadores. ¿Procede?	
	14	No: Revisa las sugerencias emitida hacia los indicadores	
Directora de Enfermería	15	Si: Solicita al Departamento de Sistemas de Información la incorporación de los indicadores al sistema INDICAS II.	▪ Sistema INDICAS actualizado.
	16	Difunde en las instituciones de salud del ámbito nacional el documento conceptual y los instrumentos de medición.	▪ Oficios de difusión.
Jefe de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	17	Capacita al personal de instituciones de salud de nivel nacional para el uso del sistema INDICAS y asesora en el ámbito interinstitucional y nacional, en la metodología para el registro de indicadores.	▪ Programa de capacitación
	18	Elabora programa para el seguimiento de resultados de indicadores actuales y nuevos, realiza seguimiento de forma cuatrimestral en cuanto a la captura de la información e incorporación de nuevas unidades médicas.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	19	Analiza la información en forma cuatrimestral, elabora informe sobre resultados de la medición en el ámbito nacional, propone acciones de mejora a nivel Nacional y presenta ante la Dirección de Enfermería y Subdirección de Evaluación de los servicios de Enfermería los resultados finales. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Programa ▪ Informe ▪ Propuestas

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS EN ENFERMERÍA
	5		


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS EN ENFERMERÍA
3
SI
¿Procede?
NO
14
Revisa las sugerencias emitida hacia los indicadores
15
Solicita al departamento de sistemas de información la incorporación de los indicadores al sistema INDICAS
Sistema INDICAS actualizado
16
Difunde en las instituciones de salud ámbito nacional el documento conceptual y los instrumentos de medición
Oficios difusión
17
Capacita al personal de instituciones de salud de nivel nacional para el uso del sistema INDICAS y asesora en el ámbito interinstitucional y nacional en la metodología para el registro de indicadores
Programa de capacitación
18
Elabora programa para el seguimiento de resultados de indicadores actuales y nuevos, realiza seguimiento de forma cuatrimestral en cuanto a la captura de la información e incorporación de nuevas unidades médicas.
19
Elabora programa para el seguimiento de resultados de indicadores actuales y nuevos, realiza seguimiento de forma cuatrimestral en cuanto a la captura de la información e incorporación de nuevas unidades médicas.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	N/A
6.2. Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	N/A
6.3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4. Acuerdo Secretarial No. 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud	N/A
6.5. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.6. Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Resultados del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación	6 años	Subdirección de Gestión de la Capacitación en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actividad:** Conjunto de acciones afines ejecutadas por una misma persona o una misma unidad administrativa, como parte de una función asignada.

8.2 **Análisis:** Examen detallado de los hechos para conocer sus elementos constitutivos, sus características representativas así como sus interrelaciones y la relación de cada elemento con el todo.

8.3 **Área médica:** Comprende exclusivamente a trabajadores del grupo médico que a su vez se clasifica en las ramas médica, paramédica y afín.

8.4 **Capacitación:** Acciones que se realizan, emprenden o promueven, para que los trabajadores desempeñen sus puestos de acuerdo con los requerimientos de los servicios que se prestan. Asimismo, son los recursos que se imparten a los trabajadores con diversos propósitos.

a) De que actualicen y perfeccionen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de su actividad.
b) De preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación actualmente llamado “pie de rama”.
c) De prevenir riesgos de trabajo, y
d) En general, de mejorar las aptitudes del trabajador.

8.5 **Coordinación:** Es el proceso de integración de acciones administrativas de una o varias instituciones, órganos o personas, que tienen como finalidad obtener de las distintas áreas de trabajo 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 bienes y servicios para lograr conjuntamente las metas preestablecidas.

8.6 **Diagnóstico:** Proceso de acercamiento gradual al conocimiento analítico de un hecho o problema administrativo que permite destacar los elementos más significativos de una alteración en el desarrollo de las actividades de una institución.

8.7 **Diagnóstico de Necesidades de Capacitación:** Es el proceso mediante el cual se captan los requerimientos de capacitación del personal a través del análisis comparativo entre los conocimientos, habilidades y/o destrezas y actitudes inherentes a cada puesto y las características particulares que sobre estos mismos conceptos poseen los trabajadores.

8.8 **Estructura Orgánica:** Unidades administrativas que integran una dependencia y/o entidad donde se establecen niveles jerárquico-funcionales de conformidad con las atribuciones que a la misma le asigna la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, así como el Reglamento Interior correspondiente. De esta forma se identifica el sistema formal de la organización, a través de la división de funciones y la jerarquización de sus mandos, en la que se establece la interrelación y coordinación de los mismos.

8.9 **Evaluación:** Es la revisión detallada y sistemática de un proyecto, plan u organismo en su conjunto, con objeto de medir el grado de eficacia y congruencia con que está operando en un momento determinado para alcanzar los objetivos propuestos.

8.10 **Instrumento:** Es el recurso empleado para alcanzar un propósito.

8.11 **Lineamiento:** Directriz que establece los límites dentro de los cuales han de realizarse ciertas actividades, así como las características generales que éstas deberán tener.

8.12 **Organigrama:** Representación gráfica de la estructura orgánica que debe reflejar en forma esquemática, la posición de las unidades administrativas que la componen los tramos de control, nivel jerárquico, canales formales de comunicación y coordinación así como líneas de mando.

8.13 **Política:** Criterios de acción que es elegido como guía en el proceso de toma de decisiones al poner en práctica o ejecutar las estrategias, programas y proyectos específicos del nivel institucional.

8.14 **Procedimiento:** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

8.15 **Validar:** Dar validez; calidad de válido.

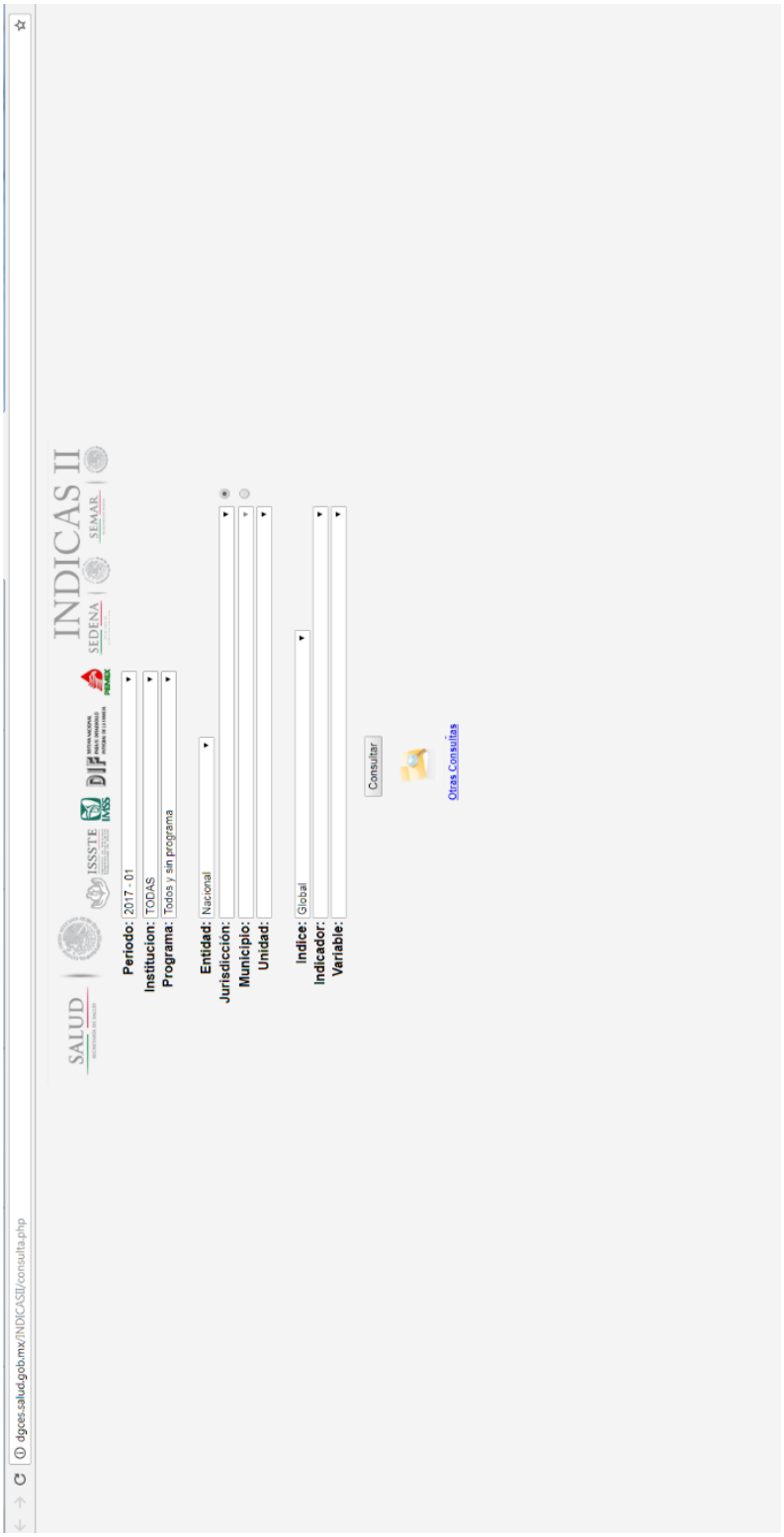
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Análisis del INDICAS

10.1 Análisis del INDICAS



103. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO SOBRE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establece un método administrativo para el análisis estadístico de la información sobre recursos humanos en enfermería, para contribuir a fortalecer la emisión de políticas y toma de decisiones en la planificación y distribución de los recursos humanos en enfermería en los servicios de salud e instituciones educativas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Enfermería se coordina con la Dirección General de Información en Salud a fin de aprovechar el acervo de datos sobre recursos humanos en enfermería, la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería describe la situación de la formación, capacitación y educación permanente de los recursos humanos en enfermería y el Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería da seguimiento a los datos obtenidos eventualmente.

2.2 A nivel externo: las instituciones del Sistema Nacional de Salud e instituciones del Sistema Nacional Educativo registraran en el Sistema de Información de Recursos humanos de Enfermería al personal de enfermería que tengan contratado.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación a través de la Dirección de Enfermería es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud facultada que conduce la política nacional en materia de formación, capacitación y educación permanente de los recursos humanos en enfermería, para lo cual debe contar con estudios e información válida y confiable sobre el tema.

3.2 La Dirección de Enfermería, se coordina con la Dirección General de Información en Salud a fin de aprovechar el acervo de datos sobre recursos humanos en enfermería para que de acuerdo a sus objetivos logren conformar ambas instancias y orientar la integración de información permanente para coadyuvar a la emisión de políticas educativas en salud.

3.3 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería integra de manera permanente índices, tasas y porcentajes, entre otras expresiones estadísticas relevantes, para describir la situación de la formación, capacitación y educación permanente de los recursos humanos en enfermería y su relación con las distintas variables para la prestación de los servicios de salud.

3.4 El Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería da seguimiento a los datos obtenidos eventualmente mediante el procedimiento, de acuerdo a la solicitud de la Dirección de Políticas y Desarrollos Educativos en Salud.

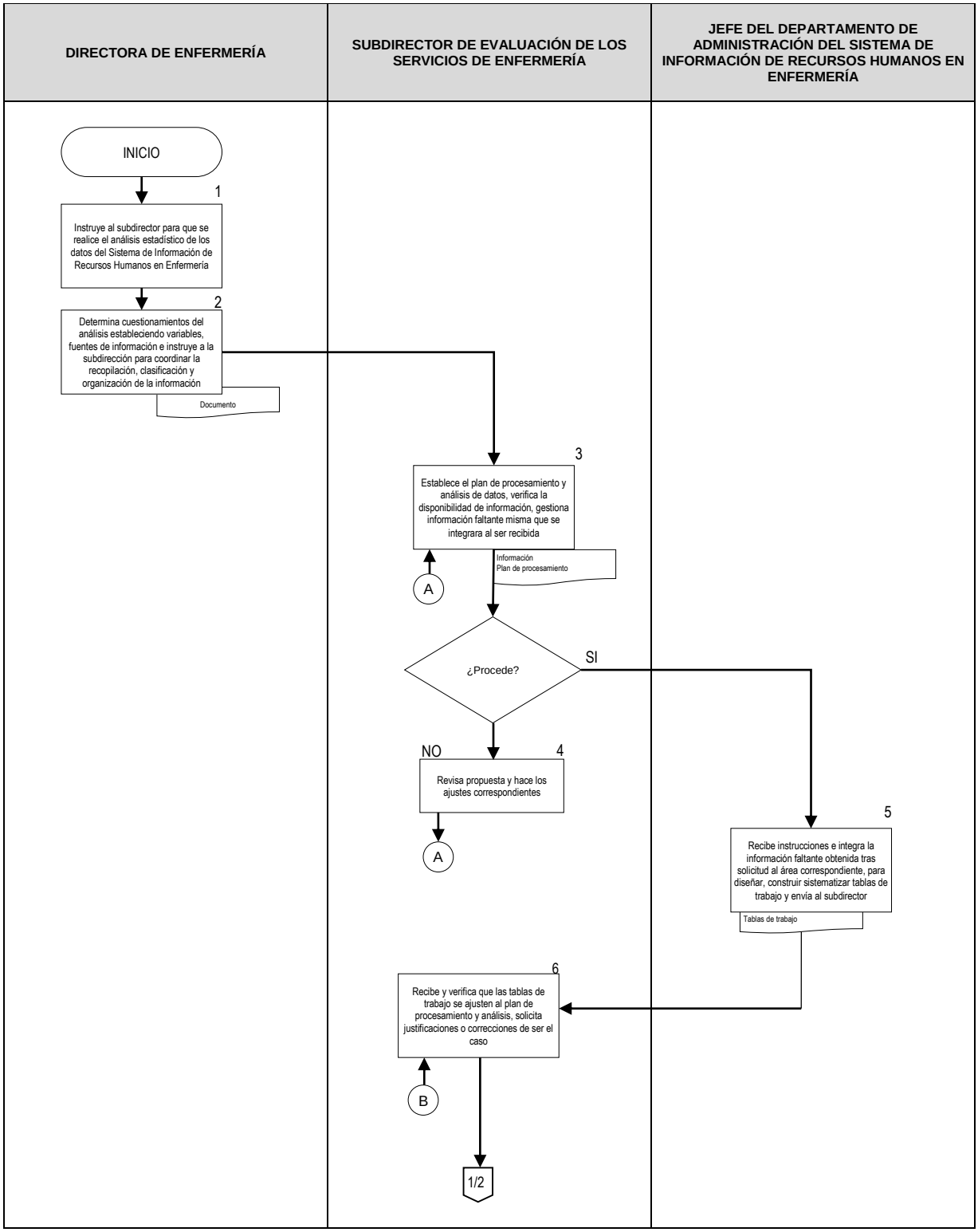
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

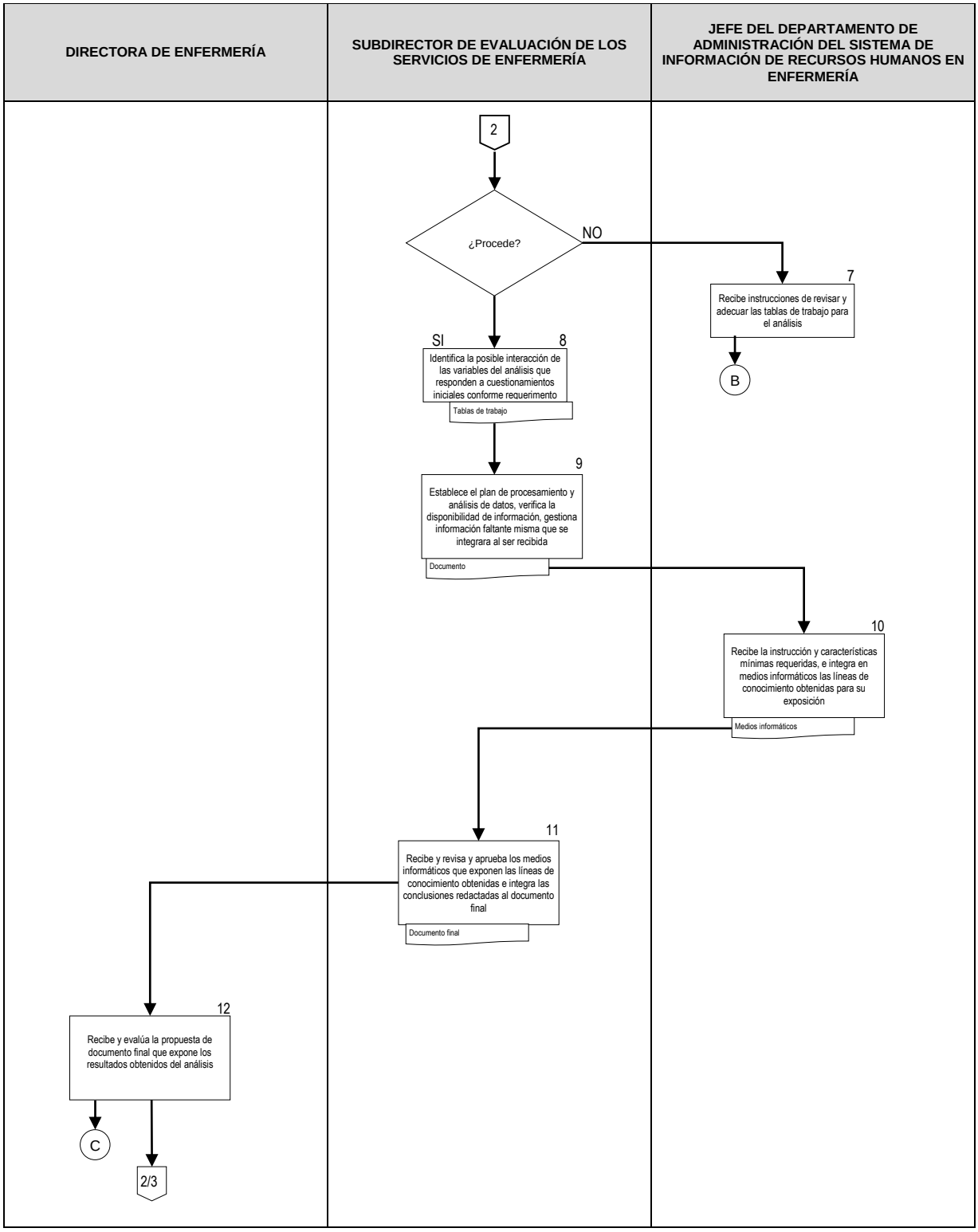
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Instruye a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para se realice el análisis estadístico de los datos del Sistema de Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).	
	2	Determina cuestionamientos del análisis, estableciendo variables, fuentes de información e instruye a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería para coordinar la recopilación, clasificación y organización de la información.	▪ Documento
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería.	3	Establece el plan de procesamiento y análisis de datos, verifica la disponibilidad de información, gestiona la información faltante, misma que se integrará al ser recibida e instruye al Departamento de Normas y Programas de Enfermería para el procesamiento de la información. ¿Procede?	▪ Información ▪ Plan de procesamiento de datos
	4	No: Revisa propuesta y hace los ajustes correspondientes. Regresa a actividad 3.	
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	5	Si: Recibe instrucciones e integra la información faltante obtenida tras solicitud al área correspondiente, para diseñar, construir, sistematizar y proponer las tablas de trabajo de acuerdo a los objetivos del plan. ¿Procede?	▪ Tablas de trabajo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	6	Recibe y verifica que las tablas de trabajo se ajusten al plan de procesamiento y análisis, solicita justificaciones o correcciones de ser el caso y entrega a la Dirección de Enfermería para su consideración. ¿Procede?	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	7	No: Recibe instrucciones de revisar y adecuar las tablas de trabajo para el análisis. Regresa a actividad 6.	▪ Tablas de trabajo
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	8	Si: Identifica la posible interacción de las variables en análisis, proyecta los escenarios matemáticos que revelan las tablas de trabajo e identifica las líneas de conocimiento sobre el marco situacional de los recursos humanos en relación con su formación, capacitación y educación permanente y solicita integrar conclusiones de cada línea de conocimiento, adecuadas a los objetivos del análisis	▪ Tablas de trabajo
	9	Integra conclusiones del análisis que responden a cuestionamientos iniciales conforme requerimiento y solicita al Departamento correspondiente, el procesamiento informático que se requiera para la presentación de las conclusiones.	▪ Documento
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	10	Recibe la instrucción y características mínimas requeridas, e integra en medios informáticos las líneas de conocimiento obtenidas para su exposición.	▪ Medios informáticos
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	11	Recibe, revisa y aprueba los medios informáticos que exponen las líneas de conocimiento obtenidas e integra las conclusiones redactadas al documento final.	▪ Documento final
Directora de Enfermería	12	Recibe y evalúa la propuesta de documento final que expone los resultados obtenidos del análisis. ¿Procede?	▪ Documento final ▪ Memorándum
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	13	No: Integra conclusiones del análisis que responden a cuestionamientos iniciales conforme requerimiento y solicita al Departamento correspondiente, el procesamiento informático que se requiera para	

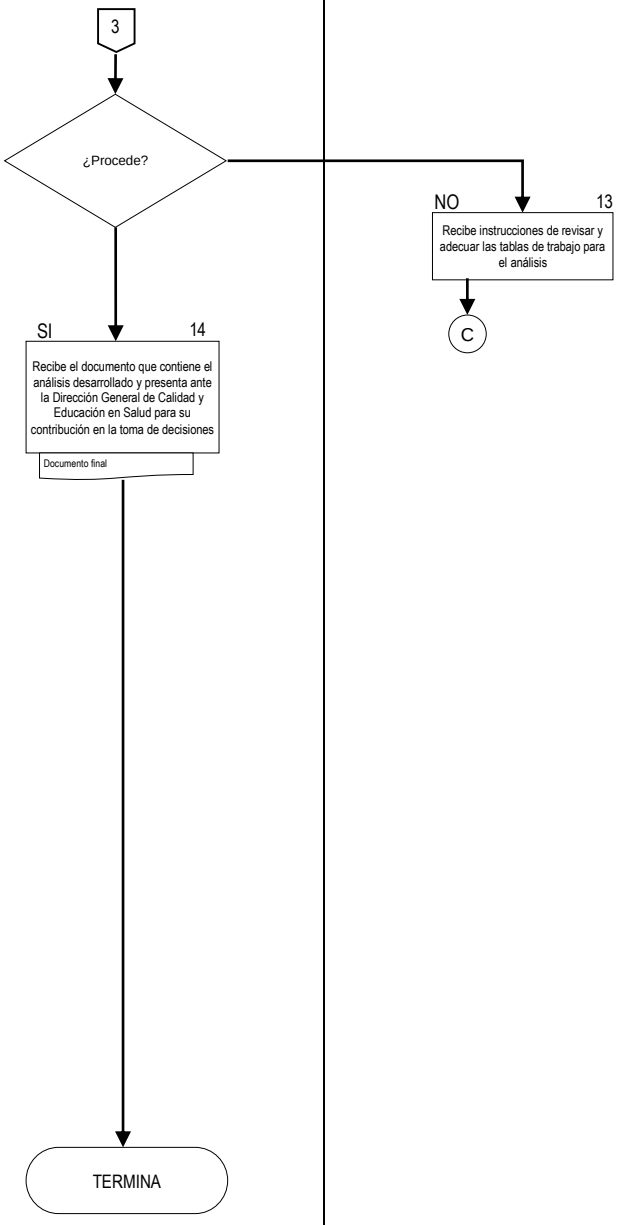
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		la presentación de las conclusiones. Regresa a actividad 12.	
Directora de Enfermería	14	Si. Recibe el documento que contiene el análisis desarrollado y presenta ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su contribución en la toma de decisiones. **TERMINA**	▪ Documento final

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA
2
¿Procede?
NO
SI
7
Recibe instrucciones de revisar y adecuar las tablas de trabajo para el análisis
B
8
Identifica la posible interacción de las variables del análisis que responden a cuestionamientos iniciales conforme requerimiento
Tablas de trabajo
9
Establece el plan de procesamiento y análisis de datos, verifica la disponibilidad de información, gestiona información faltante misma que se integrara al ser recibida
Documento
10
Recibe la instrucción y características mínimas requeridas, e integra en medios informáticos las líneas de conocimiento obtenidas para su exposición
Medios informáticos
11
Recibe y revisa y aprueba los medios informáticos que exponen las líneas de conocimiento obtenidas e integra las conclusiones redactadas al documento final
Documento final
12
Recibe y evalúa la propuesta de documento final que expone los resultados obtenidos del análisis
C
2/3

DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Anuarios y otras publicaciones de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud	N/A
6.2. Anuarios de ANUIES	N/A
6.3. Anuarios de CONAPO	N/A
6.4. Anuarios de INEGI	N/A
6.5. Comunicados de COMAEM	N/A
6.6. Información generada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	N/A
6.7. Catálogos programáticos de los programas nacionales servicio social de las carreras del área, de internado médico y residencias médicas en la Secretaría de Salud	N/A
6.8. Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.9. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.10. Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Documentos informáticos sobre los análisis realizados	5 años	Dirección de Enfermería	Documento
7.2. Tablas de trabajo sobre análisis realizados	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería	Documento
7.3. Bases de Datos	5 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Archivos electrónicos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Plan de procesamiento de datos:** Documento que debe integrar la delimitación de la materia en análisis, los objetivos del mismo, los cuestionamientos iniciales así como los elementos indispensables para la integración de las tablas de trabajo.

8.2 **Procesamiento informático:** Elaboración de presentaciones en software informático para ese fin, con el diseño adecuado a los objetivos del análisis.

8.3 **Tablas de trabajo:** Documento que integra la información recopilada de forma ordenada y sistematizada para responder a los cuestionamientos iniciales.

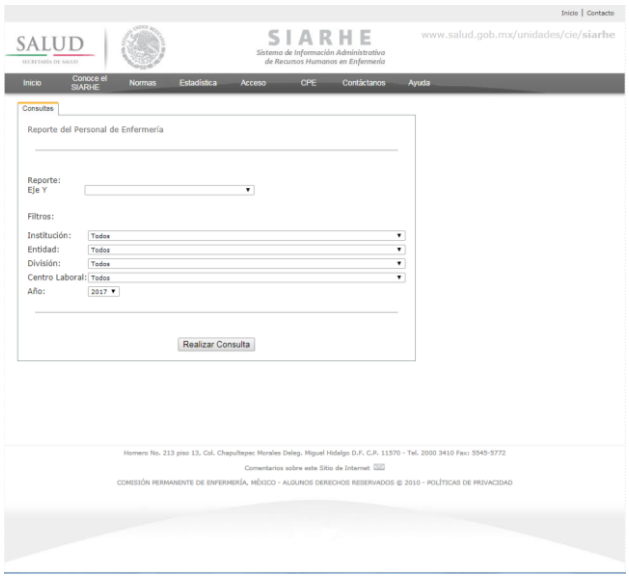
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

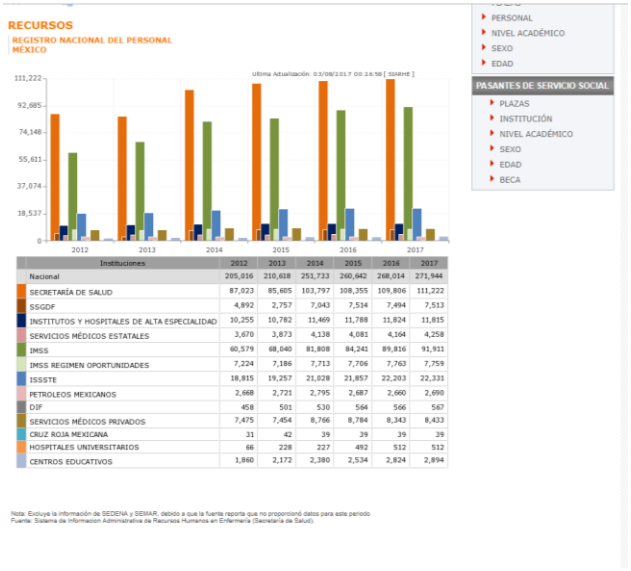
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Tablas de trabajo

10.1 Tablas de trabajo





Instituciones	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nacional	205,816	210,618	251,733	260,642	268,014	271,944
SECRETARÍA DE SALUD	87,023	85,605	103,797	108,355	109,806	111,222
SSGDF	4,892	2,757	7,043	7,514	7,494	7,513
INSTITUTOS Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	10,255	10,782	11,469	11,788	11,824	11,815
SERVICIOS MÉDICOS ESTATALES	3,670	3,873	4,138	4,081	4,164	4,258
IMSS	60,579	68,040	81,808	84,241	89,816	91,911
IMSS REGIMEN OPORTUNIDADES	7,224	7,186	7,713	7,706	7,763	7,759
ISSSTE	18,815	19,257	21,028	21,857	22,203	22,331
PETROLEOS MEXICANOS	2,668	2,721	2,795	2,687	2,660	2,690
DIF	458	501	530	564	566	567
SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS	7,475	7,454	8,766	8,784	8,343	8,433
CRUZ ROJA MEXICANA	31	42	39	39	39	39
HOSPITALES UNIVERSITARIOS	66	228	227	492	512	512
CENTROS EDUCATIVOS	1,860	2,172	2,380	2,534	2,824	2,894

104. PROCEDIMIENTO PARA LOS LINEAMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA (SIARHE)

1. PROPÓSITO

1.1 Establece un instrumento del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) para guiar a las autoridades sanitarias y educativas, así como, a directivos, maestros e investigadores involucrados en la prestación de los servicios de enfermería, en el manejo del sistema.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, aplica a la Dirección de Enfermería que procesa la información registrada, genera y emite reportes estadísticos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería determina los mecanismos de coordinación con las diferentes instancias y el Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería, y a la Comisión Permanente de Enfermería verifica la aplicación, seguimiento y evaluación de la información capturada en el SIARHE.

2.2 A nivel externo aplica a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud e instituciones del Sistema Nacional Educativo que tengan contratado personal de enfermería y tengan dentro de sus funciones la administración institucional, estatal o local del sistema de información.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería procesa la información registrada, genera y emite reportes estadísticos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).

3.2 La Dirección de Enfermería en coordinación con la Dirección General de Información en Salud, integra la información de plantillas del personal de enfermería que se utilizarán en el SIARHE para definir el universo de registros a integrar.

3.3 La Dirección de Enfermería, utiliza el catálogo de CLUES dentro del sistema SIARHE, mismo que solicita de manera mensual a la Dirección General de Información en Salud, con el fin de contar con el registro autorizado de unidades que deban aportar información al Sistema.

3.4 La Dirección de Enfermería en coordinación con la Dirección General de Información en Salud, establecen los mecanismos y canales de comunicación para evitar duplicidad en solicitudes y registro de información.

3.5 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería determina los mecanismos de coordinación con las diferentes instancias que tengan dentro de sus funciones la administración institucional, estatal o local del sistema de información.

3.6 La Dirección de Enfermería a través de la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería determina que las instituciones del Sistema Nacional de Salud en un plazo no mayor de seis meses, deberán, ingresar, complementar o actualizar los registros de todo el personal de enfermería que labora en sus instituciones, y de acuerdo a la plantilla registrada en el SINAIS.

3.7 El Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería verifica la aplicación, seguimiento y evaluación de la información capturada en el SIARHE.

3.8 La Dirección de Enfermería adscrita a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud realiza las funciones de administrador nacional.

3.9 La Dirección de Enfermería, nombra a los administradores estatal o institucional, quienes serán responsables de actualizar e informar cada semestre los avances en el registro de la información.

3.10 Los administradores estatales o institucionales designan a los coordinadores operativos: Delegacional o jurisdiccional, quienes difunden en el ámbito de su competencia, el tipo de reportes y la manera de obtener dichos reportes, y promueven que toda la información que se actualice y se difunda a través del SIARHE, se efectúe con apego tanto a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, como a la NOM-040-SSA2-2004 y demás ordenamientos y catálogos utilizados dentro del Sistema Nacional de Información en Salud.

3.11 La Dirección de Enfermería coordina los eventos de capacitación y asesoría necesarios para lograr la efectividad del sistema.

3.12 La Dirección de Enfermería informa a las instituciones educativas que participen, que deberán contar con una clave de acceso que será proporcionada por los administradores nacional, estatal o institucional según corresponda, teniendo como lineamientos los siguientes:

a) En el caso de las instituciones educativas que dependen del nivel federal, la Dirección de Enfermería otorga la clave de acceso a los representantes nacionales de estas instituciones educativas adscritas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

b) En el caso de las instituciones educativas que dependen de una autoridad estatal o institucional, las claves son otorgadas por los adminsitradores estatal o institucional, respectivamente.

c) Los administradores estatales o institucionales se coordinan con las instituciones educativas a fin de que estas se comprometan a registrar su información.

d) Las instituciones educativas solicitan a los administradores nacional, estatal o institucional la capacitación para el correcto registro de la información.

e) En las instituciones educativas, el director general o su equivalente registra, valida, autoriza y supervisa el registro de la información con la finalidad de evitar inconsistencias en los registros capturados en el sistema.

f) El director general o su equivalente, promueve que toda la información que se actualice y se difunda a través del SIARHE, se efectúe con apego a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

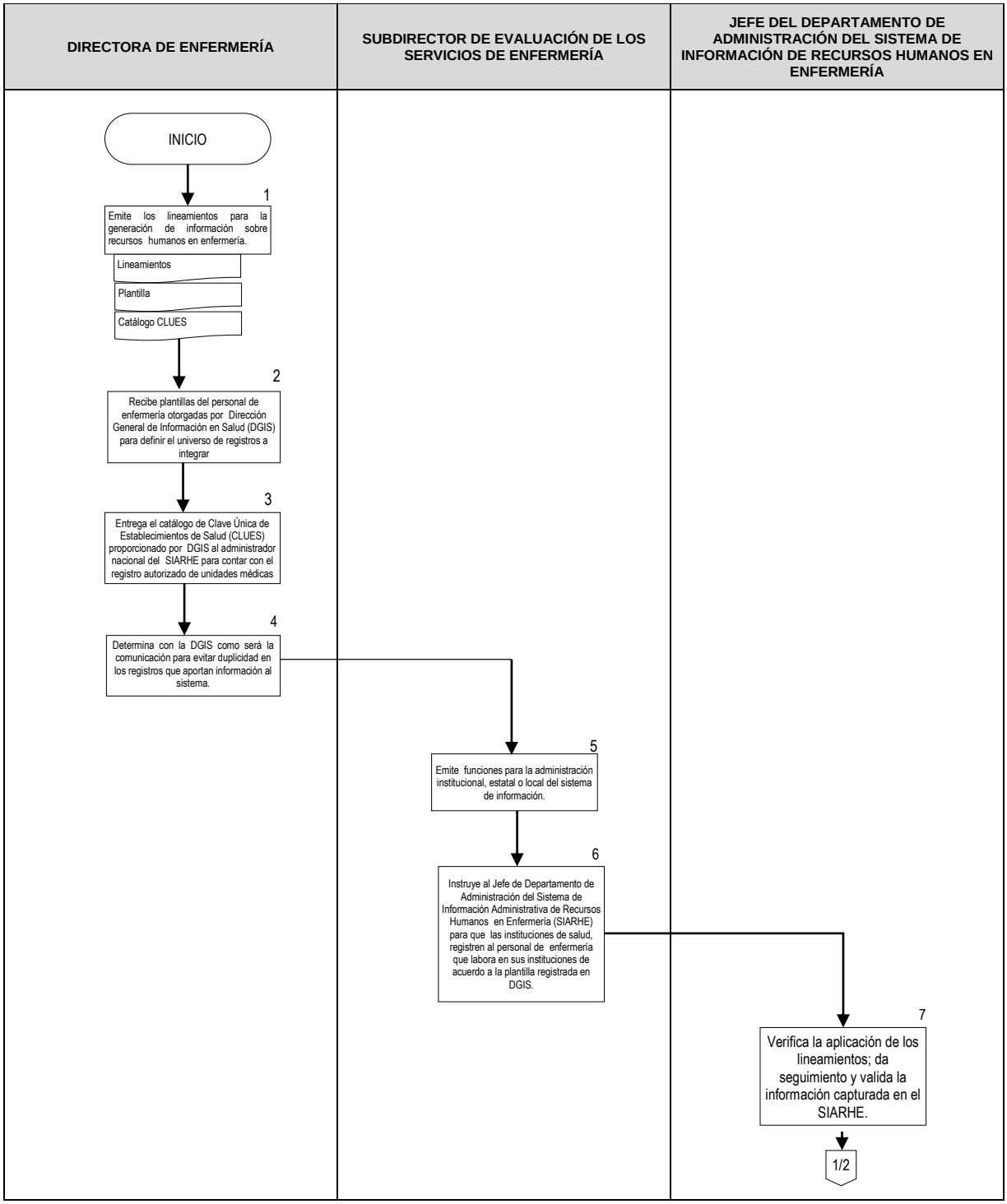
3.13 El Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería, coordina al SIARHE integra y analiza la información necesaria para la publicación anual del boletín estadístico.

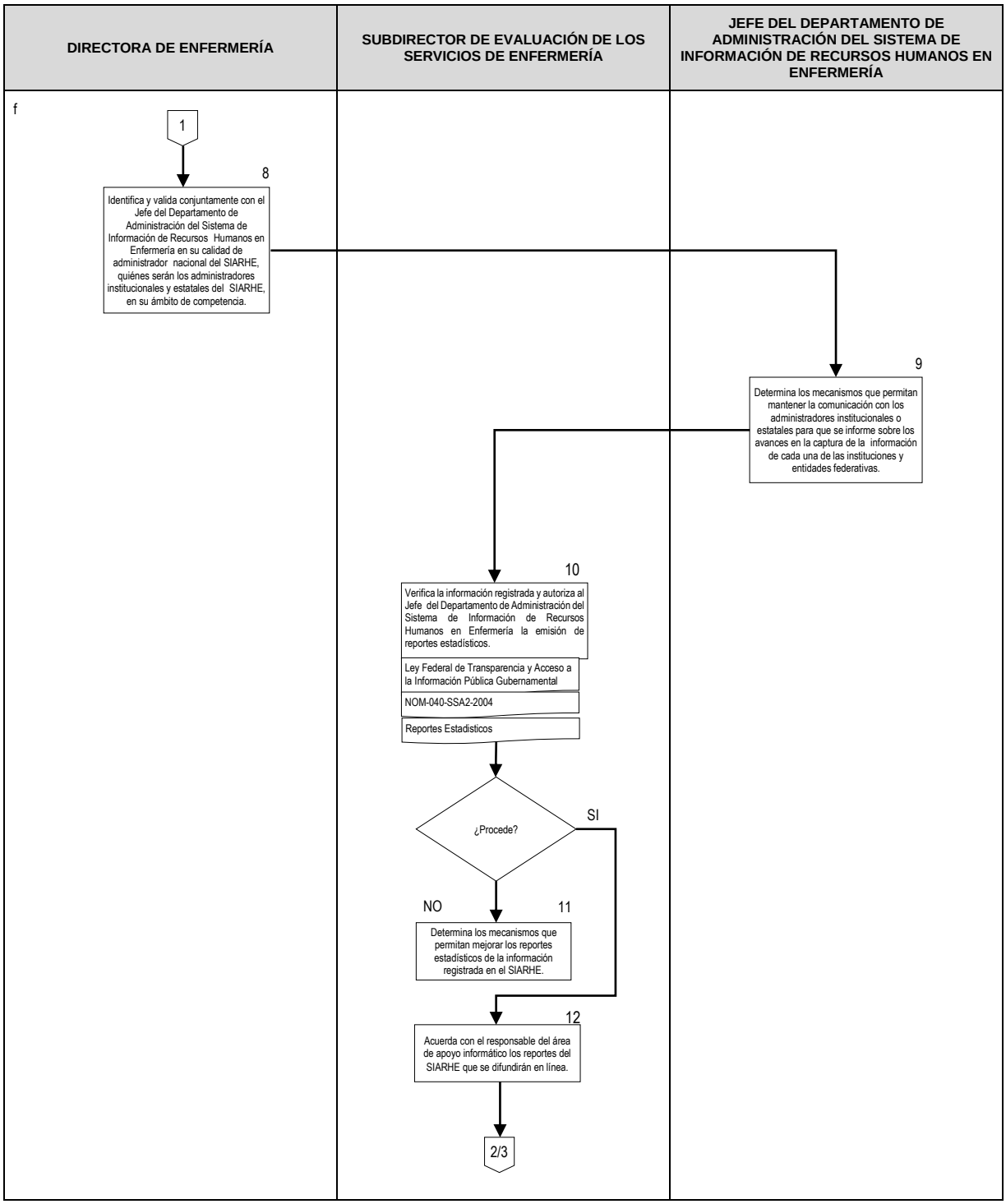
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

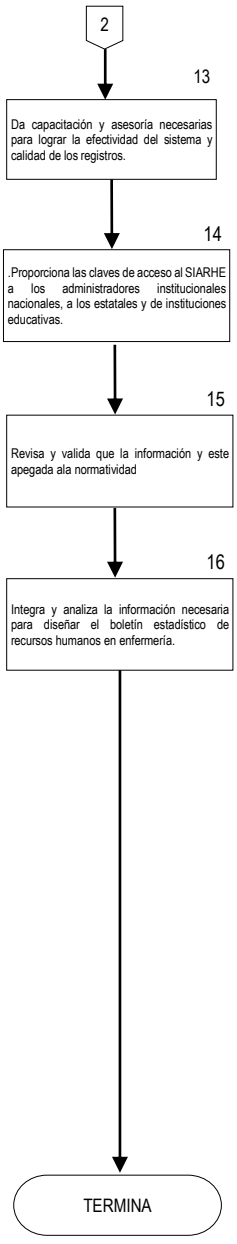
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Emite los lineamientos para la generación de información sobre recursos humanos en enfermería.	▪ Lineamientos ▪ Plantillas ▪ Catálogo CLUES
	2	Recibe plantillas del personal de enfermería otorgadas por Dirección General de Información en Salud (DGIS) para definir el universo de registros a integrar.	
	3	Entrega el catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) proporcionado por DGIS al administrador nacional del SIARHE para contar con el registro autorizado de unidades médicas.	
	4	Determina con la DGIS como será la comunicación para evitar duplicidad en los registros que aportan información al sistema.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	5	Emite funciones para la administración institucional, estatal o local del sistema de información.	
	6	Instruye al Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) para que las instituciones de salud, registren al personal de enfermería que labora en sus instituciones de acuerdo a la plantilla registrada en DGIS.	
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	7	Verifica la aplicación de los lineamientos; da seguimiento y valida la información capturada en el SIARHE.	
Directora de Enfermería	8	Identifica y valida conjuntamente con el Jefe del Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería en su calidad de administrador nacional del SIARHE, quiénes serán los administradores institucionales y estatales del SIARHE, en su ámbito de competencia.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	9	Determina los mecanismos que permitan mantener la comunicación con los administradores institucionales o estatales para que se informe sobre los avances en la captura de la información de cada una de las instituciones y entidades federativas.	
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	10	Verifica la información registrada y autoriza al Jefe del Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería la emisión de reportes estadísticos. ¿Procede?	▪ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental ▪ NOM-040-SSA2-2004 ▪ Reportes estadísticos
	11	No: Determina los mecanismos que permitan mejorar los reportes estadísticos de la información registrada en el SIARHE.	
	12	Si: Acuerda con el responsables del área de apoyo informático los reportes del SIARHE que se difundirán en línea.	▪ ▪
Jefe de Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería.	13	Da capacitación y asesoría necesarias para lograr la efectividad del sistema y calidad de los registros.	
	14	Proporciona las claves de acceso al SIARHE a los administradores institucionales nacionales, a los estatales y de instituciones educativas.	
	15	Revisa y valida que la información y esté apegada a normatividad	
	16	Integra y analiza la información necesaria para diseñar el boletín estadístico de recursos humanos en enfermería. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORA DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA
f
1
8
Identifica y valida conjuntamente con el Jefe del Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería en su calidad de administrador nacional del SIARHE, quiénes serán los administradores institucionales y estatales del SIARHE, en su ámbito de competencia.
9
Determina los mecanismos que permitan mantener la comunicación con los administradores institucionales o estatales para que se informe sobre los avances en la captura de la información de cada una de las instituciones y entidades federativas.
10
Verifica la información registrada y autoriza al Jefe del Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería la emisión de reportes estadísticos.
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
NOM-040-SSA2-2004
Reportes Estadisticos
¿Procede?
SI
NO
11
Determina los mecanismos que permitan mejorar los reportes estadísticos de la información registrada en el SIARHE.
12
Acuerda con el responsable del área de apoyo informático los reportes del SIARHE que se difundirán en línea.
2/3

DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.3. Ley Federal de las Entidades Paraestatales	N/A
6.4. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.5. Ley General de Salud	N/A
6.6. Ley de Información, Estadística y Geografía	N/A
6.7. Ley Federal de Metrología y Normalización	N/A
6.8. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal	N/A
6.9. Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal	N/A
6.10. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.11. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud	N/A
6.12. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental	N/A
6.13. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012	N/A
6.14. Programa Nacional de Salud 2007-2012	N/A
6.15. Plan de Acción de Enfermería 2007-2012	N/A
6.16. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficios de solicitud de información	3 años	Dirección de Enfermería	N/A
7.2. Oficios de invitación	3 años	Dirección de Enfermería	N/A
7.3. Instrumento administrativo y anexos, anteproyecto y proyecto definitivo	5 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Documentos
7.4. Control de avances	2 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de	Expediente de avances

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
		Recursos Humanos en Enfermería	
7.5. Impreso de recepción y envío de observaciones	5 años	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Acuse de impresos
7.6. Oficio de solicitud de asesoría	1 año	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Número de oficio
7.7. Observaciones, comentarios y propuestas de las instituciones participantes	1 año	Departamento de Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería	Documentos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asesoría:** Actividades que van encaminadas a orientar, aconsejar, definir y demostrar cómo se debe elaborar un instrumento normativo y los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos que se deben tomar en cuenta para dicha elaboración impartidos por instancias y capital humano expertos en el tema.

8.2 **Coordinación:** Proceso de interacción ordenada, armónica y funcional, entre dos o más elementos de un sistema para el logro de un objetivo común con un máximo de eficiencia.

8.3 **Funciones:** Conjunto de actividades afines y coordinadas que es necesario realizar para la operacionalización del SIARHE, que ayudan y facilitan el cumplimiento de responsabilidades en los diferentes ámbitos de competencia, tanto a nivel central, estatal y operativo.

8.4 **Institución:** Establecimiento de educación o salud, ya sea público, privado o social, que participa en la revisión y desarrollo de los instrumentos normativos a elaborar.

8.5 **Sistema:** Conjunto de elementos ordenados, interactuantes e interdependientes que tiene como finalidad el logro de un objetivo

8.6 **Validación:** Es la comprobación de que un documento satisface los requerimientos para lo que fue diseñado.

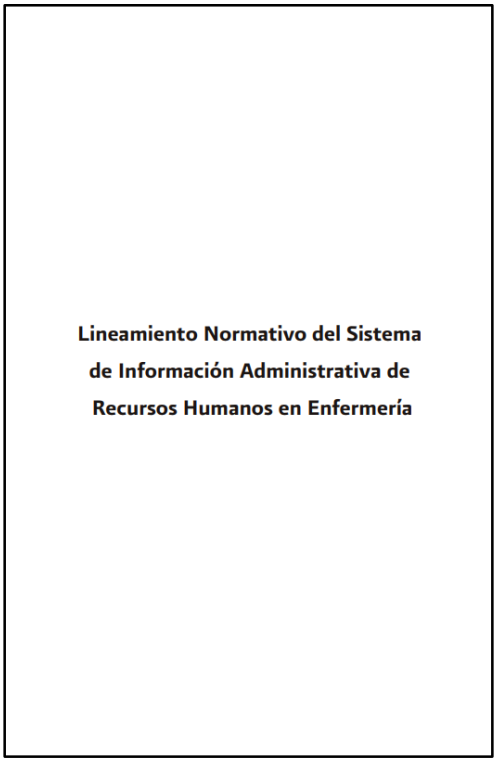
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Lineamiento para la Operación del Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería.

10.1Lineamiento para la Operación del
Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería



105. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN ENFERMERÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establece los lineamientos administrativos, mantiene actualizados y validados los instrumentos normativos generados por la Dirección de Enfermería a fin de que no pierdan su importancia de gestión administrativa y de aplicación operativa actualizados y responde a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y educativo en enfermería.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Enfermería actualiza los instrumentos normativos que regulan la prestación de los servicios de enfermería la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería difunde a nivel nacional, interinstitucional y sectorial los instrumentos normativos y el Departamento de Normas y Programas de Enfermería desarrolla la actualización de los instrumentos normativos que regulen la prestación de los servicios de enfermería y formación profesional.

2.2 A nivel externo: las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las instituciones educativas que ofertan estudios de enfermería aplicaran los instrumentos normativos actualizados, en materia de regulación de los servicios de enfermería

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud actualiza los instrumentos normativos que regulan la prestación de los servicios de enfermería y la formación profesional de dicha disciplina.

3.2 La Dirección de Enfermería establece los mecanismos para llevar a cabo la actualización de las disposiciones legales y administrativas en materia de regulación de los servicios de atención de enfermería.

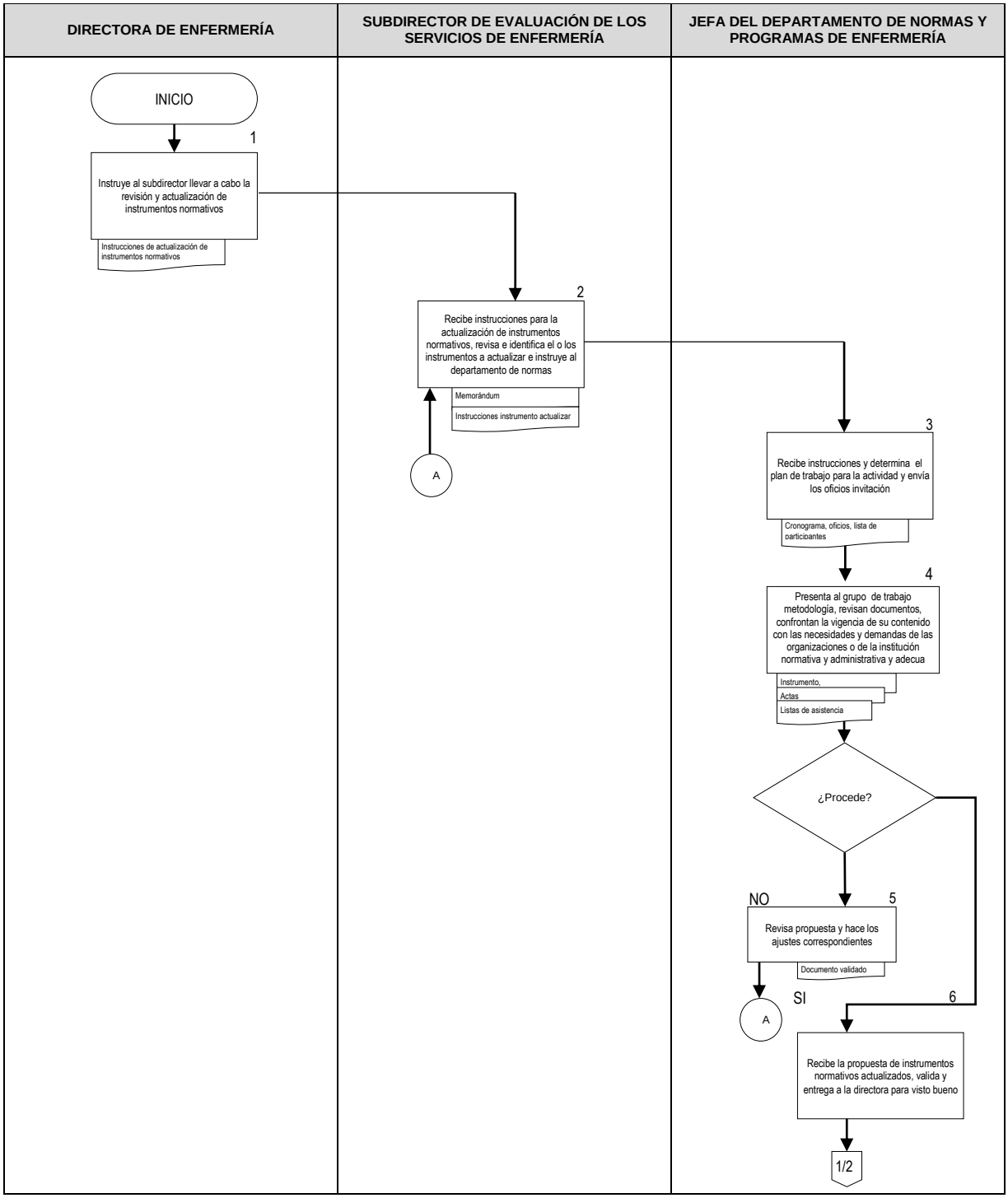
3.3 La Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería difunde a nivel nacional, interinstitucional y sectorial los instrumentos normativos actualizados, en materia de regulación de los servicios de enfermería.

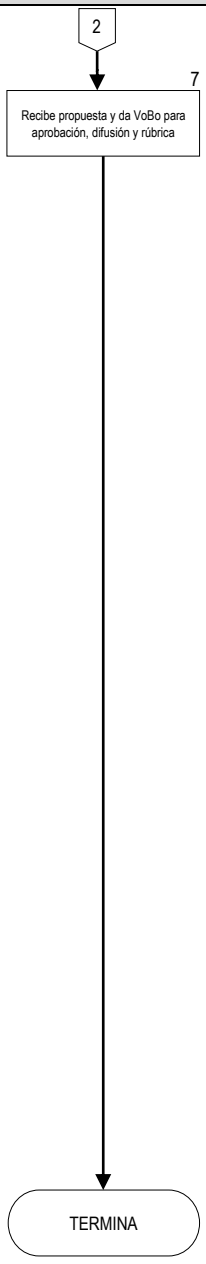
3.4 El Departamento de Normas y Programas de Enfermería elabora la actualización de los instrumentos normativos que regulen la prestación de los servicios de enfermería y formación profesional de acuerdo con las indicaciones de la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería y la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directora de Enfermería	1	Instruye a la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería llevar a cabo la revisión y actualización de instrumentos normativos de enfermería.	▪ Instrucciones de actualización de instrumentos normativos
Subdirector de Evaluación de los Servicios de Enfermería	2	Recibe instrucciones para la actualización de instrumentos normativos, revisa e identifica el instrumento (s) normativo (s) a actualizar e instruye al Jefe de Departamento de Normas y Programas de los Servicios de Enfermería sobre la conformación de grupos de trabajo.	▪ Memorándum ▪ Instrucciones instrumento a actualizar
Jefa de Departamento de Normas y Programas de Enfermería	3 4 5 6	Recibe instrucciones y determina el plan de trabajo y conforma un grupo de trabajo para la actividad y envía los oficios de invitación. Presenta al grupo de trabajo metodología, revisan documentos, confrontan la vigencia de su contenido con las necesidades y demandas de las organizaciones o de la institución normativa y administrativa y adecua, modifica o elimina los aspectos contenidos en los instrumentos técnicos normativos, solicita asesoría especializada en caso necesario y elabora propuesta de documento actualizado. ¿Procede? No: Revisa propuesta y ajusta con base en las sugerencias emitida por la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería. Regresa a la actividad 2 Si: Recibe la propuesta de instrumentos normativos actualizados, valida y envía a la directora de enfermería para su visto bueno.	▪ Cronograma ▪ Oficios de invitación ▪ Lista de participantes ▪ Instrumento ▪ Actas ▪ Listas de asistencia ▪ Documento validado ▪ Instrumento. ▪ Actas ▪ Listas de asistencia
Directora de Enfermería	7	Recibe propuesta y da Vo.Bo. para aprobación, difusión y rúbrica. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Propuesta final con Vo.Bo.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NORMAS Y PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)	N/A
6.2. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	N/A
6.3. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos	N/A
6.4. Ley General de Salud	N/A
6.5. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.6. Reglamento de Insumos y Decreto por el que se reforma el reglamento de insumos y la Ley de Propiedad Intelectual	N/A
6.7. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica	N/A
6.8. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud	N/A
6.9. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)	N/A
6.10. Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico	N/A
6.11. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.12. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General	N/A
6.13. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.14. Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Instrucciones de actualización de instrumentos normativos	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería	Documento
7.2. Memorándum	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería	Documento
7.3. Cronograma	5 años	Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería	Documento

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.4. Oficios de invitación	5 años	Departamento de Normas y Programas en Enfermería	Documento
7.5. Listas de participantes y o asistentes	5 años	Departamento de Normas y Programas en Enfermería	Documento
7.6. Instrumento	5 años	Departamento de Normas y Programas en Enfermería	Documento
7.7. Actas	5 años	Departamento de Normas y Programas en Enfermería	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Instrumento:** Es el recurso empleado para alcanzar un propósito

8.2 **Lineamiento:** Directriz que establece los límites dentro de los cuáles han de realizarse ciertas actividades, así como características generales que éstas deberán tener.

8.3 **Norma:** Ordenamiento imperativo y específico de acción que persigue un fin determinado, con las características de ser rígido en su aplicación.

8.4 **Organización:** Se considera que una organización es una unidad social, constituida en forma deliberada con fines y objetivos predeterminados sobre una base de actuación de cierta permanencia que se rige por un orden normativo y se estructura alrededor de centros de poder y de decisión internos y externos, que regulan y controlan su operación para encaminar al cumplimiento de los objetivos.

8.5 **Procedimiento:** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

8.6 **Técnico normativo:** Es el documento que contiene descripción detallada de secuencia de acciones que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales ejemplo diferentes manuales, lineamientos, instructivos, recomendaciones, etc.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

10.1 Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

DOF – Diario Oficial de la Federación 17/09/13 10:58

DOF: 02/09/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

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

LUIS RUBÉN DURÁN FONTES, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracción XI, 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43 y 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o., fracciones I, III y VII, 13, apartado A, fracciones I y IX, 34, 45, 48, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 90, 91, 92 y 93, de la Ley General de Salud; 28, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o., 4o., 5o., 7o., 8o., 9o., 10, 21, 22 y 28, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y 2, apartado A, fracción I, 8, fracción V y 9, fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; he tenido a bien expedir y ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

CONSIDERANDO

Que con fecha 13 de agosto de 2012, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 12 de octubre de 2012, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del proyecto de la presente norma, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación, la respuesta a los comentarios recibidos por este Comité, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron:

SECRETARÍA DE SALUD.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección de Enfermería.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA DR. IGNACIO CHÁVEZ.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA.

Subsecretaría de Educación Superior.

Dirección General de Educación Superior Universitaria.

Dirección General de Profesiones.

Dirección de Normatividad y Consulta.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.

106. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR METAS INTERNACIONALES Y COMPROMISOS NACIONALES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EMITIR ESTRATEGIAS, ACCIONES Y MEDIDAS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Emitir estrategias, medidas y acciones en materia de seguridad del paciente para su desarrollo en los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud que contribuyan a la prevención de eventos adversos en la atención médica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Seguridad del Paciente y a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Las estrategias, medidas y acciones para la prevención de eventos adversos en la atención médica se elabora conforme a las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las metas establecidas en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) en materia de seguridad del paciente, así como a los objetivos del Programa Nacional de Seguridad del Paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.2 La Dirección de Seguridad del Paciente es responsable de impulsar el Programa de Seguridad del Paciente en los servicios de salud, con base en las metas establecidas en el PROSESA para evitar la presencia de eventos adversos en el proceso de atención médica.

3.3 La Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente junto con la Dirección de Seguridad del Paciente emite recomendaciones para prevenir eventos adversos en la atención médica en el sector Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

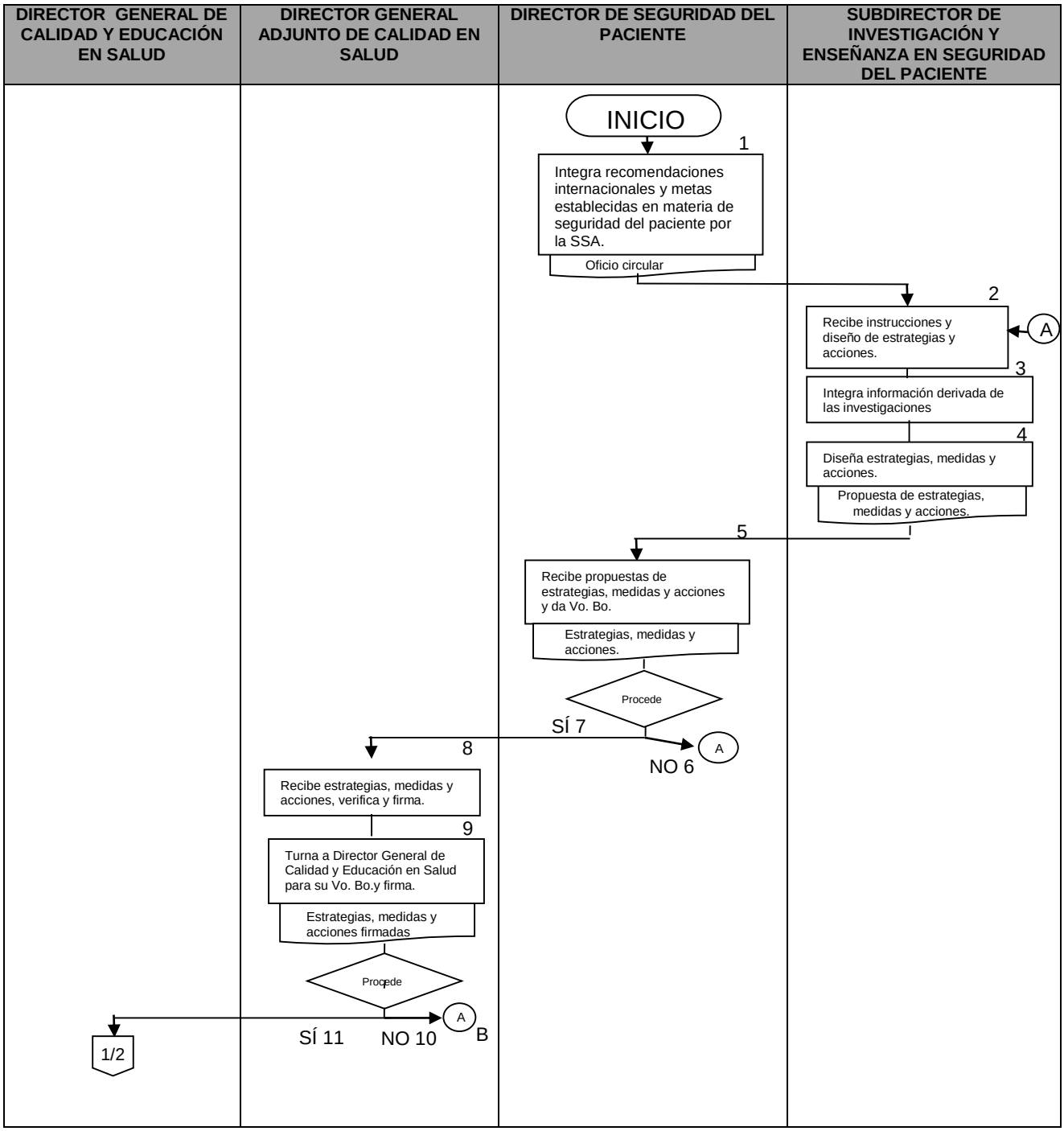
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	1	Integra las recomendaciones internacionales y metas nacionales en materia de seguridad del paciente, para emitir la instrucción para el desarrollo de estrategias, medidas y acciones dirigidas a la prevención de eventos adversos en la atención médica del sector salud.	Oficio circular
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	2	Recibe instrucciones para el desarrollo de estrategias, medidas y acciones dirigidas a la prevención de eventos adversos en la atención médica del Sector Salud.	
	3	Integra información derivada de las investigaciones realizadas por esta dirección, modelos y material de enseñanza, nacionales e internacionales prácticas destacadas.	Propuesta de estrategias, medidas y acciones
	4	Diseña estrategias, medidas y acciones.	
Director de Seguridad del Paciente	5	Recibe estrategias, medidas y acciones, verifica y da Vo. Bo.	
		Procede:	
	6	No: Instruye elaborar propuesta de Estrategias. Regresa a la actividad 2	Estrategias, medidas y acciones
	7	Sí: Continúa procedimiento	
Director General Adjunto de Calidad en Salud	8	Recibe estrategias, medidas y acciones verifica y firma	Estrategias, medidas y acciones firmadas
	9	Turna a Director General de Calidad y Educación en Salud para su Vo. Bo. y firma las estrategias, medidas y acciones	
		Procede:	
	10	No: Regresa a la actividad 2 para emitir instrucciones de desarrollo.	
	11	Sí: Continúa procedimiento.	

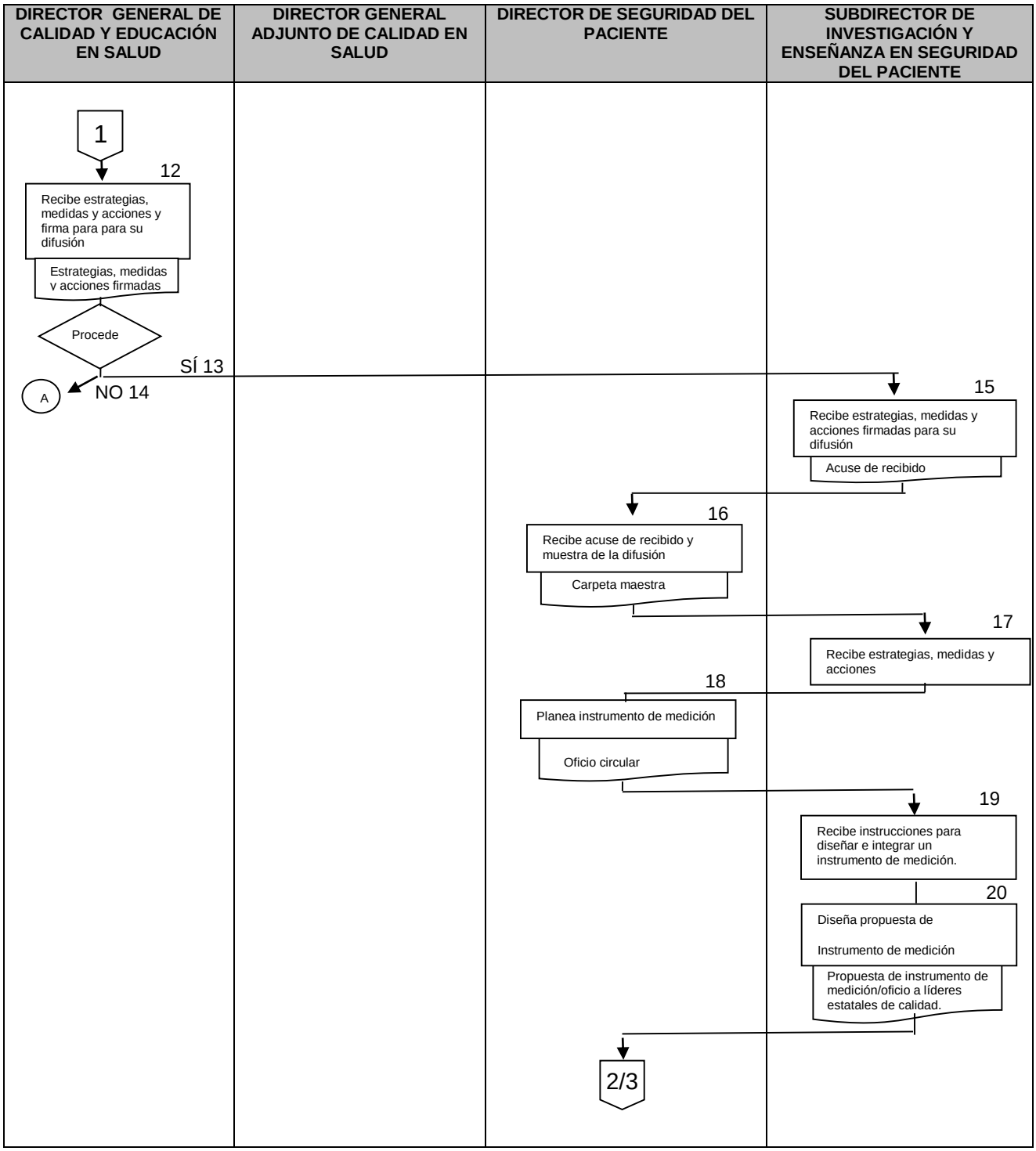
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	12 13 14	Recibe el área correspondiente las estrategias, medidas y acciones, da visto bueno y firma. Procede: No: Regresa a la actividad 2 para emitir instrucciones de desarrollo Sí: Continúa el procedimiento.	Estrategias, medidas y acciones firmadas
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	15	Recibe el área correspondiente (Dirección de Mejora de Procesos, Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, Dirección de Educación en Salud), las estrategias, medidas y acciones firmadas para su difusión en el medio autorizado.	Acuse de recibido Muestra impresa y electrónica de la difusión
Director de Seguridad del Paciente	16	Recibe acuse de recibido y muestra electrónica e impresa de la difusión.	Carpeta maestra
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	17	Envía al Subdirector de Investigación y Enseñanza a los responsables estatales de calidad, unidades médicas registradas en la red de SICALIDAD y unidades registradas en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, en forma electrónica, las estrategias, medidas y acciones.	
Director de Seguridad del Paciente	18	Planea el desarrollo de instrumento de medición.	Oficio circular
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	19 20	Recibe instrucciones para diseñar e integrar un instrumento de medición. Diseña propuesta de instrumento de medición.	Propuesta de instrumento de medición /oficio a líderes estatales de calidad
Director de Seguridad del Paciente	21 22 23	Recibir instrumento de medición, verifica, y da Vo. Bo. Procede: No. Regresa a la actividad 10 para emitir instrucciones de desarrollo. Sí: Continúa procedimiento.	Propuesta de instrumento de medición /oficio a líderes estatales de calidad

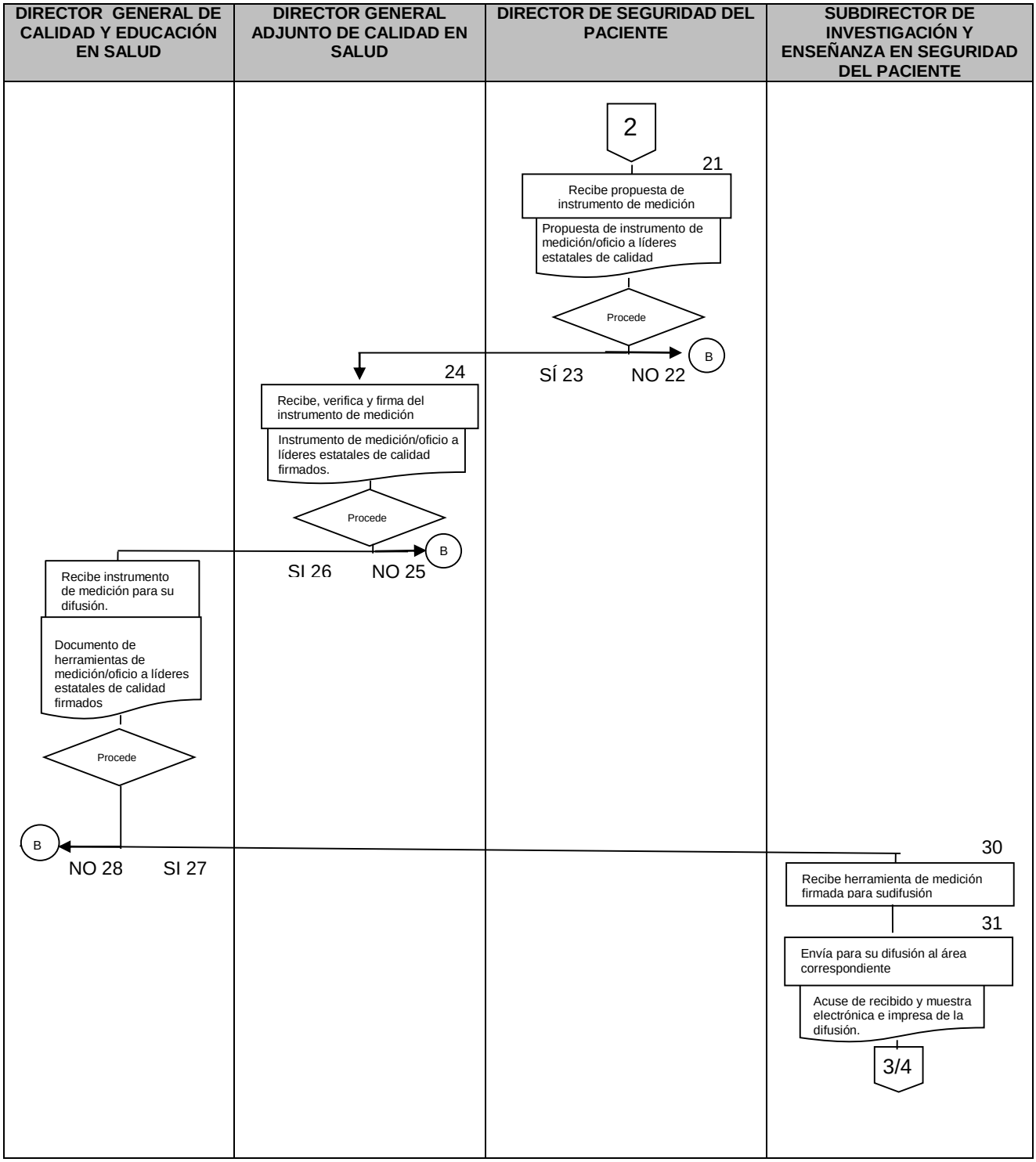
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunta de Calidad en Salud	24	Recibe instrumento de medición, verifica y firma	Instrumento de medición /oficio a líderes estatales de calidad firmados
		Procede	
	25	No: Regresa a la actividad 10 para emitir instrucciones de desarrollo	
	26	Sí: Continúa procedimiento.	
Director General de Calidad y Educación en Salud	27	Recibir instrumento de medición, da Vo. Bo. y firma.	Documento de herramientas de medición /oficio a líderes estatales de calidad firmados
		Procede:	
	28	No: Regresa a la actividad 10 para emitir instrucciones de desarrollo	
	29	Sí: Continúa procedimiento.	
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	30	Recibir documento de herramientas de medición firmadas para envío a los líderes estatales de calidad y unidades asociadas en el Programa de Seguridad del Paciente.	Acuse de recibido y muestra electrónica e impresa de la difusión
	31	Envía para su difusión al área correspondiente (Dirección de Mejora de Procesos, Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, Dirección de Educación en Salud).	
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	32	Enviar al Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente a los responsables estatales de calidad, las unidades médicas registradas en la red de SICALIDAD y unidades registradas en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, de forma electrónica, la herramienta de medición para su aplicación en los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud.	Resultados de la aplicación del instrumento de medición del desarrollo de las estrategias, medidas y acciones
Director de Seguridad del Paciente	33	Recibir los resultados de la medición y convoca a reunión a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente.	Oficio circular

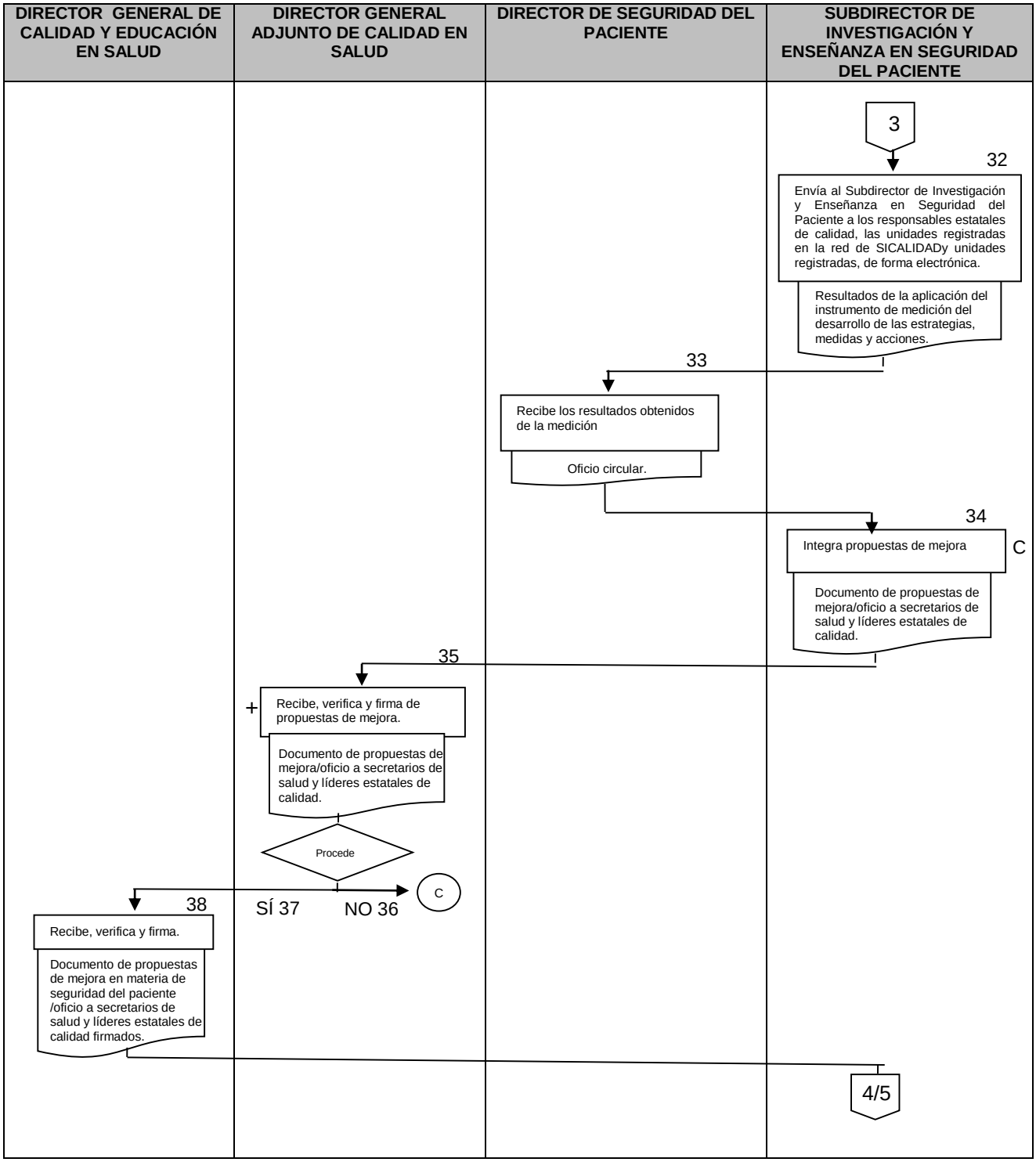
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	34	Integrar propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente.	Documento de propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente /oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad
Director General Adjunta de Calidad en Salud	35 36 37	Recibe propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente y verifica Procede: No: Regresa a la actividad 34 para Integrar propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente Sí: Continúa procedimiento.	Documento de propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente /oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad
Director General de Calidad y Educación en Salud	38	Recibir, verificar y firmar.	Documento de propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente /oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad firmados
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	39	Recibir documento de propuestas de mejora firmadas para envió a los secretarios de salud y líderes estatales de calidad.	Documento de propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente /oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad firmados
Director de Seguridad del Paciente	40	Recibir los avances de las propuestas de mejora. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficio de avances estatales Base de datos

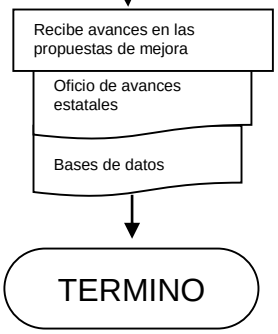
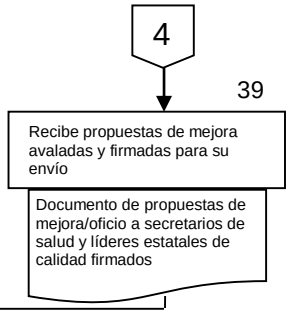
5. DIAGRAMA DE FLUJO.




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
1
12
Recibe estrategias, medidas y acciones y firma para para su difusión
Estrategias, medidas y acciones firmadas
Procede
SÍ 13
NO 14
A
15
Recibe estrategias, medidas y acciones firmadas para su difusión
Acuse de recibido
16
Recibe acuse de recibido y muestra de la difusión
Carpeta maestra
17
Recibe estrategias, medidas y acciones
18
Planea instrumento de medición
Oficio circular
19
Recibe instrucciones para diseñar e integrar un instrumento de medición.
20
Diseña propuesta de
Instrumento de medición
Propuesta de instrumento de medición/oficio a líderes estatales de calidad.
2/3


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
2
21
Recibe propuesta de instrumento de medición
Propuesta de instrumento de medición/oficio a líderes estatales de calidad
Procede
SÍ 23
NO 22
B
24
Recibe, verifica y firma del instrumento de medición
Instrumento de medición/oficio a líderes estatales de calidad firmados.
Procede
SI 26
NO 25
B
Recibe instrumento de medición para su difusión.
Documento de herramientas de medición/oficio a líderes estatales de calidad firmados
Procede
B
NO 28
SI 27
30
Recibe herramienta de medición firmada para sudifusión
31
Envía para su difusión al área correspondiente
Acuse de recibido y muestra electrónica e impresa de la difusión.
3/4


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
3
32
Envía al Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente a los responsables estatales de calidad, las unidades registradas en la red de SICALIDADy unidades registradas, de forma electrónica.
Resultados de la aplicación del instrumento de medición del desarrollo de las estrategias, medidas y acciones.
33
Recibe los resultados obtenidos de la medición
Oficio circular.
34
Integra propuestas de mejora
C
Documento de propuestas de mejora/oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad.
35
Recibe, verifica y firma de propuestas de mejora.
Documento de propuestas de mejora/oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad.
Procede
SÍ 37
NO 36
C
38
Recibe, verifica y firma.
Documento de propuestas de mejora en materia de seguridad del paciente /oficio a secretarios de salud y líderes estatales de calidad firmados.
4/5

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD	DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Sectorial de Salud	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.4 Programa de Acción Específico	N/A
6.5 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	POP-DDO-PO-005-02

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Estrategias, medidas y acciones firmadas	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	No. de Circular
7.2 Acuse de recepción de solicitud para la difusión de las estrategias, medidas y acciones firmadas	1 año	Dirección de Seguridad del Paciente	No. de Circular
7.3 Muestra electrónica e impresa de la difusión	1 año	Dirección de Seguridad del Paciente	N/A
7.4 Herramienta de medición	1año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	No. de Circular
7.5 Base de datos de los resultados de la medición	5 años	Dirección de Seguridad del Paciente	N/A
7.5 Documento de propuestas de mejora	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	No. de circular
7.6 Base de datos de avances de las propuestas de mejora	5 años	Dirección de Seguridad del Paciente	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Eventos adversos: Cualquier lesión no intencional, causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

8.2 Propuesta de mejora: Idea o proyecto sobre un asunto o negocio que se presenta ante varias personas. Conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir un objetivo específico, que generalmente debe ser alcanzado en un periodo previamente definido.

8.3. Recomendaciones internacionales: Configuración de tendencias en salud mundiales, emitidas por autoridades directivas internacionales y coordinadoras de acciones en salud.

8.4 Red de difusión del Sistema Integral de Calidad: Sistema de difusión por correo electrónico perteneciente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), integrado correos de personal médico, contactos directivos estatales en salud y tomadores de decisión y personal interesado en salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

107. PROCEDIMIENTO PARA SELECCIONAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, MODELOS Y MATERIAL DE ENSEÑANZA EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DIFUNDIR LOS RESULTADOS PARA SU DESARROLLO

1. PROPÓSITO

1.1 Difundir prácticas destacadas que contribuyan a la mejora de la atención médica y disminución de eventos adversos a través de diferentes medios de comunicación de la DGCES, para promover su desarrollo en los hospitales de mediana y alta complejidad e impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Seguridad del Paciente, a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente, a la Dirección de Mejora de Procesos y a la Dirección de Educación en Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud e instituciones educativas en ciencias de la salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La investigación en seguridad del paciente se encuentra incluida como programa en la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS y se concentra particularmente en:

- Facilitar la investigación sobre seguridad del paciente y la difusión de los resultados en todos los sistemas de salud
- Contribuir a establecer la base científica necesaria para el desarrollo de nuevas soluciones y la adopción más eficaz de las soluciones conocidas
- Facilitar los avances en términos de instrumentos y métodos de investigación, en particular en los ámbitos en los que los datos y los recursos son escasos
- Promover el intercambio entre países, médicos, investigadores y especialistas en seguridad del paciente en todas las regiones de la OMS.
- Orientar en la determinación de prioridades para la investigación sobre seguridad del paciente.
- Contribuir a fortalecer la capacidad de investigación sobre seguridad del paciente, en particular en los países en desarrollo y con economías en transición.

3.2 Bajo este precepto, la Dirección de Seguridad del Paciente es responsable de difundir en el Sistema Nacional de Salud, prácticas destacadas que contribuyan a disminuir eventos adversos en la atención médica para promover la investigación en materia de seguridad del paciente; por lo que formula en uno de sus objetivos el "Difundir el conocimiento generado a partir de las investigaciones en materia de seguridad del paciente en nuestro país, así como de la información más actualizada relacionada con la prevención de los eventos adversos."

3.3 La Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente junto con la Dirección de Seguridad del Paciente promueve la difusión de prácticas destacadas en materia de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud, a través de diferentes medios de comunicación de la DGCES dirigidos a los directivos, operativos, y público en general.

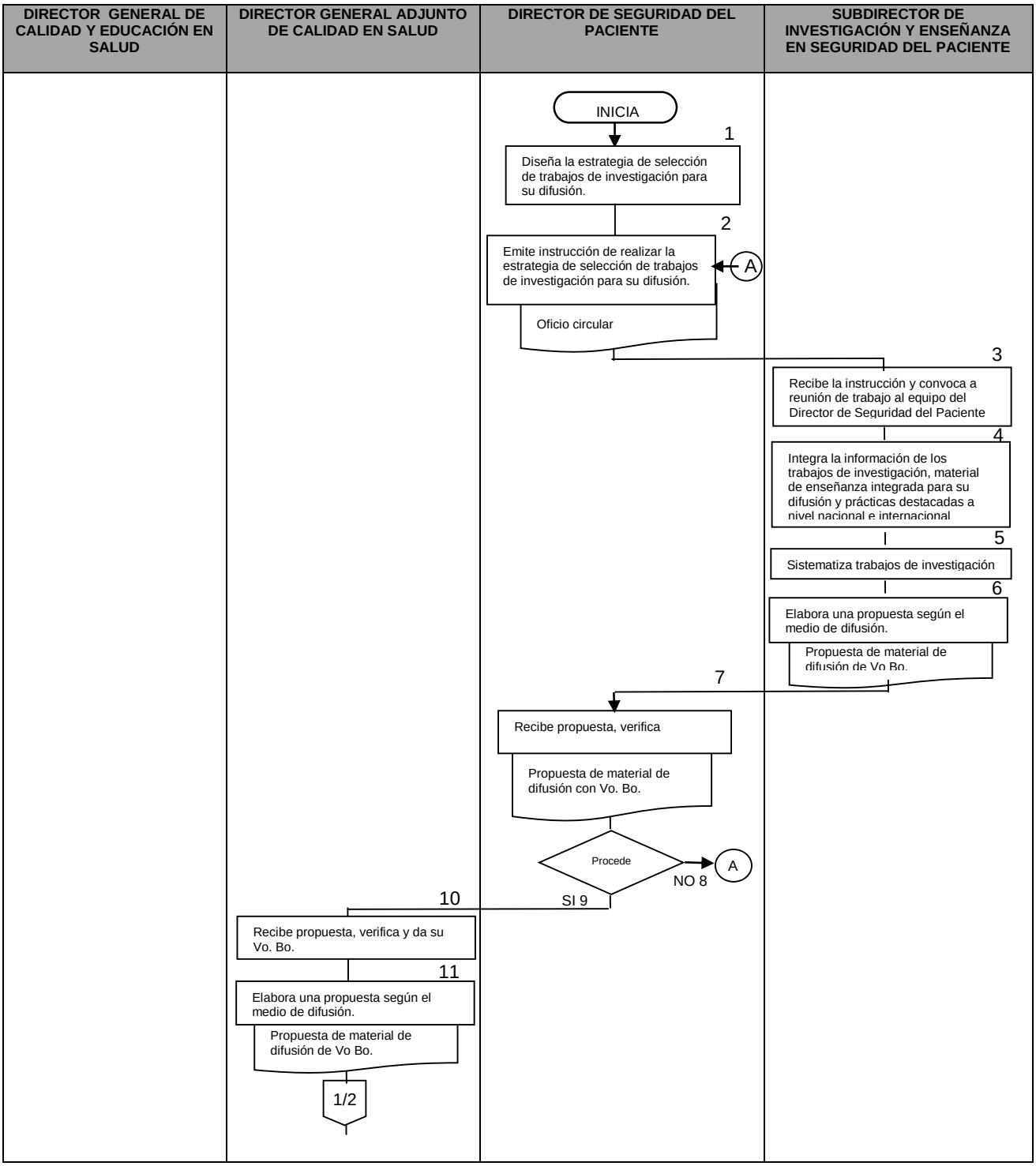
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

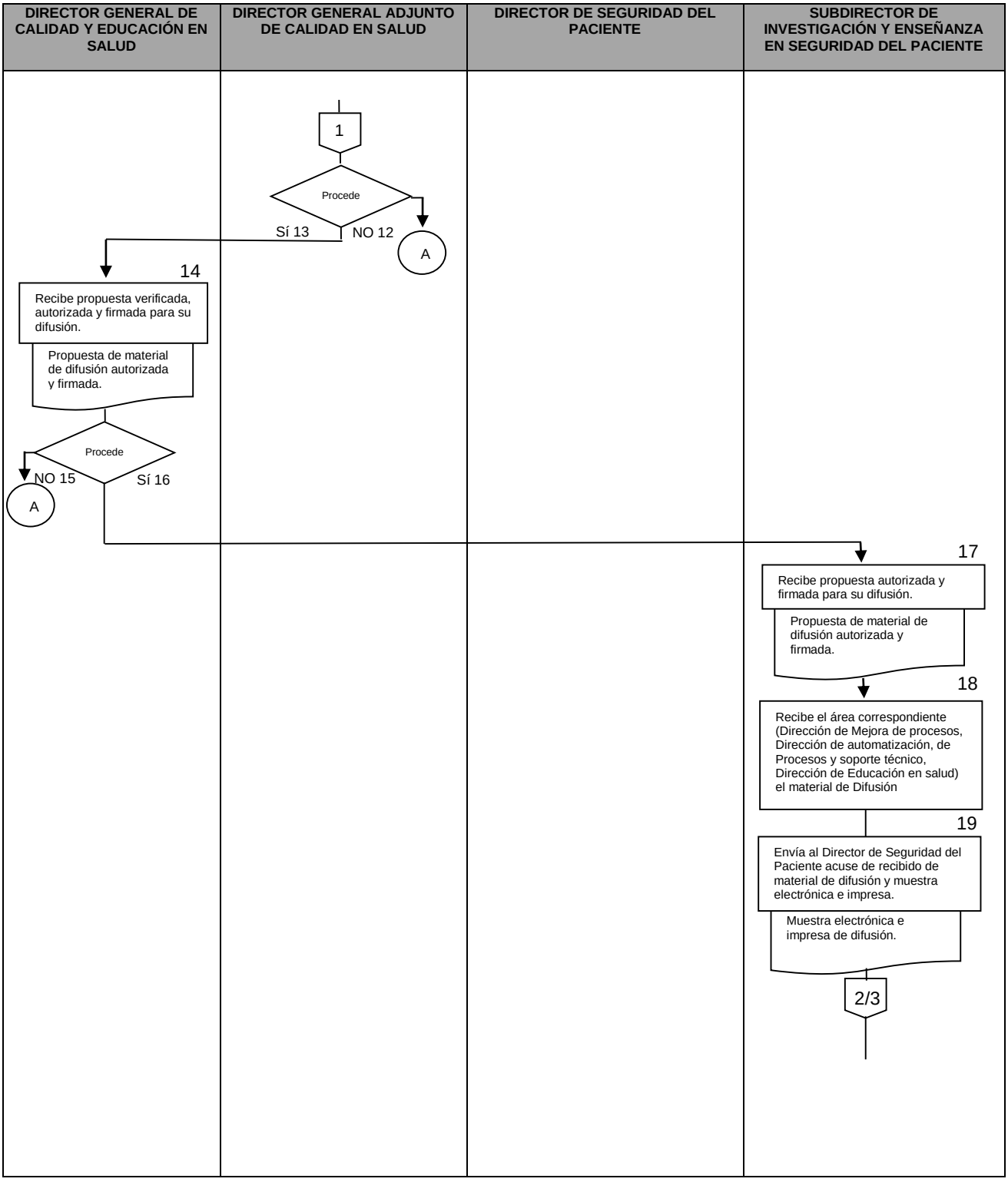
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	1	Diseña la estrategia de selección de trabajos de investigación para su difusión.	
	2	Emite instrucción de realizar la estrategia de selección de trabajos de investigación para su difusión y la turna a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente.	Oficio circular
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	3	Recibe instrucción y convoca a reunión de trabajo al equipo del Director de Seguridad del Paciente	
	4	Integra la información de los trabajos de investigación, material de enseñanza integrada en esta dirección para su difusión y prácticas destacadas a nivel nacional e internacional	
	5	Sistematiza los trabajos de investigación	
	6	Elabora una propuesta según el medio de difusión.	Propuesta de material de difusión
Director de Seguridad del Paciente	7	Recibe propuesta, verifica.	
	8	Procede No: Regresa a la actividad 2 para Emitir instrucción de realizar la estrategia de selección de trabajos de investigación para su difusión y la turna a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Propuesta de material de difusión con Vo. Bo.
	9	Sí: Continúa procedimiento	
Director General Adjunta de Calidad en Salud	10	Recibe propuesta, verifica y da su Vo. Bo.	
	11	Envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su firma	
	12	Procede: No: Regresa a la actividad 2 Emitir instrucción de realizar la estrategia de selección de trabajos de investigación para su difusión y la turna a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Propuesta de material de difusión con Vo. Bo.
	13	Sí: Continúa procedimiento	

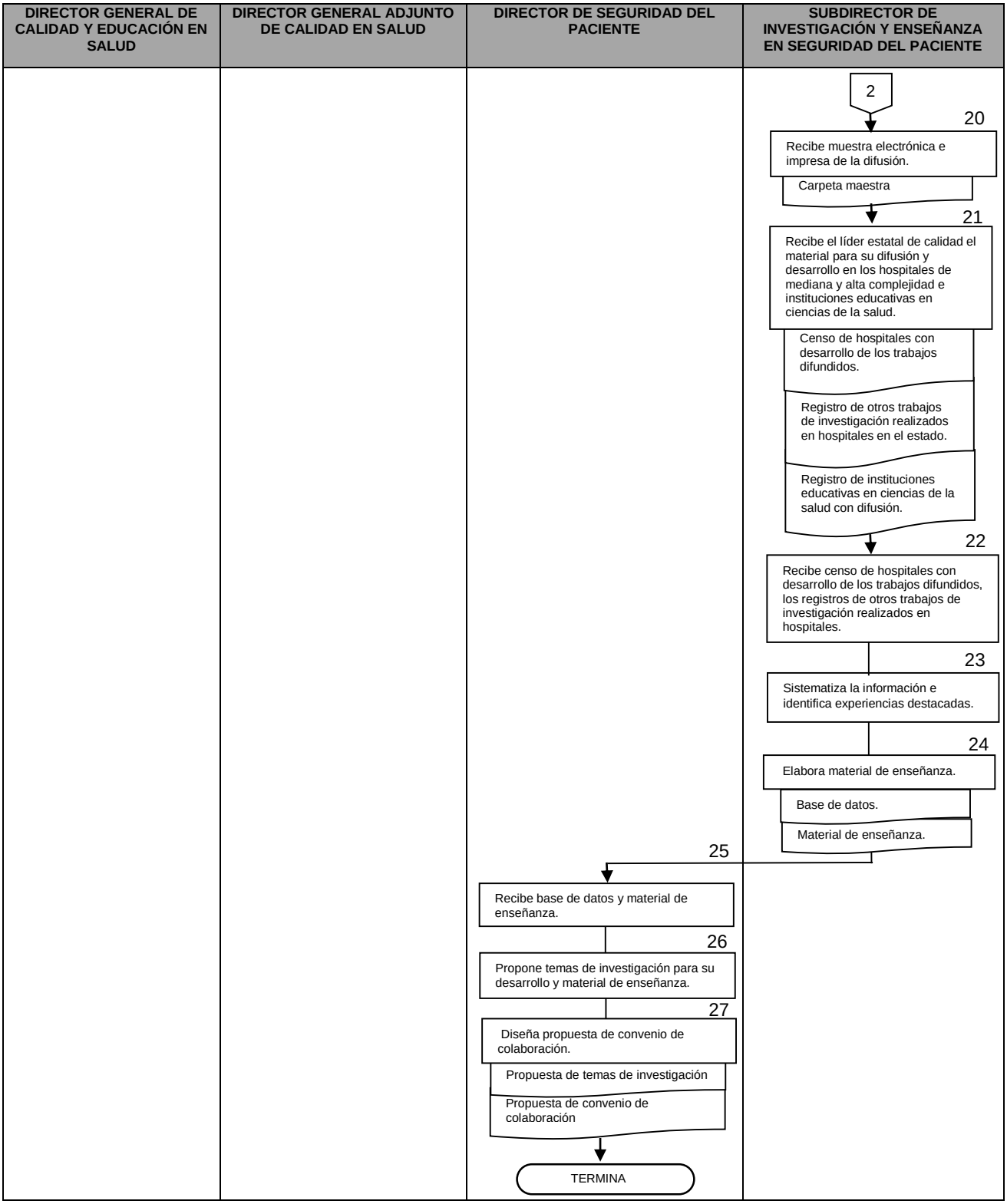
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	14	Recibe propuesta, verificada, autorizada y firmada para su difusión. Procede	
	15	No: Regresa a la actividad 2 para Emitir instrucción de realizar la estrategia de selección de trabajos de investigación para su difusión y la turna a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente.	Propuesta de material de difusión autorizada y firmada
	16	Sí: Continúa procedimiento.	
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	17	Recibe propuesta autorizada y firmada para su difusión y la turna al área correspondiente.	Propuesta de material de difusión autorizada y firmada
	18	Recibe el área correspondiente (Dirección de Mejora de Procesos, Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico, Dirección de Educación en Salud) el material de difusión.	Acuse de recibido de material de difusión
	19	Envía al Director de Seguridad del Paciente acuse de recibido de material de difusión y muestra electrónica e impresa de la difusión.	Muestra electrónica e impresa de la difusión
	21	Recibe el líder estatal de calidad el material para su difusión y desarrollo en los hospitales de mediana y alta complejidad e instituciones educativas en ciencias de la salud.	Registro de otros trabajos de investigación realizados en hospitales de mediana y alta complejidad en el estado. Registro de instituciones educativas en ciencias de la salud con difusión
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	22	Recibe censo de hospitales de mediana y alta complejidad con desarrollo de los trabajos difundidos, los registros de otros trabajos de investigación realizados en hospitales de mediana y alta complejidad en el estado, así como el registro de instituciones educativas en ciencias de la salud donde se realizó la difusión.	Base de datos
	23	Sistematiza la información e identifica experiencias destacadas.	
	24	Elabora material de enseñanza.	Material de enseñanza

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	25	Recibe base de datos y material de enseñanza.	Propuesta de temas de investigación.
	26	Propone temas de investigación para su desarrollo en la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente y material de Enseñanza a la Dirección de Educación en Salud para su difusión.	Propuesta de convenio de colaboración con las áreas y/o instituciones correspondientes en educación
	27	Diseña propuesta de convenio de colaboración con las áreas y/o instituciones correspondientes en educación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
1
Procede
Sí 13
NO 12
A
14
Recibe propuesta verificada, autorizada y firmada para su difusión.
Propuesta de material de difusión autorizada y firmada.
Procede
NO 15
Sí 16
A
17
Recibe propuesta autorizada y firmada para su difusión.
Propuesta de material de difusión autorizada y firmada.
18
Recibe el área correspondiente (Dirección de Mejora de procesos, Dirección de automatización, de Procesos y soporte técnico, Dirección de Educación en salud) el material de Difusión
19
Envía al Director de Seguridad del Paciente acuse de recibido de material de difusión y muestra electrónica e impresa.
Muestra electrónica e impresa de difusión.
2/3


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
2
20
Recibe muestra electrónica e impresa de la difusión.
Carpeta maestra
21
Recibe el líder estatal de calidad el material para su difusión y desarrollo en los hospitales de mediana y alta complejidad e instituciones educativas en ciencias de la salud.
Censo de hospitales con desarrollo de los trabajos difundidos.
Registro de otros trabajos de investigación realizados en hospitales en el estado.
Registro de instituciones educativas en ciencias de la salud con difusión.
22
Recibe censo de hospitales con desarrollo de los trabajos difundidos, los registros de otros trabajos de investigación realizados en hospitales.
23
Sistematiza la información e identifica experiencias destacadas.
24
Elabora material de enseñanza.
Base de datos.
Material de enseñanza.
25
Recibe base de datos y material de enseñanza.
26
Propone temas de investigación para su desarrollo y material de enseñanza.
27
Diseña propuesta de convenio de colaboración.
Propuesta de temas de investigación
Propuesta de convenio de colaboración
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Plan Nacional de Salud	N/A
6.2 Programa Sectorial de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización Específico	N/A
6.5 Programa de Acción Específico	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	POP-DDO-PO-005-02

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuse de recibido de material de difusión	1 año	Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	No. de Circular
7.2 Muestra electrónica e impresa de la difusión	1 año	Director de Seguridad del Paciente	N/A
7.3 Censo de hospitales de mediana y alta complejidad con desarrollo de los trabajos difundidos	5 años	Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	No de circular
7.4 Registro de otros trabajos de investigación realizados en hospitales de mediana y alta complejidad en el estado		Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	No. de circular
7.5 Base de datos	5 años	Director de Seguridad del Paciente	N/A
7.6 Material de enseñanza	1 año	Director de Seguridad del Paciente	N/A
7.7 Propuesta de temas de investigación	1 año	Director de Seguridad del Paciente	N/A
7.8 Propuesta de material de enseñanza	5 años	Director de Seguridad del Paciente	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los estados miembros, la secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

8.2 Hospitales de mediana y alta complejidad: Parte integrante de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica integral es también, un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y campo de investigación biopsicosocial, cuya cualidad dependerá de la presencia de médicos generales, especialistas básicos y especialistas mayores, así como su infraestructura y equipamiento.

8.3 Instrumento de medición: Medios para establecer la relación entre un objeto de estudio y unidad de referencia, utilizando objetos y sucesos previamente establecidos como estándares.

8.4 Material de enseñanza: Componente de calidad, son elementos concretos físicos que aportan mensajes educativos, usados para el aprendizaje, para desarrollar estrategias cognoscitivas, facilitar el desarrollo, adquisición o fijación del aprendizaje.

8.5 Medios de comunicación de la DGCES: Hace referencia a los instrumentos por los cuales se realiza el proceso comunicacional y de difusión entre un emisor (la Dirección General de Calidad y Educación en Salud DGCES) y un receptor (sector salud y público en general). Por ejemplo: sitios de internet, multimedia, plataformas, dípticos, carteles, presentaciones, página de la DGCES, boletines, etc.

8**.6 Prácticas destacadas:** Realización de actividades con base en el uso de instrumentos de análisis y medición para la mejora de la atención médica, obteniendo datos duros que sustenten su replicabilidad y promuevan el desarrollo de la misma (investigación).

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

N/A

108. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA Y/O ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Diseñar y efectuar estudios de investigación operativa y/o administrativa en materia de seguridad del paciente para identificar y prevenir incidentes adversos en el ejercicio de la práctica médica en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Seguridad del Paciente y a la Subdirección Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Seguridad del Paciente es responsable de desarrollar estudios de investigación operativa y/o administrativa que permitan identificar y prevenir incidentes adversos en el ejercicio de la práctica médica de los profesionales que laboran en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud; así como proponer acciones de mejora que incidan favorablemente en la práctica médica, considerando aquellas experiencias exitosas en el ámbito nacional e internacional relacionadas con la seguridad del paciente.

3.2 La Dirección de Seguridad del Paciente, con la participación de la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente son responsables de elaborar los estudios de investigación operativa y/o administrativa en materia de seguridad del paciente.

3.3 La Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente es responsable de implementar los estudios de investigación operativa y/o administrativa para monitorear el comportamiento de la presencia de incidentes de seguridad en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como determinar y conocer las tendencias normativas e institucionales de la materia de seguridad del paciente.

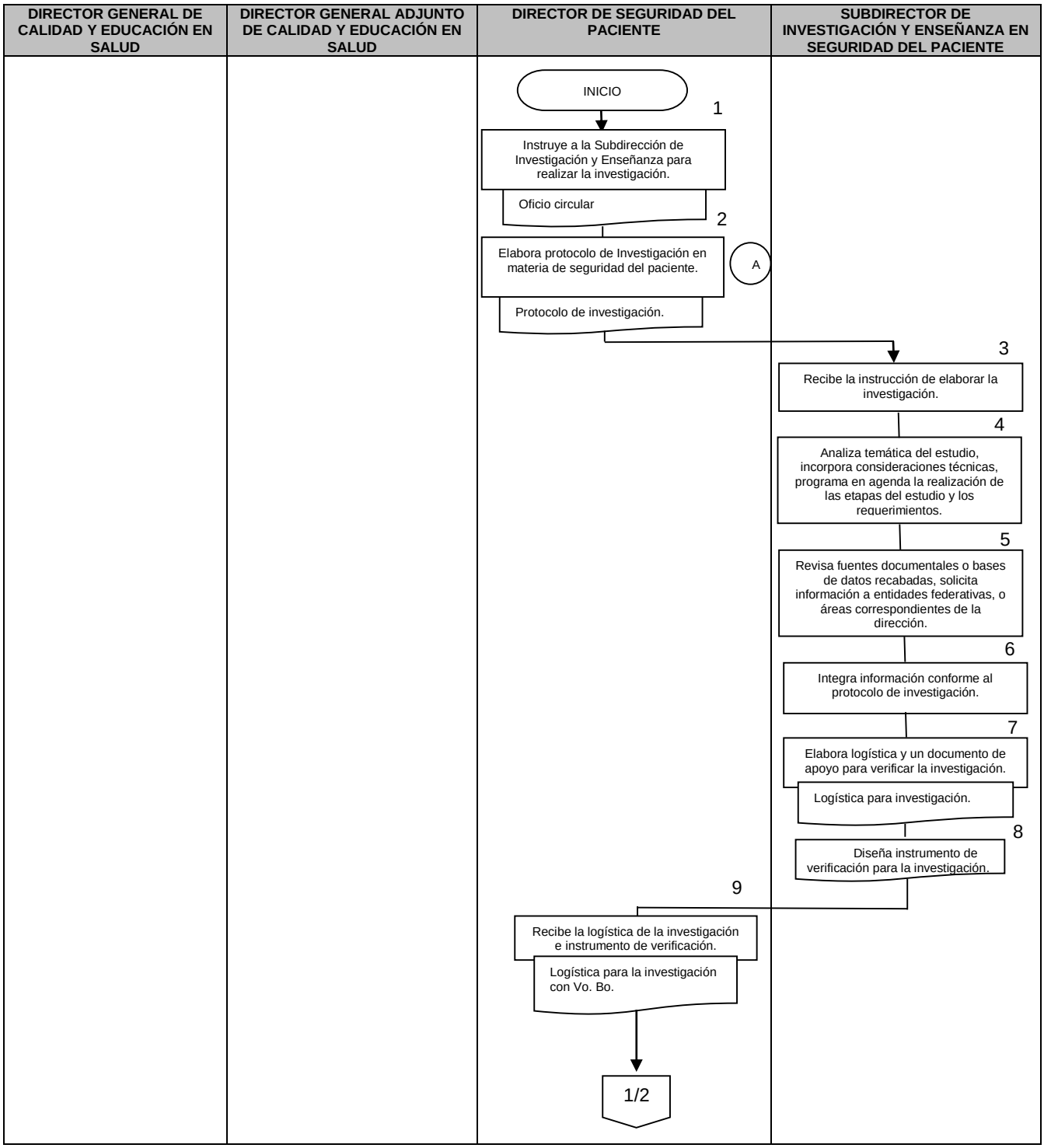
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

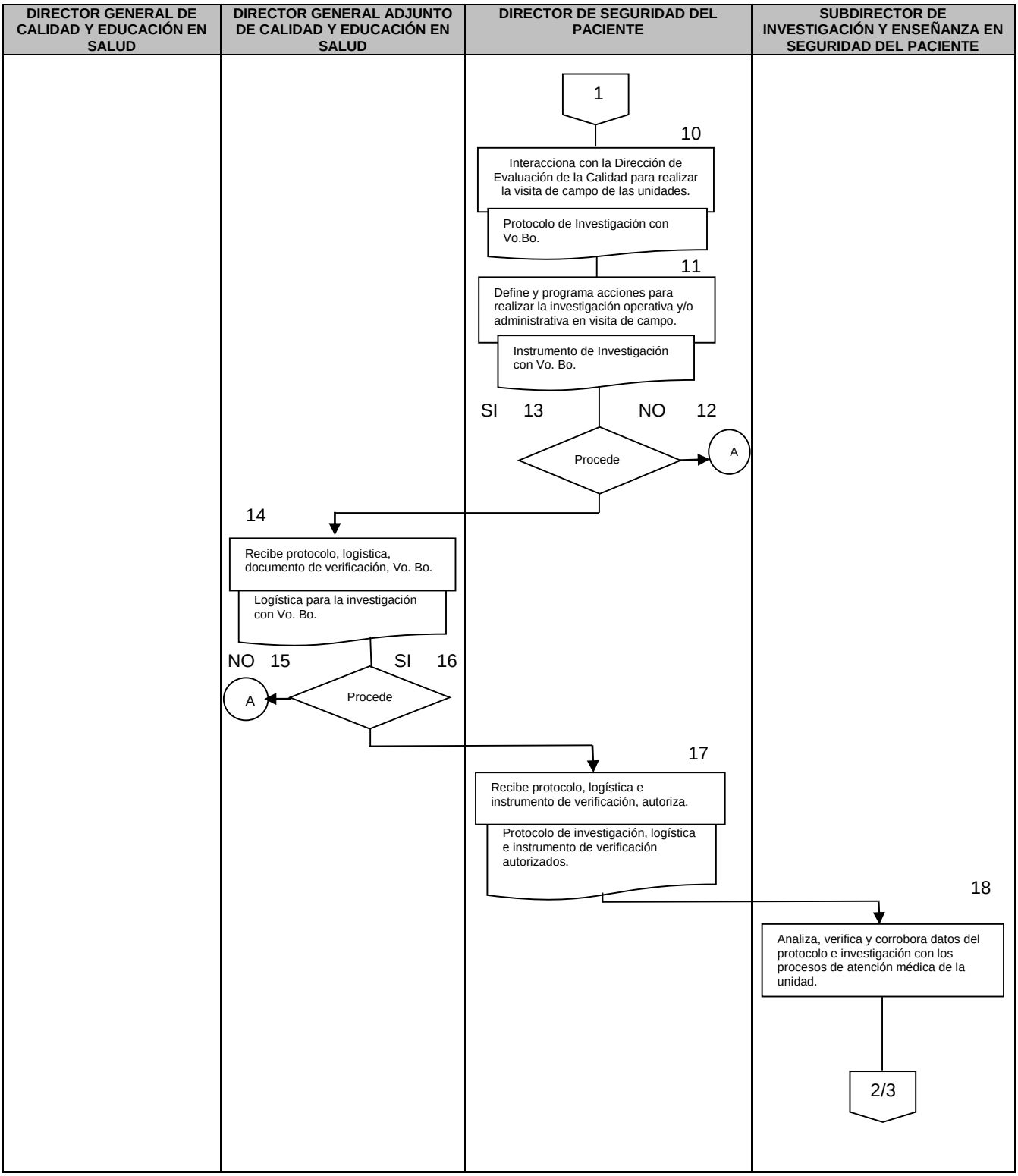
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	1	Instruye a la Subdirección de Investigación y Enseñanza para realizar la investigación operativa y/o administrativa.	Oficio circular
	2	Elabora protocolo de investigación en materia de seguridad del paciente.	Protocolo de investigación
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	3	Recibe la instrucción de elaborar la investigación.	Logística para la investigación
	4	Analiza la temática del estudio de investigación, incorpora consideraciones técnicas, programa en agenda de trabajo la realización de las distintas etapas del estudio y de los requerimientos humanos y materiales.	
	5	Revisa fuentes documentales o bases de datos recabadas, solicita datos o información a las entidades federativas, organismos públicos o privados o áreas correspondientes de la dirección.	
	6	Integra datos e información documental conforme al protocolo de investigación.	
	7	Elabora logística para realizar la investigación y de un documento de apoyo para la verificación de la investigación.	
	8	Diseña instrumento de verificación para la investigación	Instrumento de verificación
Director de Seguridad del Paciente	9	Recibe la logística de la investigación e instrumento de verificación.	Logística para la investigación con Vo. Bo.
	10	Integra con la Dirección de Evaluación de la Calidad para realizar la visita de campo de la(s) unidad(es).	Protocolo de investigación con Vo. Bo.

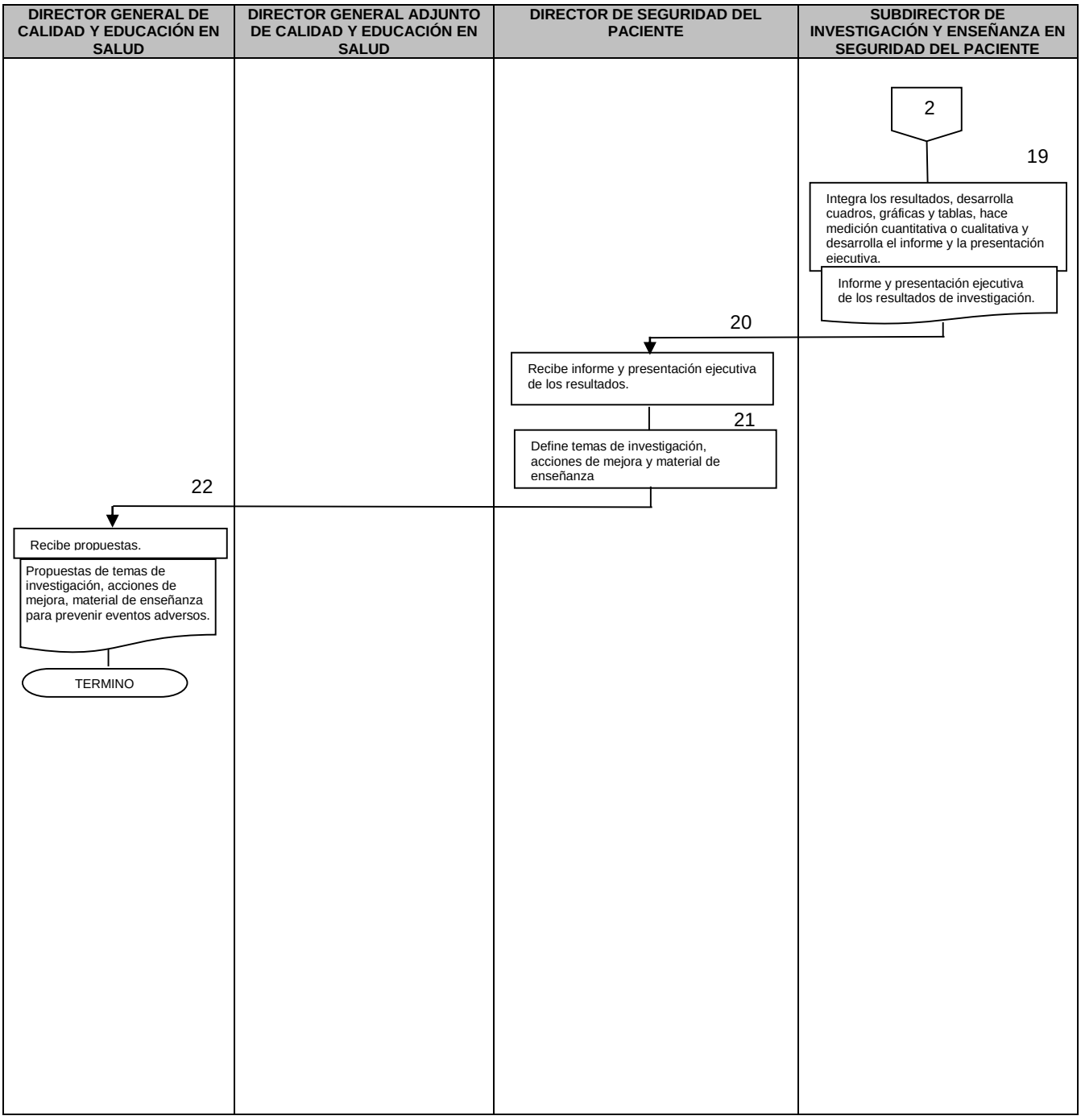
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	11	Define y programar acciones con la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente para realizar la investigación operativa y/o administrativa en visita de campo. Procede: No: Regresa a la actividad 2 para elaborar protocolo de investigación en materia de seguridad del paciente Sí: Continúa procedimiento.	Instrumento de verificación con Vo. Bo.
	12		
	13		
Director General Adjunta de Calidad en Salud	14	Recibe protocolo, logística de la investigación y documento de verificación da Vo. Bo. Procede: No: Regresa a la actividad 2 para elaborar protocolo de investigación en materia de seguridad del paciente. Sí: Continúa procedimiento.	Protocolo de investigación, logística e instrumento de verificación con Vo. Bo.
	15		
	16		
Director General de Calidad y Educación en Salud	17	Recibe protocolo de investigación, logística e Instrumento de verificación verifica y autoriza.	Protocolo de investigación, logística e instrumento de verificación autorizados
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	18	Analiza, verificar y corroborar datos del protocolo e investigación documental con los procesos de atención médica de la unidad. Integra los resultados, desarrolla cuadros, gráficas y tablas, hace la medición cuantitativa o cualitativa y desarrolla el informe de investigación y la presentación ejecutiva de resultados del estudio de investigación y turna a la Dirección de Seguridad del Paciente.	Informe y presentación ejecutiva de los resultados de la investigación
	19		
Director de Seguridad del Paciente	20	Recibe iInforme y presentación ejecutiva de los resultados de la investigación.	Propuesta de temas de investigación, acciones de mejora y material de enseñanza para

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	21	Definir temas de investigación, acciones de mejora y material de enseñanza.	prevenir eventos adversos en la atención médica
Director General de Calidad y Educación en Salud	22	Recibe propuestas de temas de investigación, acciones de mejora y material de enseñanza para prevenir eventos adversos en la atención médica. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Propuesta de temas de investigación, acciones de mejora y material de enseñanza para prevenir eventos adversos en la atención médica autorizados

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
1
10
Interacciona con la Dirección de Evaluación de la Calidad para realizar la visita de campo de las unidades.
Protocolo de Investigación con Vo.Bo.
11
Define y programa acciones para realizar la investigación operativa y/o administrativa en visita de campo.
Instrumento de Investigación con Vo. Bo.
SI 13
NO 12
Procede
A
14
Recibe protocolo, logística, documento de verificación, Vo. Bo.
Logística para la investigación con Vo. Bo.
NO 15
SI 16
Procede
A
17
Recibe protocolo, logística e instrumento de verificación, autoriza.
Protocolo de investigación, logística e instrumento de verificación autorizados.
18
Analiza, verifica y corrobora datos del protocolo e investigación con los procesos de atención médica de la unidad.
2/3


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
2
19
Integra los resultados, desarrolla cuadros, gráficas y tablas, hace medición cuantitativa o cualitativa y desarrolla el informe y la presentación ejecutiva.
Informe y presentación ejecutiva de los resultados de investigación.
20
Recibe informe y presentación ejecutiva de los resultados.
21
Define temas de investigación, acciones de mejora y material de enseñanza
22
Recibe propuestas.
Propuestas de temas de investigación, acciones de mejora, material de enseñanza para prevenir eventos adversos.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Plan Nacional de Salud	N/A
6.2 Programa Sectorial de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización Específico	N/A
6.5 Programa de Acción Específico	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	POP-DDO-PO-005-02

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Protocolo de investigación	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Documento
7.2 Instrumento de verificación	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Documento
7.3 Propuesta de temas de investigación, acciones de mejora y material de enseñanza para prevenir eventos adversos en la atención médica	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Archivo electrónico
7.4 Informe de investigación y presentación ejecutiva	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Informe

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Estudio de investigación: Desarrollo de un planteamiento cognitivo que busca arrojar nuevas tendencias, perspectivas o mediciones con respecto a una teoría, doctrina, materia, directriz o idea.

8.2. Fuentes documentales: Todo documento referencial sea este escrito o electrónico que contenga información primaria, secundaria y terciaria para fundamentar, demostrar o contratar teorías, pesquisas o hipótesis de un estudio de investigación.

8.3. Informe de investigación: Reporte escrito que presenta la estructura protocolaria del desarrollo de un estudio de investigación a partir del cual se obtuvieron los resultados o conclusiones de un tema del que se está indagando.

8.4. Protocolo de investigación: Estructura basal que contiene los elementos o parámetros de formalización inicial de un estudio de investigación y, que básicamente, corresponden a los fundamentos teóricos, sociales, políticos, económicos y técnicos que fundamentan la realización de una investigación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

109. PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR TALLERES EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DIFUNDIR RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PRÁCTICAS DESTACADAS Y UN MODELO DE GESTIÓN DE RIESGOS

1. PROPÓSITO

1.1 Difundir prácticas destacadas en materia de seguridad del paciente y recomendaciones para prevenir eventos adversos en la atención médica, emitidas por la Dirección de Seguridad del Paciente así como otorgar asesoría técnica para el desarrollo de las mismas en los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a la Dirección de Seguridad del Paciente y a la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a los hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud e instituciones educativas de ciencias de la salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Programa de Acción Especifico del Sistema Integral de Calidad define como uno de los objetivos del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, el difundir y promover el desarrollo de buenas prácticas en las unidades del sector salud y dentro de sus acciones desarrollar talleres en materia de seguridad del paciente otorgando asesoría técnica para promover e implantar estrategias para contener los riesgos en la atención médica.

3.2 La Dirección de Seguridad del Paciente con la colaboración de la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente, son responsables de desarrollar talleres en materia de seguridad del paciente para implementar acciones emitidas por esta dirección

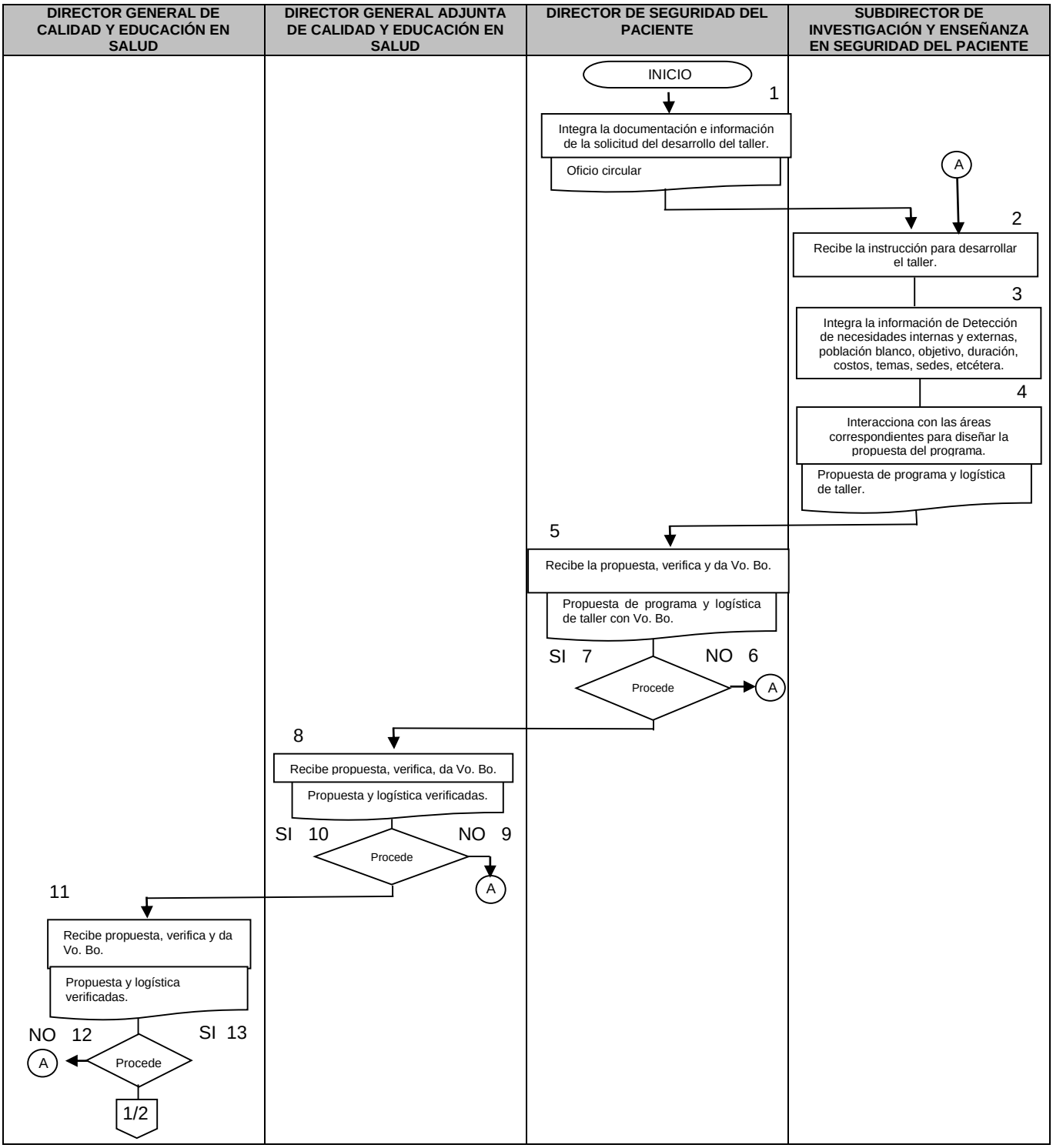
3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente otorgar asesoría técnica en el desarrollo de talleres en materia de seguridad del paciente asa la integración de prácticas destacadas para su difusión.

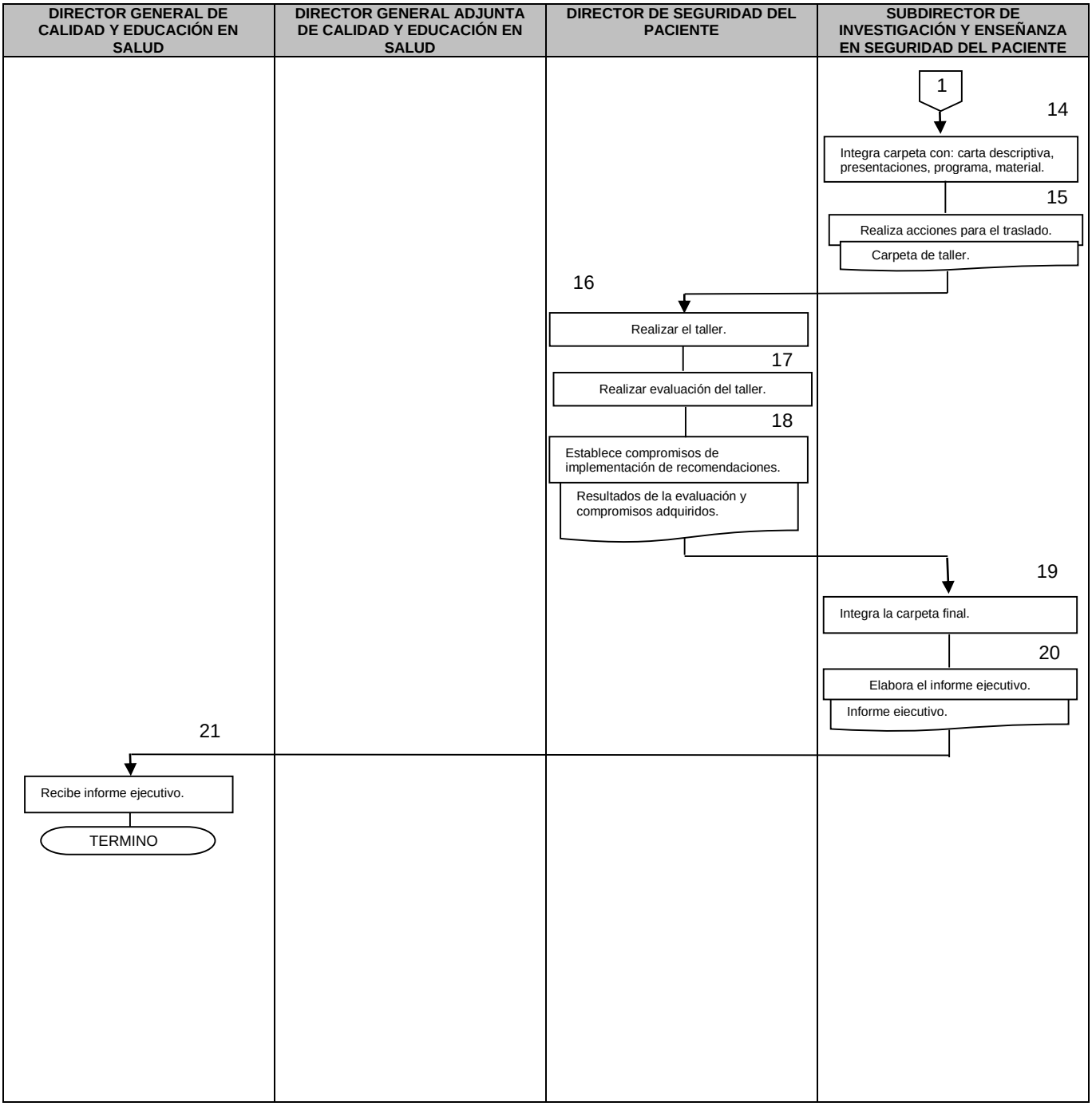
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	1	Integra la documentación e información de la solicitud del desarrollo del taller.	Oficio circular
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	2	Recibe la instrucción para desarrollar el taller.	Propuesta de programa
	3	Integra la información relacionada a: Detección de necesidades internas y externas, población blanco, objetivo, duración, costos, temas, sedes, entre otros.	Logística del taller
	4	Interacciona con las áreas correspondientes solicitantes del taller para diseñar la propuesta de programa.	
Director de Seguridad del Paciente	5	Recibe la propuesta de programa, verifica y da Vo. Bo. Procede:	Propuesta de programa con Vo. Bo. Logística del taller con Vo. Bo.
	6	No: Regresa a actividad 2 para recibir la instrucción para desarrollar el taller.	
	7	Si: Continua procedimiento.	
Director General Adjunta de Calidad en Salud	8	Recibe la propuesta de programa, verifica y da Vo. Bo. Procede:	Propuesta de programa y logística del taller verificadas
	9	No: Regresa a actividad 2 para recibir la instrucción para desarrollar el taller.	
	10	Si: Continua procedimiento.	
	11	Recibe la propuesta de programa, verifica y da Vo. Bo. Procede:	Propuesta de programa y logística del taller verificadas
	12	No: Regresa a actividad 2 recibí la instrucción para desarrollar el taller.	
	13	Sí: Continúa procedimiento.	
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	14	Integra carpeta con: carta descriptiva, presentaciones, programa, instrumentos de evaluación, listas de asistencia, material de difusión , entre otros	Carpeta del taller
	15	Realiza acciones para el traslado.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Seguridad del Paciente	16	Realiza el taller.	Resultados de la evaluación y compromisos adquiridos
	17	Realiza la evaluación del taller.	
	18	Establece compromisos de implementación de recomendaciones emitidas por esta Dirección.	
Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	19	Integra la carpeta final.	Informe ejecutivo
	20	Elabora el informe ejecutivo.	
Director General de Calidad y Educación en Salud	21	Recibe informe ejecutivo. **TERMINA PROCEDIMIENTO.**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
1
14
Integra carpeta con: carta descriptiva, presentaciones, programa, material.
15
Realiza acciones para el traslado.
Carpeta de taller.
16
Realizar el taller.
17
Realizar evaluación del taller.
18
Establece compromisos de implementación de recomendaciones.
Resultados de la evaluación y compromisos adquiridos.
19
Integra la carpeta final.
20
Elabora el informe ejecutivo.
Informe ejecutivo.
21
Recibe informe ejecutivo.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Plan Nacional de Salud	N/A
6.2 Programa Sectorial de Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización Especifico de la DGCES	N/A
6.5 Programa de Acción Específico	N/A
6.6 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	POP-DDO-PO-005-02

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta del taller	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	Carpeta de taller en materia de seguridad del paciente
7.2 Informe ejecutivo	1 año	Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría técnica: Orientación que se proporciona para el desarrollo de acciones específicas que contribuyen a la resolución de problemas especiales sobre determinado campo o área específica.

8.2 Carpeta de trabajo: Conjunto de información relacionada con el desarrollo de taller que incluye desde la carta descriptiva hasta los resultados de la evaluación y el informe ejecutivo del taller.

8.3 Compromisos adquiridos: Acciones prometidas para su implantación, desarrollo y evaluación para prevenir eventos adversos en la atención médica que surgen como derivadas de los cursos talleres de seguridad del paciente

8.4 Hospitales de mediana y alta complejidad: Parte integrante de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica integral es también, un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y campo de investigación biopsicosocial, cuya cualidad dependerá de la presencia de médicos generales, especialistas básicos y especialistas mayores, así como su infraestructura y equipamiento.

8.5 Informe ejecutivo: Breve análisis de los aspectos más importantes de un proyecto y/o proceso, debe describir el producto o servicio, su desarrollo, resultados y las conclusiones generales de manera clara y precisa.

8.6 Recomendaciones para prevenir eventos adversos en la atención médica: Configuración de tendencias en salud de carácter internacional y nacional, emitidas por autoridades directivas y coordinadoras de acciones en salud con el fin de evitar cualquier lesión no intencional, causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

8.7 Talleres en materia de seguridad del paciente: Se trata del conjunto de actividades propuestas para otorgar conocimientos y herramientas a través de enseñanzas y de prácticas destacadas en materia de seguridad del paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin Anexos

110. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

1. PROPÓSITO

1.1 Concretar acciones con los Servicios Estatales de Salud utilizando el instrumento de acuerdo de gestión para la mejora de la calidad técnica y trato digno en las unidades médicas, fomentar la participación de las unidades operativas de primer y segundo nivel en un esquema de separación de funciones así como para proponer mecanismos de financiamiento en la implantación de Acuerdos Institucionales entre la Secretaria de Salud Federal y las entidades federativas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a la Dirección de Evaluación de la Calidad y a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.

2.2 A nivel externo es aplicable a las entidades federativas que estén interesados en mejorar la calidad en los servicios de salud a través de compromisos suscritos en los Acuerdos de Gestión.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, entre otros propósitos, tiene como responsabilidad impulsar y acordar la implementación de los Acuerdos de Gestión a suscribirse con las entidades federativas.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud con intervención de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud es responsable de verificar que los Acuerdos de Gestión se implementen conforme a lo establecido en las líneas de operación del Programa de Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). También debe verificar que en dichos acuerdos contengan los niveles de cumplimiento por parte de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud a fin de evaluar su cumplimiento.

3.3 La Dirección de Evaluación de la Calidad es responsable de verificar el cumplimiento y de evaluar los indicadores que se integran al anexo técnico de los Acuerdos de Gestión.

3.4 La Dirección General Adjunta de Calidad en Salud con intervención de la Dirección de Evaluación de la Calidad, es responsable y está facultada para llevar a cabo visitas de supervisión a los estados participantes y sus unidades médicas registradas en el proceso.

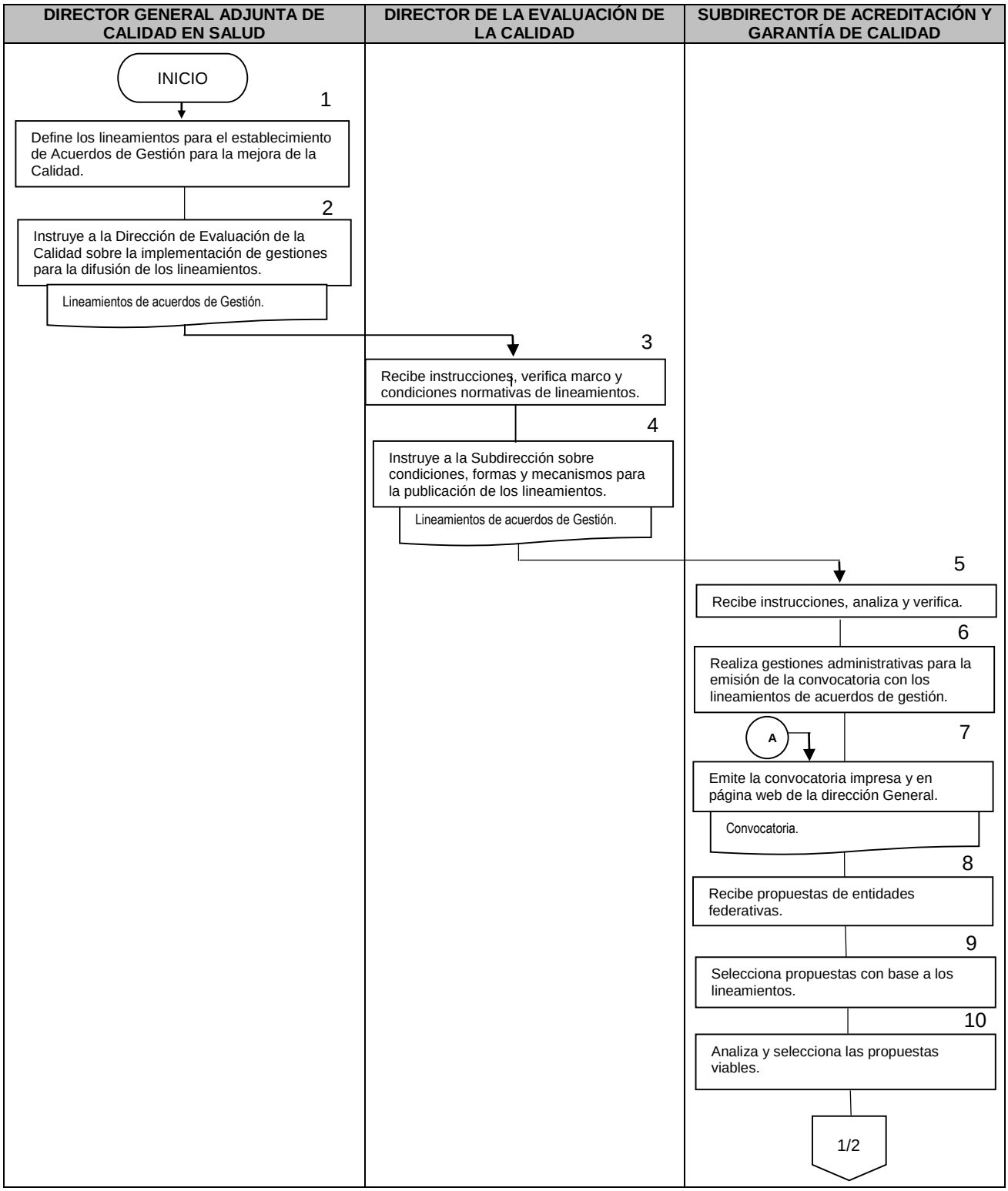
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

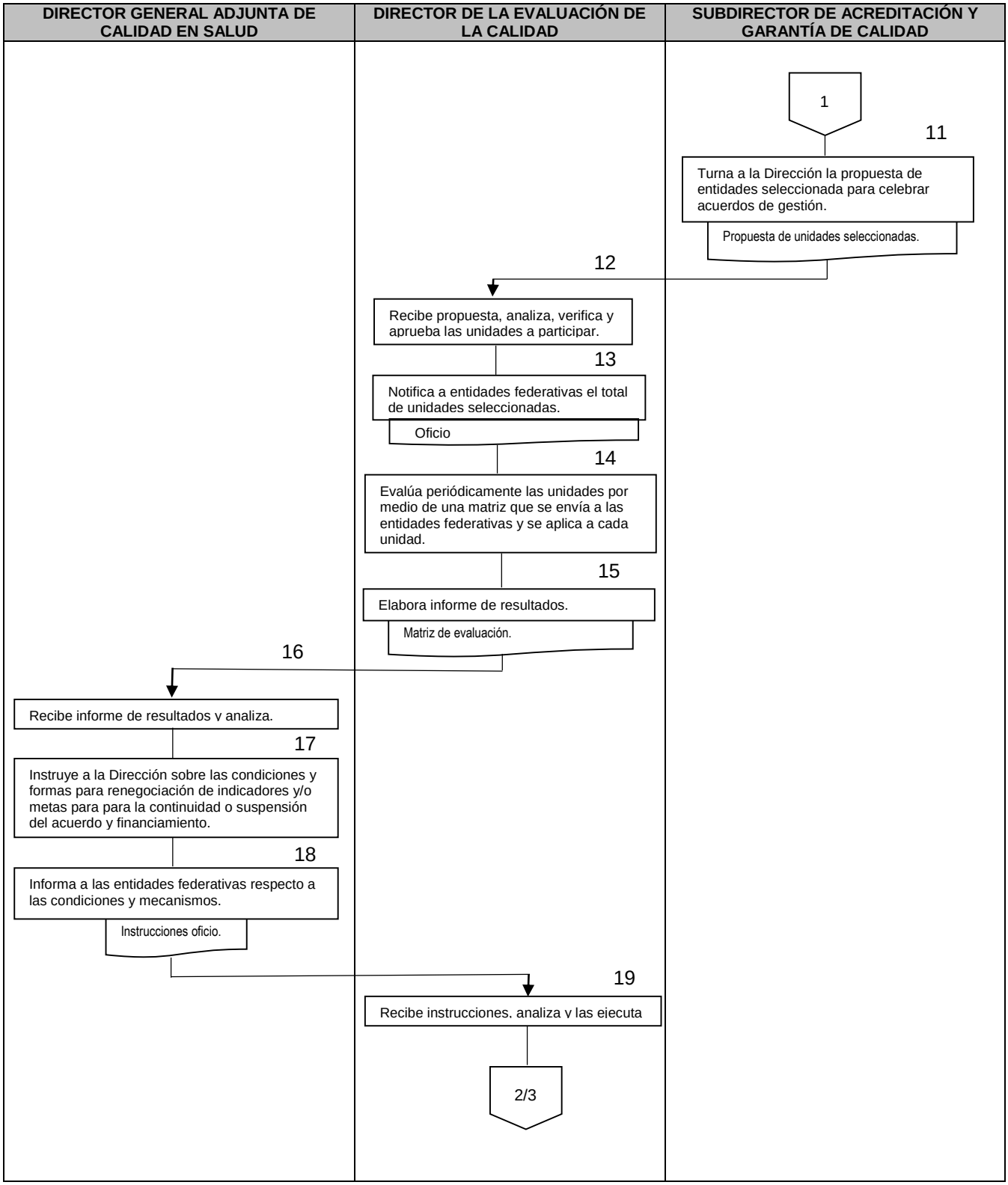
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunta de Calidad en Salud	1	Define los lineamientos para el establecimiento de Acuerdos de Gestión para la mejora de la calidad.	Lineamientos de acuerdos de gestión
	2	Instruye a la Dirección de Evaluación de la Calidad sobre la implementación de gestiones para la difusión de los lineamientos de acuerdos de gestión en la convocatoria pública a nivel nacional.	
Director de Evaluación de la Calidad	3	Recibe instrucciones, verifica marco y condiciones normativas para los lineamientos.	Lineamientos de acuerdos de gestión
	4	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad sobre condiciones, formas y mecanismos para la publicación de los lineamientos de acuerdos de gestión en la convocatoria.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	5	Recibe instrucciones, analiza y verifica.	Convocatoria
	6	Realiza las gestiones administrativas para llevar a cabo la emisión de la convocatoria con los lineamientos de acuerdos de gestión.	
	7	Emite la convocatoria en formato impreso y en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	
	8	Recibe propuestas de las entidades federativas conforme a los lineamientos de la convocatoria.	Propuesta de unidades seleccionadas
	9	Selecciona las propuestas con base a los lineamientos establecidos por Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
	10	Analiza y seleccionar las propuestas viables.	
	11	Turna a la Dirección de Evaluación la propuesta de entidades seleccionada para celebrar acuerdos de gestión.	
Director de Evaluación de la Calidad.	12	Recibe la propuesta de unidades, analiza, verifica y aprueba las unidades a participar en acuerdos de gestión.	Oficio

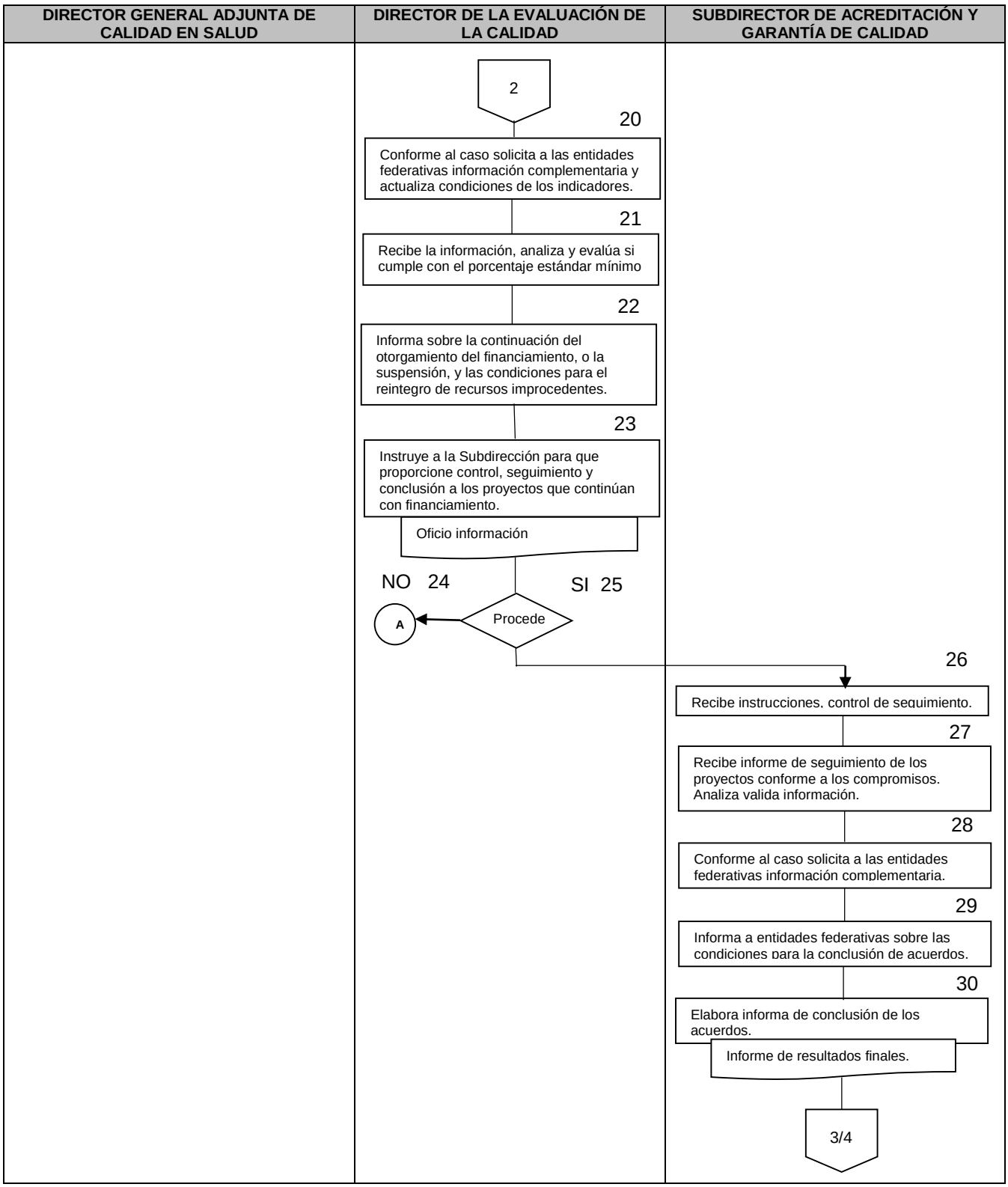
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad.	13	Notifica a las entidades federativas vía oficio el total de unidades seleccionadas.	
	14	Evalúa periódicamente a las unidades seleccionadas por medio de una matriz de evaluación que se envía a las entidades federativas y que se aplica a cada unidad participante.	Matriz de evaluación
	15	Elabora informe de resultados y turna a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud para que determine la procedencia o improcedencia de los acuerdos de gestión.	
Director General Adjunta de Calidad en Salud	16	Recibe informe de resultados de evaluación, analiza.	Instrucciones
	17	Instruye a la Dirección de Evaluación sobre las condiciones y formas para la rrenegociación de indicadores y/o metas de los indicadores, para la continuidad del acuerdo de gestión o de la suspensión definitiva del acuerdo y el financiamiento.	Oficio
	18	Informa a las entidades federativas respecto a las condiciones y mecanismos para la renegociación de indicadores y/o metas de los indicadores o de la suspensión definitiva.	
Director de Evaluación de la Calidad.	19	Recibe instrucciones, analiza y las ejecuta.	Oficio
	20	Solicita a las entidades federativas, conforme al caso, información complementaria y actualizar condiciones de los indicadores de los acuerdos de gestión.	Información complementaria
	21	Recibe información de las entidades federativas, analiza y evalúa si cumple con el porcentaje de estándar mínimo requerido.	
	22	Informa sobre la continuación del otorgamiento del financiamiento, o de la suspensión inmediata del mismo, así como de las condiciones para el reintegro de recursos improcedentes de financiar.	
	23	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para que proporcione control, seguimiento y conclusión a los proyectos que continúan con financiamiento a los acuerdos de gestión.	Oficio Información complementaria

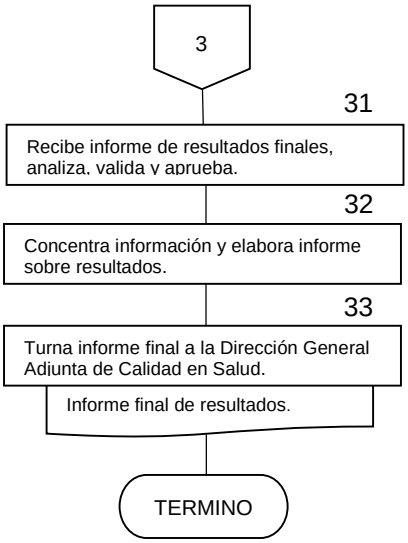
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad.		Procede:	
	24	No. Regresa a la actividad 7	
	25	Si: Continúa procedimiento	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	26	Recibe instrucciones, implementa control de seguimiento.	
	27	Recibe informe de seguimiento de los proyectos conforme a los compromisos de los acuerdos de gestión y la renegociación de indicadores y/o metas, analiza valida información.	Informe de resultados finales
	28	Solicita a las entidades federativas, conforme al caso, información complementaria.	
	29	Informa a las entidades federativas sobre las condiciones para la conclusión de los acuerdos de gestión.	
	30	Elabora informe de conclusión de los acuerdos de gestión y turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad sobre los resultados finales de los acuerdos de gestión.	
Director de Evaluación de la Calidad	31	Recibe informe de resultados finales de los acuerdos de gestión, analiza valida y aprueba.	Informe final de resultados
	32	Concentra información y elabora informe sobre resultados de los proyectos con financiamiento.	
	33	Turna informe final a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
1
11
Turna a la Dirección la propuesta de entidades seleccionada para celebrar acuerdos de gestión.
Propuesta de unidades seleccionadas.
12
Recibe propuesta, analiza, verifica y aprueba las unidades a participar.
13
Notifica a entidades federativas el total de unidades seleccionadas.
Oficio
14
Evalúa periódicamente las unidades por medio de una matriz que se envía a las entidades federativas y se aplica a cada unidad.
15
Elabora informe de resultados.
Matriz de evaluación.
16
Recibe informe de resultados y analiza.
17
Instruye a la Dirección sobre las condiciones y formas para renegociación de indicadores y/o metas para para la continuidad o suspensión del acuerdo y financiamiento.
18
Informa a las entidades federativas respecto a las condiciones y mecanismos.
Instrucciones oficio.
19
Recibe instrucciones, analiza y las ejecuta
2/3


DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
DIRECTOR DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
2
20
Conforme al caso solicita a las entidades federativas información complementaria y actualiza condiciones de los indicadores.
21
Recibe la información, analiza y evalúa si cumple con el porcentaje estándar mínimo
22
Informa sobre la continuación del otorgamiento del financiamiento, o la suspensión, y las condiciones para el reintegro de recursos improcedentes.
23
Instruye a la Subdirección para que proporcione control, seguimiento y conclusión a los proyectos que continúan con financiamiento.
Oficio información
NO 24
SI 25
A
Procede
26
Recibe instrucciones, control de seguimiento.
27
Recibe informe de seguimiento de los proyectos conforme a los compromisos. Analiza valida información.
28
Conforme al caso solicita a las entidades federativas información complementaria.
29
Informa a entidades federativas sobre las condiciones para la conclusión de acuerdos.
30
Elabora informa de conclusión de los acuerdos.
Informe de resultados finales.
3/4

DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD	DIRECTOR DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3 Formato A “Propuesta General”	N/A
6.4 Formato B “Descripción de la Propuesta para el Financiamiento”	N/A
6.5 Matriz de monitoreo	N/A
6.6 Matriz de evaluación	N/A
6.7 Informe de evaluación	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuerdos de gestión en las unidades médicas.	5 años	Dirección de Evaluación de la Calidad y/o Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Lineamientos: Líneas generales de una política; orientación, directriz.

8.2 Notifica: Comunicar a una persona de forma oficial una conclusión o determinación a la que se ha llegado en relación con cierto tema.

8.3 Referencia: Explicación o relación de un acontecimiento que se hace de palabra o por escrito.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

111. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LOS RESULTADOS DE LAS UNIDADES QUE APLICAN MODELOS DE CALIDAD EN LA CONSOLIDACIÓN DE LAS ACCIONES DE CALIDAD

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con un mecanismo metodológico de monitoreo que permita evaluar la Calidad de la Atención Médica obtenidas con la implementación de acciones de calidad en términos de eficacia, eficiencia e impacto, con la finalidad de detectar oportunidades de mejora e impulsar su aplicación en las Unidades Médicas de los Servicios Estatales de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a la Dirección de Evaluación de la Calidad y a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.

2.2 A nivel externo, el procedimiento aplica en los Servicios de Salud de las Entidades Federativas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es responsable de la elaboración y/o actualización de los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad. También es responsable de la integración y coordinación del equipo interno de trabajo para la elaborar borradores y documentos para el diseño y elaboración del modelo.

3.2 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad son responsables de las acciones de la Instrumentación del modelo de medición.

3.3 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad coordinan la participación de los servicios estatales por medios oficiales y electrónicos.

3.4 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad son responsables de la operatividad de los Lineamientos Operativos.

3.5 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, en coordinación con las autoridades estatales establecen los mecanismos de difusión de los Lineamientos de Monitoreo para la Gestión de la Calidad.

3.6 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad tienen injerencia en la recepción, análisis y recomendaciones que se realicen a las Instituciones de Salud de las Entidades Federativas.

3.7 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, reciben la petición y recomendaciones de las instancias relacionadas para promover y asistir a eventos de capacitación.

3.8 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad participan en la difusión de los resultados de las mediciones.

3.9 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, bajo la coordinación de la Dirección de Evaluación de la Calidad verifica el cumplimiento de los Lineamientos Operativos para la Gestión de la Calidad.

3.10 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad son responsables de elaborar publicaciones relacionadas con el Monitoreo.

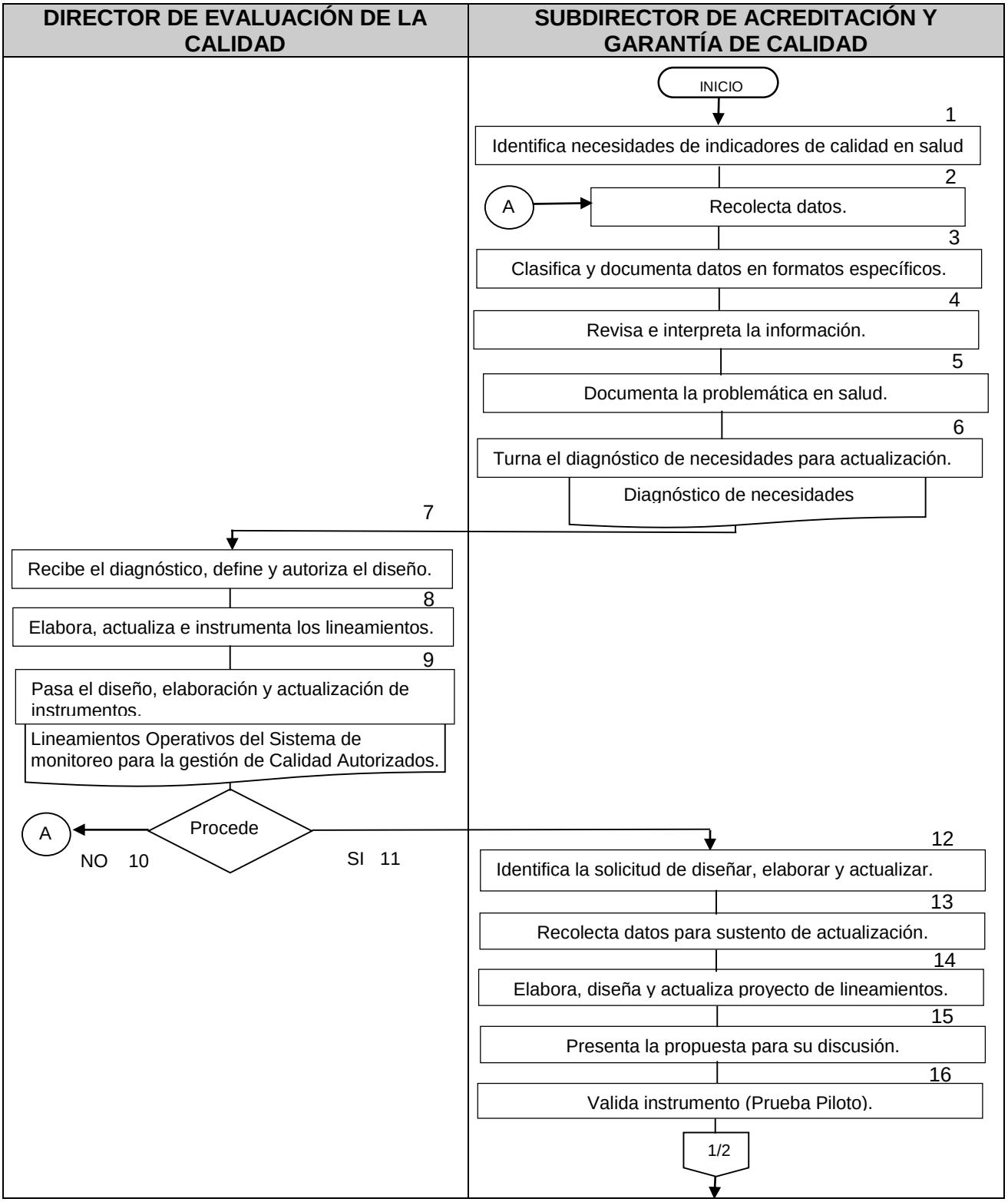
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	1	Identifica necesidades de indicadores de calidad en salud.	Diagnóstico de necesidades
	2	Recolectar datos.	
	3	Clasifica y documenta datos en formatos específicos.	
	4	Revisa e interpreta la información.	
	5	Documenta la problemática en salud que justifica las prioridades de información en el ámbito de la calidad de la atención a la salud.	
	6	Turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad el diagnóstico de necesidades para actualización.	
Director de Evaluación de la Calidad	7	Recibe el diagnóstico de monitoreo, define y autoriza el diseño.	Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad Autorizados
	8	Elabora, actualizar e instrumentar los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo.	
	9	Diseña, elaborar y actualizar los instrumentos.	
		Procede:	
	10	NO: Regresa a la actividad 1.	
	11	SI: Continua procedimiento.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	12	Identifica la solicitud del diseñar, elaborar y actualizar (modificar o agregar.	Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad
	13	Recolecta datos para sustento de la actualización solicitada.	
	14	Elabora, diseñar y actualizar el proyecto (modificar o agregar) de Lineamientos Operativos.	
	15	Presenta la propuesta para su discusión análisis, modificación o aceptación (Comité Técnico Sectorial).	
	16	Valida el instrumento (Prueba Piloto).	
	17	Adecua y modificar el instrumento.	
	18	Realiza la Instrumentación electrónica	

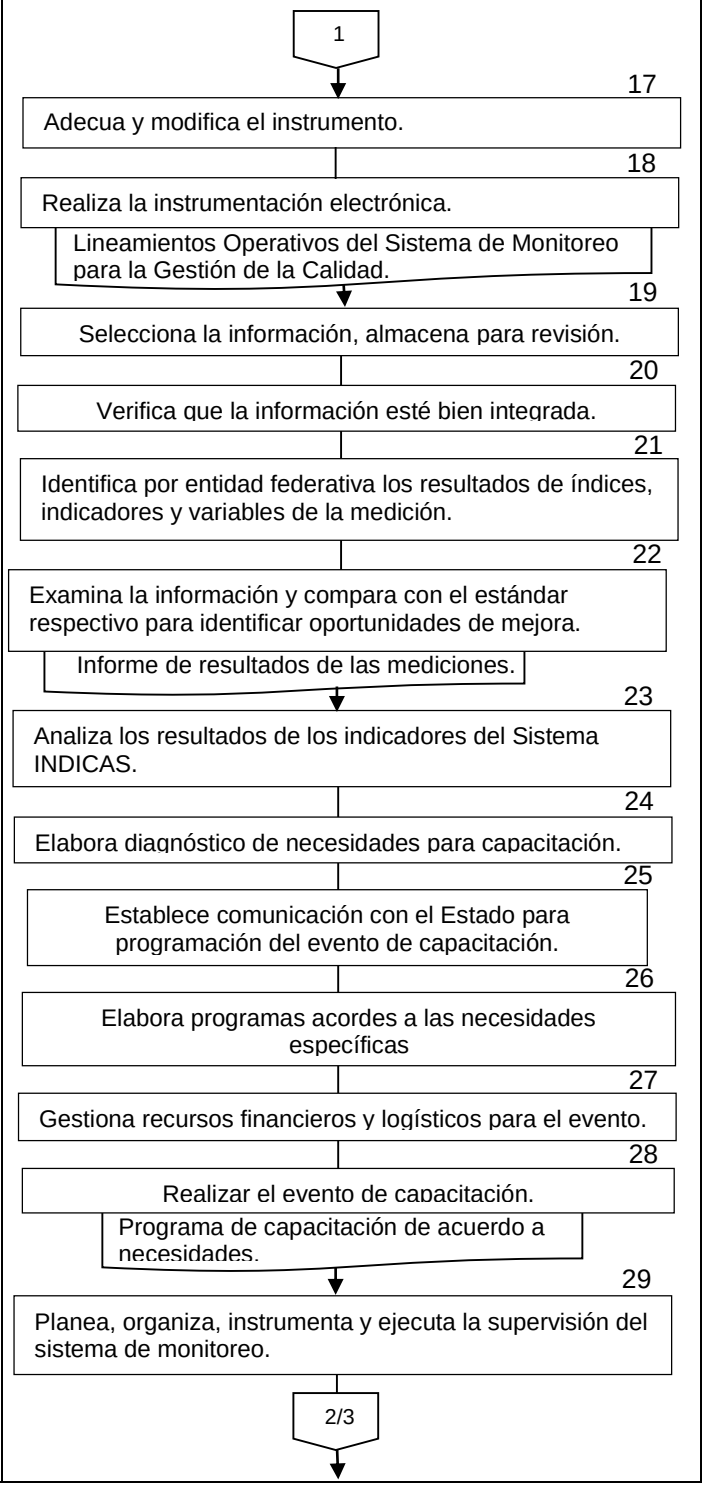
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	19	Selecciona la información, imprime o almacena en archivo electrónico para su revisión.	Informe de resultados de las mediciones
	20	Verifica que la información esté bien integrada.	
	21	Identifica por entidad federativa los resultados de índices, indicadores y variables de la medición.	
	22	Examina la información y compara con el estándar respectivo para identificar oportunidades de mejora.	
	23	Analiza los resultados de los indicadores del Sistema INDICAS.	Programa de capacitación de acuerdo a necesidades
	24	Elabora diagnóstico de necesidades para capacitación.	
	25	Establece comunicación con el Estado para programación del evento de capacitación.	
	26	Elabora programas acordes a las necesidades específicas.	
	27	Gestiona recursos financieros y logísticos para el evento de capacitación.	
	28	Realiza evento de capacitación.	
	29	Planea, organizar, instrumentar y ejecutar la supervisión del sistema de monitoreo.	
	30	Elabora informe de cumplimiento de la aplicación de los Lineamientos.	Informe de verificación de cumplimiento
	31	Recolecta, organizar y clasificar la información.	Documento de mejores prácticas de monitoreo
	32	Selecciona y estudiar la información estatal	
	33	Diseña y construir el documento.	
	34	Gestiona la difusión impresa o por medio electrónico de las mejores prácticas de monitoreo para dar a conocer a las Entidades Federativas y al Público en general las experiencias de Monitoreo.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	35	Consulta al Sistema INDICA de la página electrónica de la DGCES y de sus respectivas bases de datos para visualizar los resultados de la medición de los indicadores de calidad de acuerdo a las necesidades de información.	Información de la medición de los indicadores de calidad
	36	Selecciona la información, imprime o almacena en archivo electrónico para revisión preliminar, de acuerdo a las necesidades de la misma.	
	37	Identifica por entidad federativa los indicadores, índices y variables.	
	38	Define por entidad federativa el contenido de la información, índices, indicadores y variables.	
	39	Estudia por entidad federativa la información y su comparación con el estándar respectivo para identificar oportunidades de mejora.	
	40	Selecciona la información de acuerdo a criterios predefinidos, con el fin de incluirla en un medio de comunicación.	
	41	Identifica las necesidades prioritarias de información respecto a la calidad de los servicios de salud.	Publicación relacionada con el monitoreo
	42	Recolecta, organiza y clasifica la información de acuerdo a temas de interés.	
	43	Analiza y elabora el documento.	
	44	Gestiona la publicación del documento.	
	45	Elabora y turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad informe ejecutivo de la publicación relacionada con el monitoreo. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

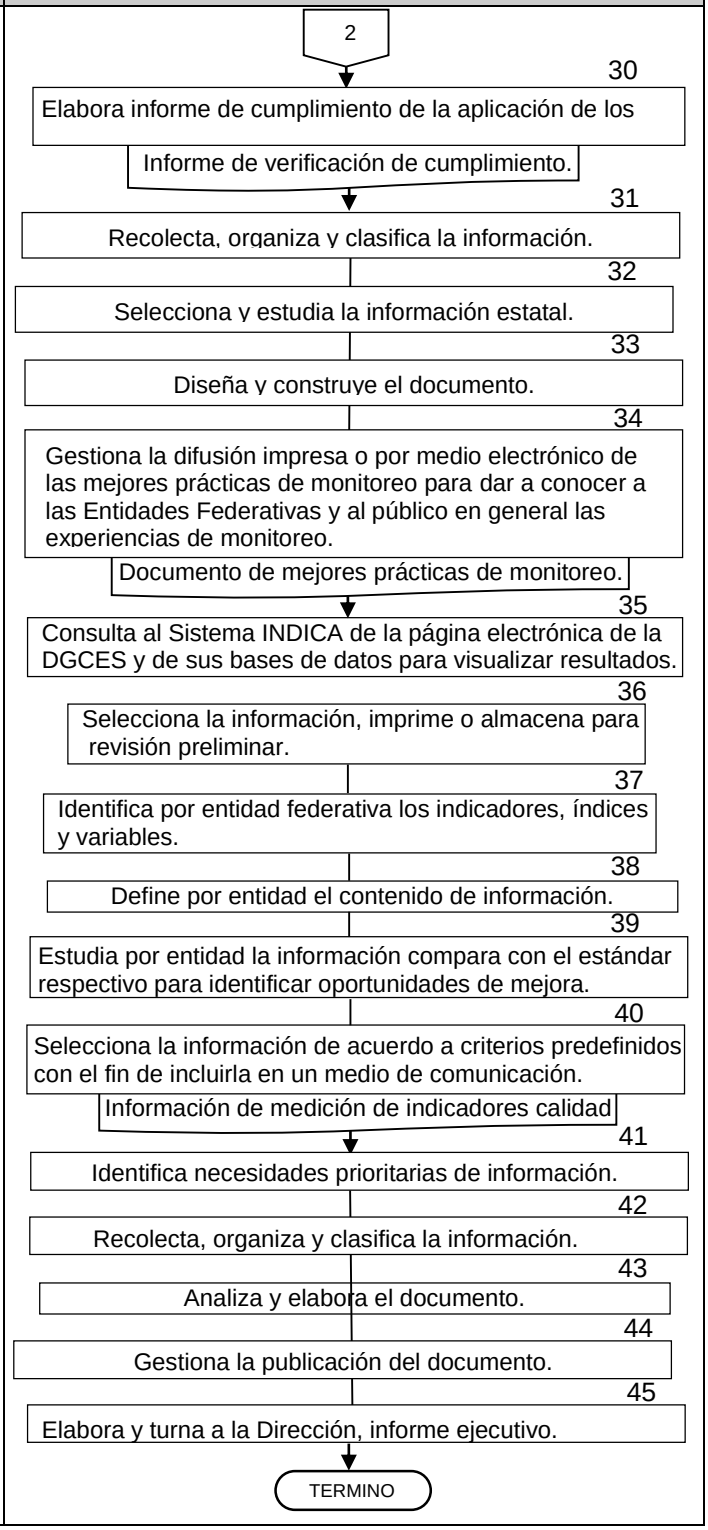
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD



DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3 Documentos con datos relacionados con necesidades de Indicadores de Calidad de la Atención Médica.(Programas Nacional de Salud y de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, etc.)	N/A
6.4 Diagnóstico de necesidades de Indicadores de Calidad de la Atención Médica.	N/A
6.5 Documentos relacionados con Indicadores de Calidad de la Atención Médica.	N/A
6.6 Documentación relacionada con el Monitoreo de Calidad de la Atención Médica.	N/A
6.7 Documentación con información relacionada con procesos de mejora.	N/A
6.8 Resultados estatales de las mediciones de sus Indicadores de Calidad.	N/A
6.9 Diagnóstico de necesidades de capacitación de Calidad de la Atención Médica.	N/A
6.10 Diagnóstico de necesidades de supervisión de Calidad de la Atención Médica.	N/A
6.11 Documentación con información relacionada con la Calidad de los Servicios de Salud Estatal.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de recepción de información	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.2 Documentos varios	Temporal	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.3 Oficio de solicitud de actualización de Lineamientos Operativos	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.4 Documentos varios relacionados con Indicadores de Calidad en Salud	Temporal	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.5 Solicitud de Instrumentación electrónica	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.6 Registros de Información relacionada con el Monitoreo de Indicadores de calidad solicitada a las Entidades Federativas	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.7 Registros de Información relacionada con mejora de los procesos	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.8 Registros documentales relacionados con las experiencias de Monitoreo	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.9 Resultados Estatales de las mediciones de Indicadores de Calidad	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.10 Oficio de solicitud de capacitación	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.11 Documentos y acuerdos de capacitación	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.12 Oficio de solicitud de supervisión	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.13 Documentos y acuerdos de supervisiones anteriores	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.14 Documentos relacionados con la medición de Indicadores de Calidad	Temporal	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Análisis: Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.2 Asesoría: Aconsejar sobre aspectos relacionados con la correcta aplicación de los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad.

8.3 Benchmarking: Estudio que consiste en identificar los mejores procedimientos, procesos, productos o servicios y el establecimiento de las medidas de desempeño más apropiadas de la competencia para incorporarlas en la organización. Permite compararse con el mejor en condiciones similares.

8.4 Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en

categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.5 Capacitación: Es una serie de actividades de enseñanza – aprendizaje, determinadas para aplicar los Lineamiento Operativos del Sistema de Monitoreo.

8.6 Clasificación: Agrupación en categorías de acuerdo a criterios precisos.

8.7 Diagnóstico: Actividad destinada a descubrir la causa de las fallas en la Calidad. Es el proceso de estudiar, recabar y analizar datos, para comprobar teorías y establecer relaciones entre causas y efectos.

8.8 Difusión: Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas y al público en general las experiencias de Monitoreo.

8.9 Difusión de Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad: Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas los Lineamientos por los medios disponibles.

8.10 Documentación: Documento escrito probatorio de las experiencias del Monitoreo.

8.11 Ejecución de la supervisión: Es la etapa del proceso de más importancia, en donde se pone en práctica la información, la documentación, la experiencia, la capacidad y las técnicas de acción. En esta fase se observará, se comprobará y se asesorará sobre la aplicación normativa.

8.12 Estándares: En materia de calidad de los Servicios de Salud es la declaración del nivel de Calidad que se espera otorgar a la población; en estadística se define como un valor que sirve como punto de referencia en la aplicación de una fórmula o indicador.

8.13 Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.14 Guías de verificación del cumplimiento de los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad: Son los instrumentos que conducen la etapa de la ejecución del proceso de la supervisión.

8.15 INDICA: Es un Sistema Electrónico de Registro de resultados del monitoreo de Indicadores de Calidad, que permite el Análisis, la Evaluación y Gestión de la Calidad que se proporciona en los Servicios de Salud.

8.16 Indicador de Calidad en los Servicios de Salud: Es la expresión numérica del nivel de Calidad alcanzado en determinados Servicios de Salud, que han sido previamente definidos en términos que facilitan su medición. Es una herramienta de Mejora de la Calidad que se utiliza para la observación de los estándares de estructura, proceso y resultado.

8.17 Índice: Conjunto de indicadores ponderados y relacionados entre sí, según área de atención, tipo de actividad o percepción de resultados por parte de los usuarios; para brindar una expresión cuantificable de la Calidad de los Servicios de Salud.

8.18 Informe: Documentar el análisis de los resultado de las mediciones de los Indicadores de Calidad así como las conclusiones y acuerdos a los que se llegaron.

8.19 Instrumentación de herramientas de medición: Preparar y organizar las actividades para la aplicación de la cédula de medición de Indicadores de Calidad.

8.20 Instrumentación de la supervisión: Proveerse de lo necesario para ejecución (guías, cédulas, etc.).
8.21 Instrumentación de la supervisión: Proveerse de lo necesario para ejecución (guías, cédulas, etc.).

8.22 Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad: Es un documento que considera como criterios; aspectos técnicos en materia de Monitoreo, permitiendo contar con información confiable, veraz y oportuna para la toma de decisiones de mejora y avanzar en los Proyectos de Mejora Continua en el ámbito local, factibilidad local y diversidad de contextos Institucionales, permitiendo unificar criterios de aplicación en las diferentes instituciones de salud, según sus funciones y nivel de responsabilidad de acuerdos con las normas y recursos disponibles.

8.23 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

8.24 Monitoreo: Medición sistemática de una o más variable durante periodos establecidos y con frecuencia determinada.

8.25 Oficialización: Presentación de la cédula recabadora de datos a las Autoridades Sectoriales para su consideración y aprobación.

8.26 Oportunidades de Mejora: Identificación del área que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad en los Servicios de Salud para la satisfacción de trabajadores y usuarios.

8.27 Organización de la Supervisión: Es la conformación de los niveles de responsabilidad. Es la etapa en la cual se aplican los procedimientos necesarios para coordinar las actividades de un equipo de supervisión con miras a lograr objetivos.

8.28 Planeación de la Supervisión: Es la etapa administrativa de la supervisión que aprovecha los recursos humanos y materiales de la propia organización con la finalidad de identificar y analizar áreas a supervisar, identificar antecedentes, elaborar diagnóstico normativo, programas, guías y calendarios.

8.29 Programa de Capacitación: Conjunto de instrucciones, datos o expresiones registradas, que permite ejecutar una serie de actividades de enseñanza – aprendizaje determinadas para aplicar los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo.

8.30 Prueba piloto: Es la aplicación muestral de la cédula recabadora de datos que ayuda a su adecuación y validación.

8.31 Supervisión: Sistema metodológico de acciones técnico administrativas, de observación directa e indirecta, que permita comparar lo realizado con lo previsto, planeado o programado con la intención de identificar aciertos, desviaciones u omisiones, proporcionar alternativas de corrección y modificaciones tendientes a mejorar la Calidad de la Atención Médica.

8.32 Validación del Instrumento de medición: Dar crédito a la utilidad de la cédula de medición en el proceso de Monitoreo, mediante procesos de confiabilidad.

8.33 Variable: Propiedad, atributo o característica que es de interés medible y que puede tener diferentes valores. Componentes del Indicador con valor específico que permite la observación directa del nivel de calidad que proporcionan los Servicios de Salud.

8.34 Verificación de la aplicación de los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad: Comprobar que la aplicación de los Lineamientos se esté realizando conforme a lo planeado**.**

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

112. PROCEDIMIENTO PARA ASESORAR EN LA IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Otorgar asesoría en cuanto a la implementación de Instrumentos de Gestión que mejoren la calidad de los servicios médicos que se otorgan para contar con fundamentos prácticos que contribuyan al diseño de modelos operativos de Gestión de la Calidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, con la intervención de la Dirección de Evaluación de la Calidad, y participación de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los Servicios de Salud de las Entidades Federativas y a las Unidades Médicas de 1º y 2º niveles de atención.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, con la intervención de la Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad son responsables de seleccionar los instrumentos de gestión. Dichos instrumentos de gestión son utilizados para la elaboración de los contenidos temáticos.

3.2 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad están a cargo de brindar la asesoría a las Entidades Federativas, para lo cual se establecen lineamientos de capacitación a los que deben apegarse las Entidades Federativas que soliciten dicha asesoría.

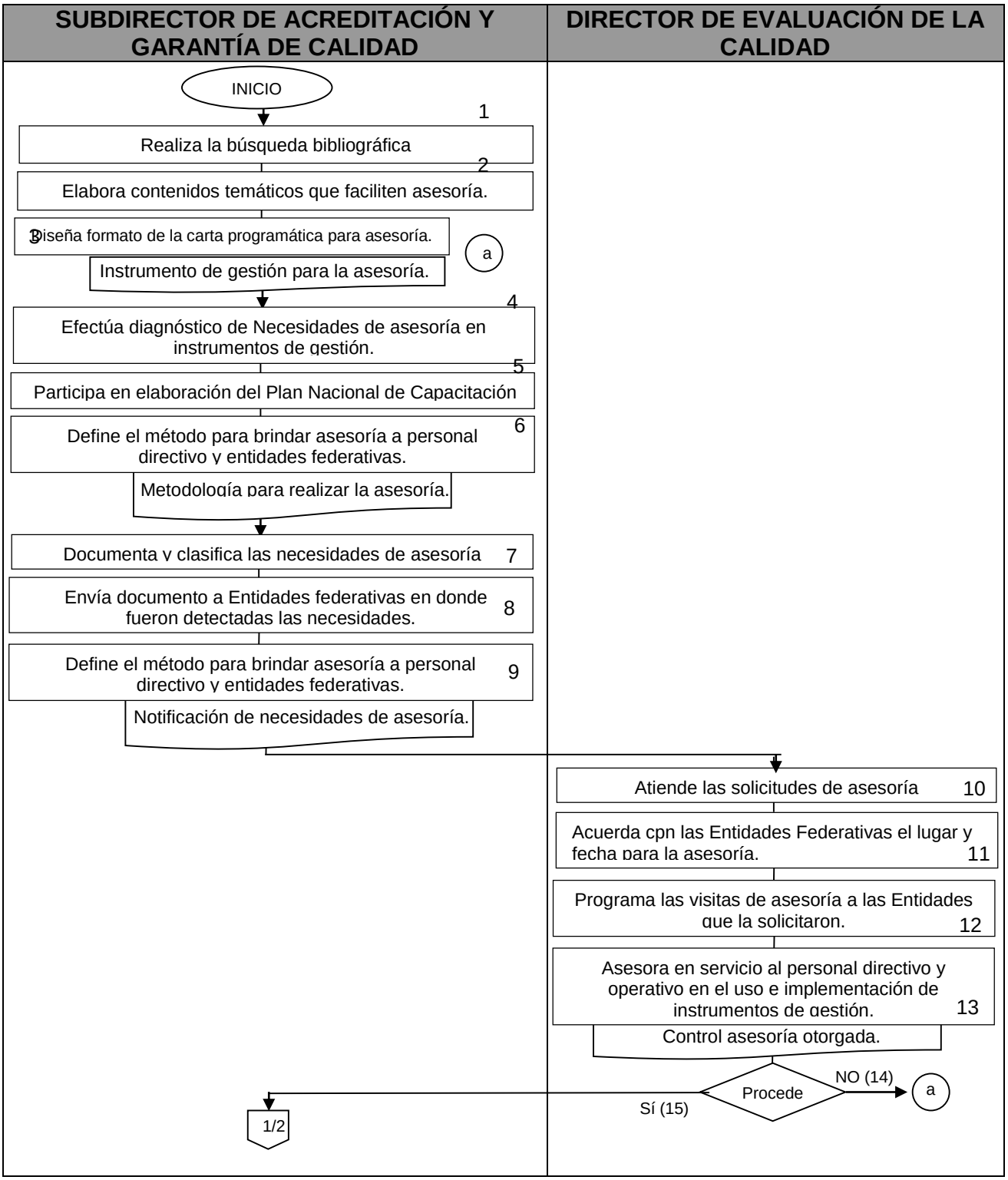
3.3 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es responsable de establecer la mecánica para dar seguimiento a la asesoría proporcionada, la cual sirve para verificar los avances en la implementación de los instrumentos de gestión para mejorar la calidad del servicio.

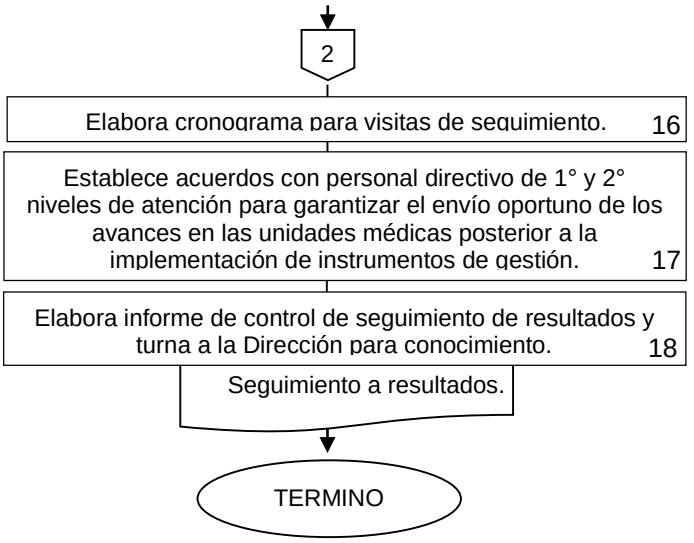
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	1	Realiza la búsqueda bibliográfica de los instrumentos de gestión.	
	2	Elabora contenidos temáticos que faciliten la asesoría en el uso de instrumentos de gestión.	Instrumento de gestión para la asesoría
	3	Diseña el formato de la carta programática para la asesoría en instrumentos de gestión.	
	4	Efectúa Diagnóstico de Necesidades de Asesoría en instrumentos de gestión.	
	5	Participa en la elaboración del Plan Nacional de Capacitación.	Metodología para realizar asesoría
	6	Define el método para brindar asesoría a personal directivo y operativo de las Entidades Federativas.	
	7	Documenta y clasifica las necesidades de asesoría en instrumentos de gestión.	
	8	Envía el documento a las Entidades Federativas en donde fueron detectadas necesidades de asesoría en instrumentos de gestión en unidades médicas.	Notificación de necesidades de asesoría
	9	Establece comunicación telefónica con los responsables estatales de calidad para describir los detalles del servicio de asesoría.	
Director de Evaluación de la Calidad	10	Atiende las solicitudes de asesoría presentadas por las Entidades Federativas.	
	11	Acuerda con las Entidades Federativas el lugar y la fecha para la asesoría.	
	12	Programa las visitas de asesoría a las Entidades Federativas que la solicitaron.	
	13	Asesora en servicio al personal directivo y operativo en el uso e implementación de instrumentos de gestión. Procede:	Control de asesoría otorgada
	14	NO: Regresa a la actividad 3 para diseña el formato de la carta programática para la asesoría en instrumentos de gestión.	
	15	SÍ: Continúa el procedimiento	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	16	Elabora cronograma para visitas de seguimiento de los instrumentos de gestión.	Seguimiento a resultados
	17	Establece acuerdos con personal directivo de 1º y 2º niveles de atención para garantizar el envío oportuno a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de los avances en las unidades médicas posterior a la implementación de instrumentos de gestión.	
	18	Elabora informe de control de seguimiento de resultados y turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad para conocimiento. **TERMINA PROCEDIMIENTO.**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Contenidos temáticos para asesorar en instrumentos de gestión	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Documento
7.2 Diagnóstico clasificado de necesidades de asesoría en instrumentos de gestión	3 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría. Actividad en donde se orienta, aconseja y se definen las particularidades de uno o varios puntos que requiere ser aprendidos o mejorados.

8.2 Carta programática. Instrumento documental en donde se registra el tiempo, el lugar y las personas que van a participar en una actividad de asesoría o capacitación.

8.3 Índice temático. Se refiere a la revisión, compilación y clasificación de uno o varios temas específicos que serán utilizados en este caso para asesorar.

8.4 Mecánica para el seguimiento. Todas y cada una de las actividades que se realizan para verificar el estado de avance de la implementación de programas o proyectos.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin Anexos

113. PROCEDIMIENTO PARA LOS MECANISMOS DE CAPACITACIÓN EN MATERIA DE CALIDAD PARA LA MEJORA CONTINUA, CALIDAD, SEGURIDAD EN EL PACIENTE Y TRATO DIGNO

1. PROPÓSITO

1.1 Diseñar, aplicar y expandir los mecanismos de capacitación en mejora continua, seguridad en el paciente, trato digno y medición en todas las entidades federativas para contribuir a la cultura de calidad en las unidades de salud del país.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Evaluación de la Calidad y a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad que brindan capacitación para contribuir a la cultura de calidad en las entidades federativas.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a las unidades de salud de las entidades federativas responsables de los procesos de calidad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para la recepción de solicitudes de eventos de capacitación en materia de calidad es responsabilidad de la Dirección de Evaluación de la Calidad recibir y turnar dichas solicitudes a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para desarrollar la capacitación.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad negociar la ejecución de la capacitación con los líderes operativos de calidad de acuerdo al Plan Nacional de Capacitación en Calidad, así como asegurarse de contar con todos los elementos necesarios para la ejecución de la capacitación.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad asegurarse de que los instructores ejecuten la capacitación acordada, así como también negociar con los líderes operativos de calidad las fechas en que programaran la capacitación en las entidades federativas.

3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Evaluación de la Calidad, apoyar a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para que las entidades federativas proporcionen informes de los avances de capacitación.

3.5 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es responsable de registrar, analizar y hacer un informe ejecutivo de los avances de capacitación.

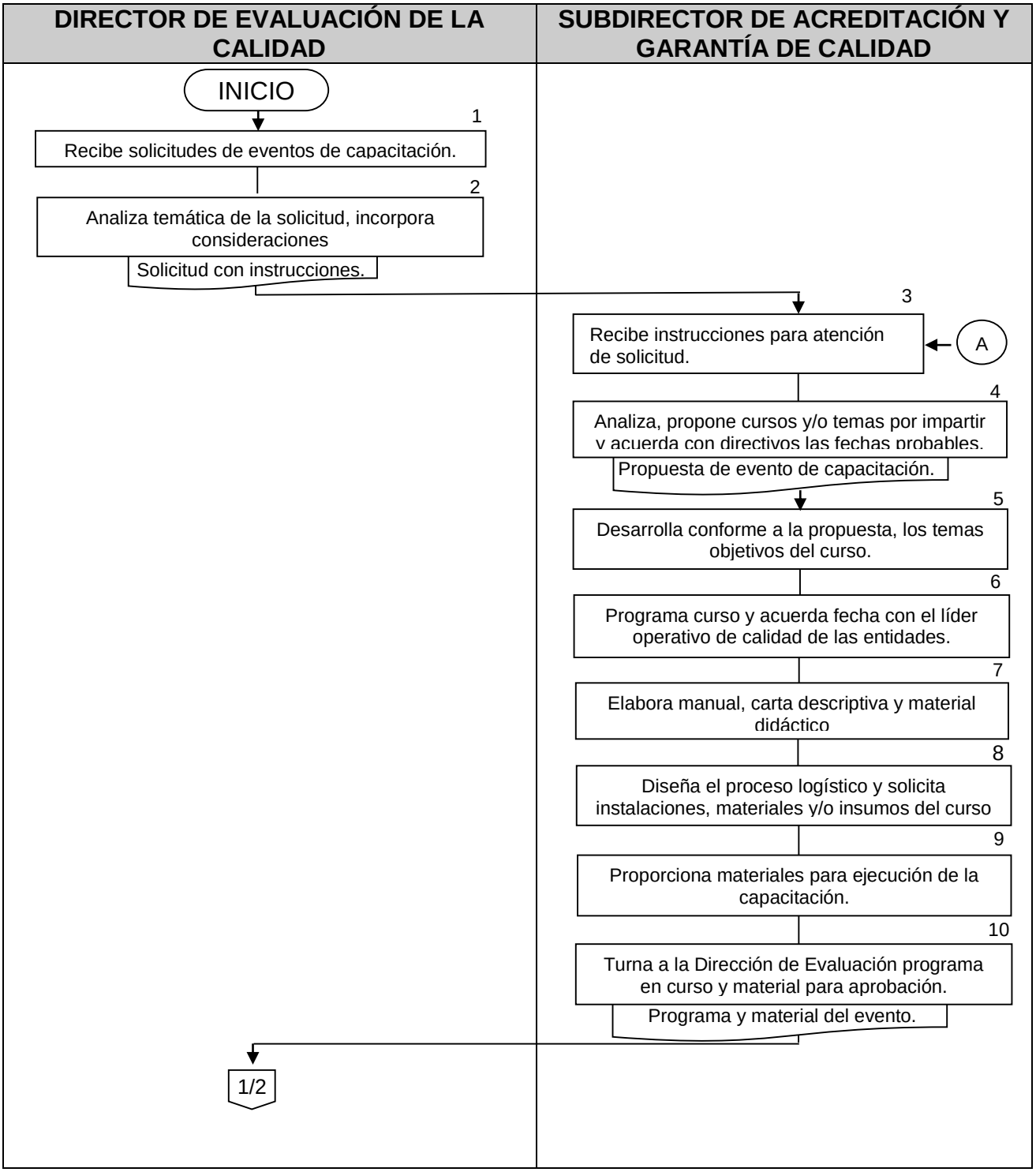
3.6 Es responsabilidad de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad revisar los avances, detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte del proceso de capacitación.

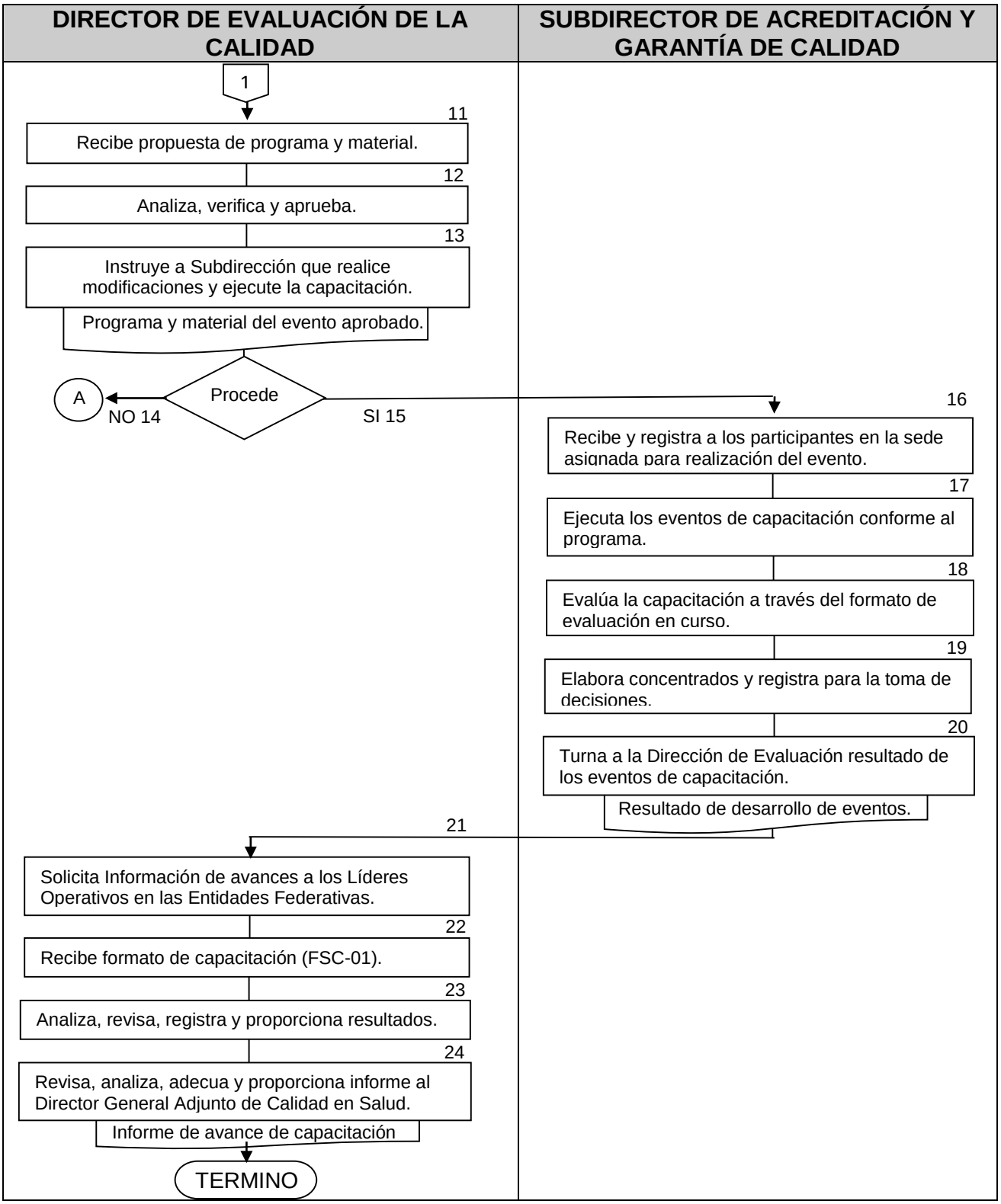
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	1	Recibe solicitudes de eventos de capacitación.	
	2	Analiza temática de la solicitud, incorpora consideraciones y turna a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para su atención.	Solicitud con instrucciones
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	3	Recibe instrucciones para atención de la solicitud.	Propuesta de evento de capacitación.
	4	Analizar, propone cursos y/o temas por impartir, y acuerda con los directivos de las entidades federativas o de la Dirección de Evaluación de la Calidad las fechas probables.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	5	Desarrolla conforme a la propuesta del evento de capacitación, los temas y objetivos del curso.	
	6	Programa curso y acuerda fecha con el líder operativo de calidad de las entidades federativas.	Programa y material de evento
	7	Elabora manual, carta descriptiva y material didáctico para evento.	
	8	Diseña el proceso logístico y solicita a la Coordinación Administrativa instalaciones, materiales y/o insumos del curso, viáticos, etc.	
	9	Proporciona los materiales para ejecución de la capacitación.	
	10	Turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad programa de curso y material para aprobación.	
Director de Evaluación de la Calidad	11	Recibe propuesta de programa y material para el evento de capacitación.	Programa y material de evento aprobado.
	12	Analiza, verificar y aprueba.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad		Procede:	
	14	No: Regresa a la actividad 3 para Recibir instrucciones para atención de la solicitud.	
	15	Si: Continua el procedimiento	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	16	Recibe y registrar a los participantes en la sede asignada para realización del evento.	
	17	Ejecuta los eventos de capacitación conforme al programa.	
	18	Evalúa la capacitación a través del formato de evaluación del curso.	Resultados de desarrollo de eventos
	19	Elabora concentrados y registra para la toma de decisiones.	
	20	Turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad resultado de los eventos de capacitación.	
Director de Evaluación de la Calidad	21	Solicita Información de avances a los Líderes Operativos de Calidad en las entidades federativas.	
	22	Recibe informe de avances de capacitación a través del formato de seguimiento de la capacitación (FSC-01).	Informe de avance de capacitación
	23	Analizar, revisar, registrar y proporcionar resultados de la capacitación.	
	24	Revisar, analizar, adecuar y proporcionar informe ejecutivo de avance de capacitación al Director General Adjunto de Calidad en Salud.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
1
11
Recibe propuesta de programa y material.
12
Analiza, verifica y aprueba.
13
Instruye a Subdirección que realice modificaciones y ejecute la capacitación.
Programa y material del evento aprobado.
Procede
A
NO 14
SI 15
16
Recibe y registra a los participantes en la sede asignada para realización del evento.
17
Ejecuta los eventos de capacitación conforme al programa.
18
Evalúa la capacitación a través del formato de evaluación en curso.
19
Elabora concentrados y registra para la toma de decisiones.
20
Turna a la Dirección de Evaluación resultado de los eventos de capacitación.
Resultado de desarrollo de eventos.
21
Solicita Información de avances a los Líderes Operativos en las Entidades Federativas.
22
Recibe formato de capacitación (FSC-01).
23
Analiza, revisa, registra y proporciona resultados.
24
Revisa, analiza, adecua y proporciona informe al Director General Adjunto de Calidad en Salud.
Informe de avance de capacitación
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Plan Nacional de Capacitación en Calidad.	N/A
6.4 Solicitudes de capacitación de la entidades federativas	N/A
6.5 Programa de Convocatorias del Premio Nacional de Calidad en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Listas de Asistencia.	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Listado
7.2 Programa de Actividades de Capacitación	1 año	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Programa
7.3 Formatos de evaluación de eventos.	1 año	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Formato
7.4 Formato de Recepción de Información FSC-01	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Formato
7.5 Informes Bimestrales	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Formato

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carta Descriptiva: Es un formato que sirve para que el coordinador pueda monitorear al instructor en cuanto a tiempos y a los temas que se van abordar, estas incluyen el objetivo general del curso, objetivos específicos por cada uno de los temas, actividades, tiempos (de teoría y práctica), apoyos didácticos y evaluación.

8.2. Evento: Actividad vinculada con el propósito de generar un producto o servicio. Es la serie de acciones interrelacionadas para convertir insumos en resultados. Los procesos involucran personas, máquinas, herramientas, técnicas y material en una serie sistemática de pasos o acciones. (Conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes (input) en elementos salientes (output).

8.3. Formadores: Es el grupo de profesionales encargados de capacitar y coordinar equipos de proyectos para la mejora de la Calidad.

8.4. Paquete didáctico: Material que se proporciona a los participantes para el desarrollo de sus actividades durante y después al curso de capacitación.

8.5. Plan Nacional de Capacitación en Calidad: Es una estrategia para apoyar las líneas de acción de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud para impulsar el cambio hacia la cultura de Calidad y proporcionar aprendizaje respaldo y así como la sustentación.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

114. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR Y ANALIZAR LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Apoyar mediante mecanismos de evaluación los criterios de medición para analizar los resultados, en términos de efectividad, como estrategia que incentive la implantación de la gestión de la calidad para fortalecer la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud y Contar con una metodología que facilite la estandarización del proceso de mejora en unidades médicas de 1º y 2º niveles de atención, para brindar una atención más rápida y oportuna a los usuarios de los servicios de salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), particularmente a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y a la Dirección de Evaluación de la Calidad y a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades médicas de 1º y 2º niveles de atención.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Evaluación de la Calidad y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad son responsables de identificar, evaluar y analizar las experiencias exitosas en la gestión de la calidad promovidas por las unidades médicas.

3.2 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es responsable de la identificación de las unidades médicas que sirven para el diseño de una base de datos de experiencias exitosas.

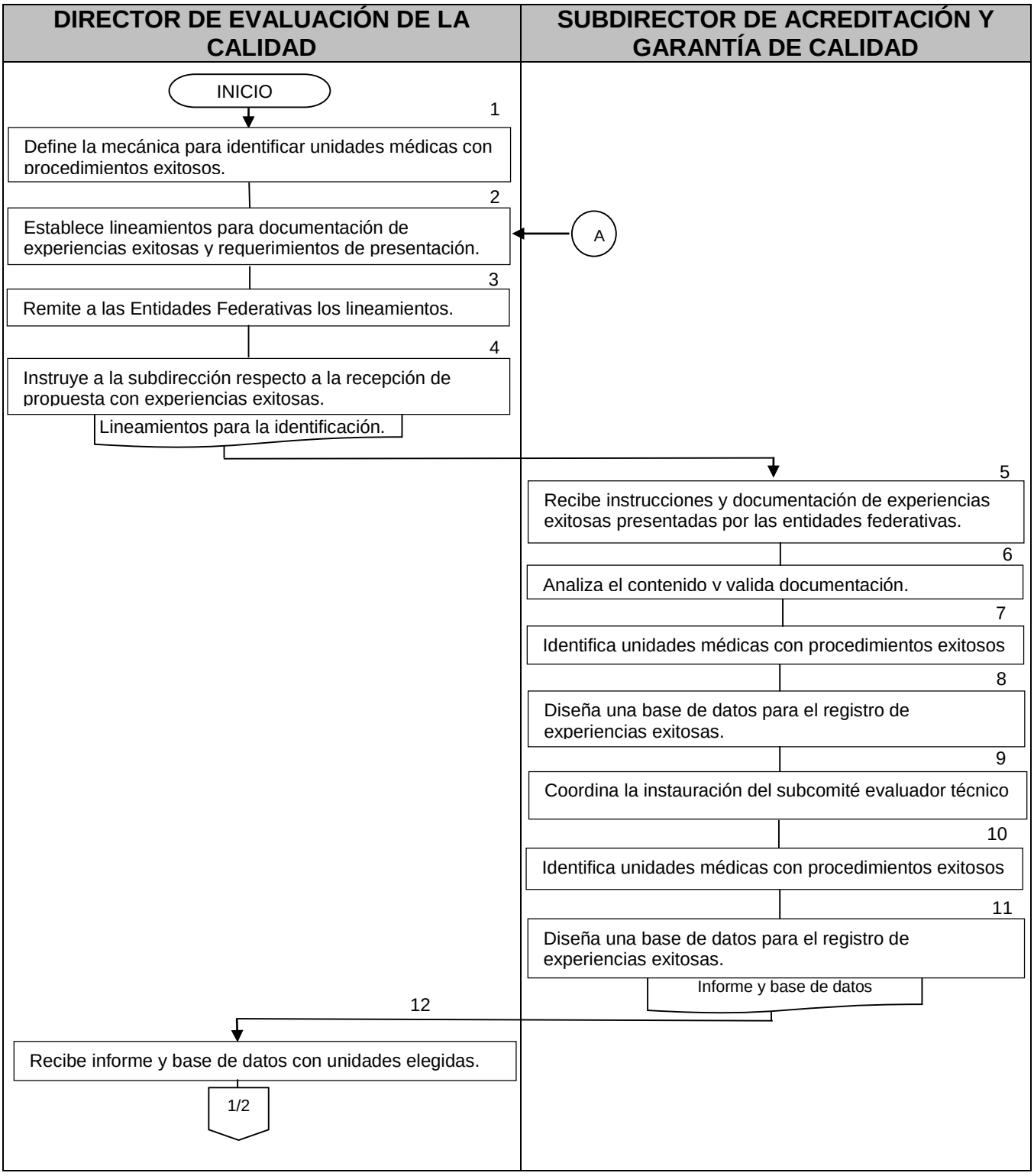
3.3 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es responsable de la promoción y difusión electrónica de las experiencias exitosas documentadas, divulgación que sirve como un portal para consulta y benchmarking.

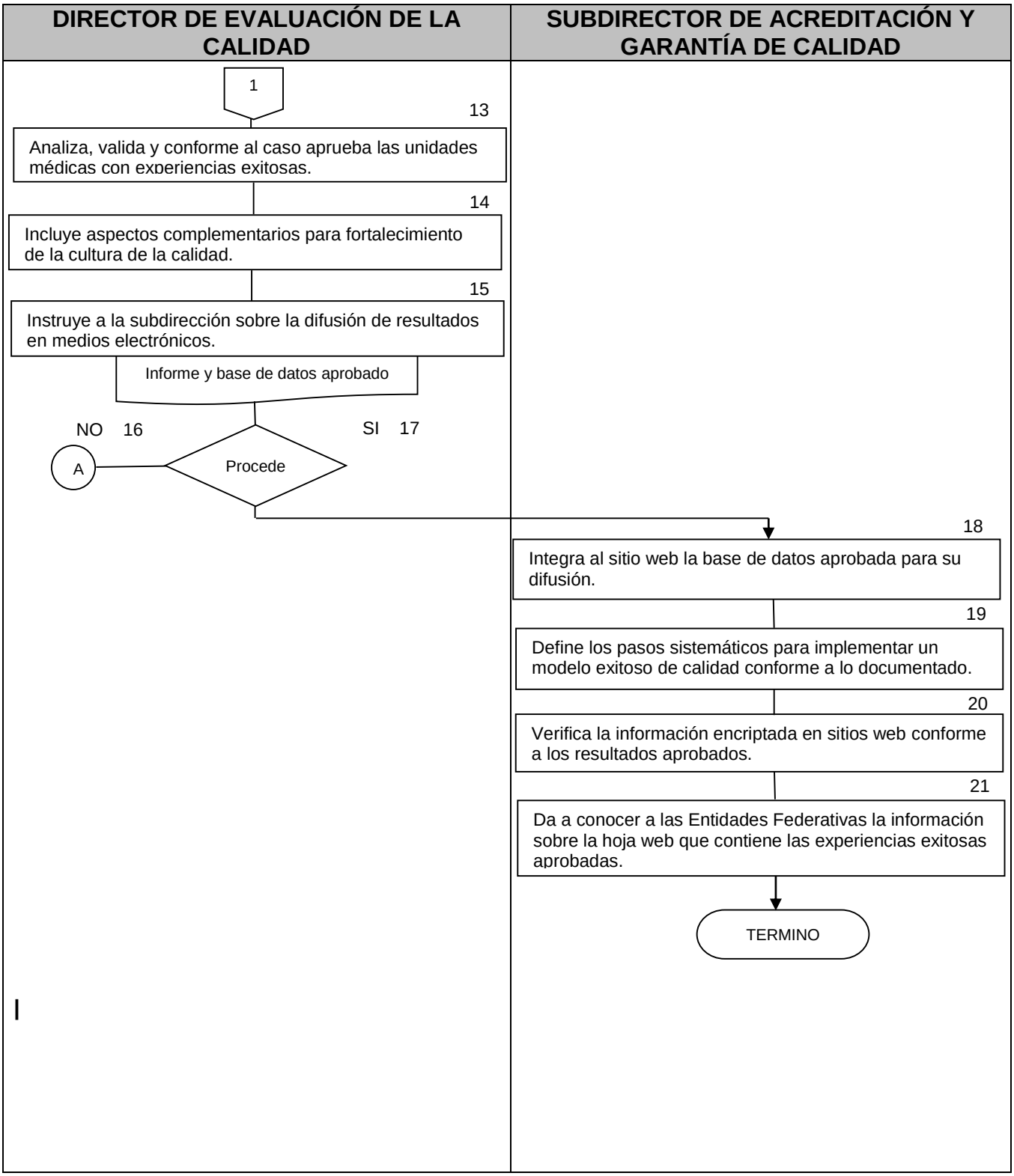
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	1	Define la mecánica para identificar unidades médicas con procedimientos exitosos.	Lineamientos para la identificación
	2	Establece los lineamientos para la documentación de experiencias exitosas así como los requerimientos de su presentación.	
	3	Remite a las Entidades Federativas los lineamientos para la documentación y entrega de experiencias exitosas.	
	4	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad respecto a la recepción de propuesta con experiencias exitosas.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	5	Recibe instrucciones y recibe la documentación de experiencias exitosas presentadas por las entidades federativas.	Informe y base de datos
	6	Analiza el contenido y valida la documentación.	
	7	Identifica las unidades médicas con procedimientos exitosos	
	8	Diseña una base de datos para el registro de experiencias exitosas.	
	9	Coordina la instauración del subcomité evaluador técnico.	
	10	Evalúa las experiencias exitosas documentadas.	
	11	Elabora y entregar a la Dirección de Evaluación la Calidad informe y base de datos actualizada sobre las experiencias exitosas documentadas.	
Director de Evaluación de la Calidad	12	Recibe informe y base de datos con unidades seleccionadas.	Informe y base de datos aprobado
	13	Analiza, validar y conforme al caso aprobar las unidades médicas con experiencias exitosas.	
	14	Incluye algunos aspectos complementarios para fortalecimiento de la cultura de la calidad	
	15	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad sobre la difusión de los resultados en medios electrónicos. Procede:	
	16	No: Regresa a la actividad Establecer los lineamientos para la documentación de experiencias exitosas así como los requerimientos de su presentación.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	17	Si: Continúa procedimiento.	
	18	Integra al sitio web la base de datos de unidades médicas con experiencias exitosas aprobadas para su difusión.	Informe y base de datos aprobado en sitio web
	19	Define los pasos sistemáticos para implementar un modelo exitoso de calidad conforme a las experiencias documentadas.	
	20	Verifica la información encriptada en el sitio web conforme a los resultados aprobados.	Informe y base de datos aprobado en sitio web
	21	Da a conocer a las Entidades Federativas la información sobre la hoja Web que contiene las experiencias exitosas aprobadas.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
1
13
Analiza, valida y conforme al caso aprueba las unidades médicas con experiencias exitosas.
14
Incluye aspectos complementarios para fortalecimiento de la cultura de la calidad.
15
Instruye a la subdirección sobre la difusión de resultados en medios electrónicos.
Informe y base de datos aprobado
NO 16
SI 17
A
Procede
18
Integra al sitio web la base de datos aprobada para su difusión.
19
Define los pasos sistemáticos para implementar un modelo exitoso de calidad conforme a lo documentado.
20
Verifica la información encriptada en sitios web conforme a los resultados aprobados.
21
Da a conocer a las Entidades Federativas la información sobre la hoja web que contiene las experiencias exitosas aprobadas.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Bases legales para los servicios de información y comunicación	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Base de Datos de unidades médicas documentadas e identificadas como exitosas	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Base de Datos
7.2 Acta constitutiva del subcomité evaluador	1 año	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Base de Datos

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Acuerdos de Gestión. Acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar procesos exitosos en unidades médicas de 1º y 2º niveles de atención.

8.2 Experiencias exitosas. Evidencia documentada de la mejora generada en uno o varios procesos en unidades médicas de 1º y 2º niveles de atención que puede ser usada como modelo para su réplica en unidades médicas con problemáticas y condiciones similares.

8.3 Lineamientos. Conjunto sistemático de reglas que deben cumplirse para documentar, enviar, y evaluar experiencias exitosas.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin Anexos

115. PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE RECONOCIMIENTOS A UNIDADES DE SALUD Y GESTORES DE CALIDAD POR PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Impulsar el desarrollo de una cultura de calidad, mediante el diseño, difusión, implementación y evaluación de sistemas de reconocimiento a las unidades y al personal de salud, por su desempeño en gestión de calidad para impulsar el Premio Nacional de Calidad en Salud a fin de reconocer a las Unidades de Salud y Gestores de la Calidad en torno al Premio Nacional de Calidad en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Evaluación de la Calidad y directamente al Departamento de Sistemas de Reconocimiento.

2.2 A nivel externo es aplicable a los directivos de las unidades de salud y a todo personal de la secretaría interesado en impulsar la cultura de la calidad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, con la participación de la Dirección de la Evaluación de la Calidad y el Departamento de Sistemas de Reconocimiento son los responsables de diseñar los criterios para otorgar reconocimiento a unidades y gestores de calidad.

3.2 La gestión para la aprobación por parte de las autoridades de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de las bases del premio y los criterios es responsabilidad de la Dirección de Evaluación de la Calidad y servirán para la participación de las unidades al Premio Nacional de Calidad y la Incorporación a la base de promotores de calidad.

3.3 El Departamento de Sistemas de Reconocimiento es responsable del proceso de incorporación de unidades al premio y los gestores de calidad y de coordinar el proceso de evaluación.

3.4 La Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, la Dirección de la Evaluación de la Calidad y el Departamento de Sistemas de Reconocimiento son responsables de verificar los resultados y someterlos al Comité Técnico de evaluación del Premio Nacional de Calidad en Salud.

3.5 La Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a través de la Dirección de Evaluación de la Calidad y el Departamento de Sistemas de Reconocimiento gestionan el otorgamiento de Reconocimiento por parte de las autoridades.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

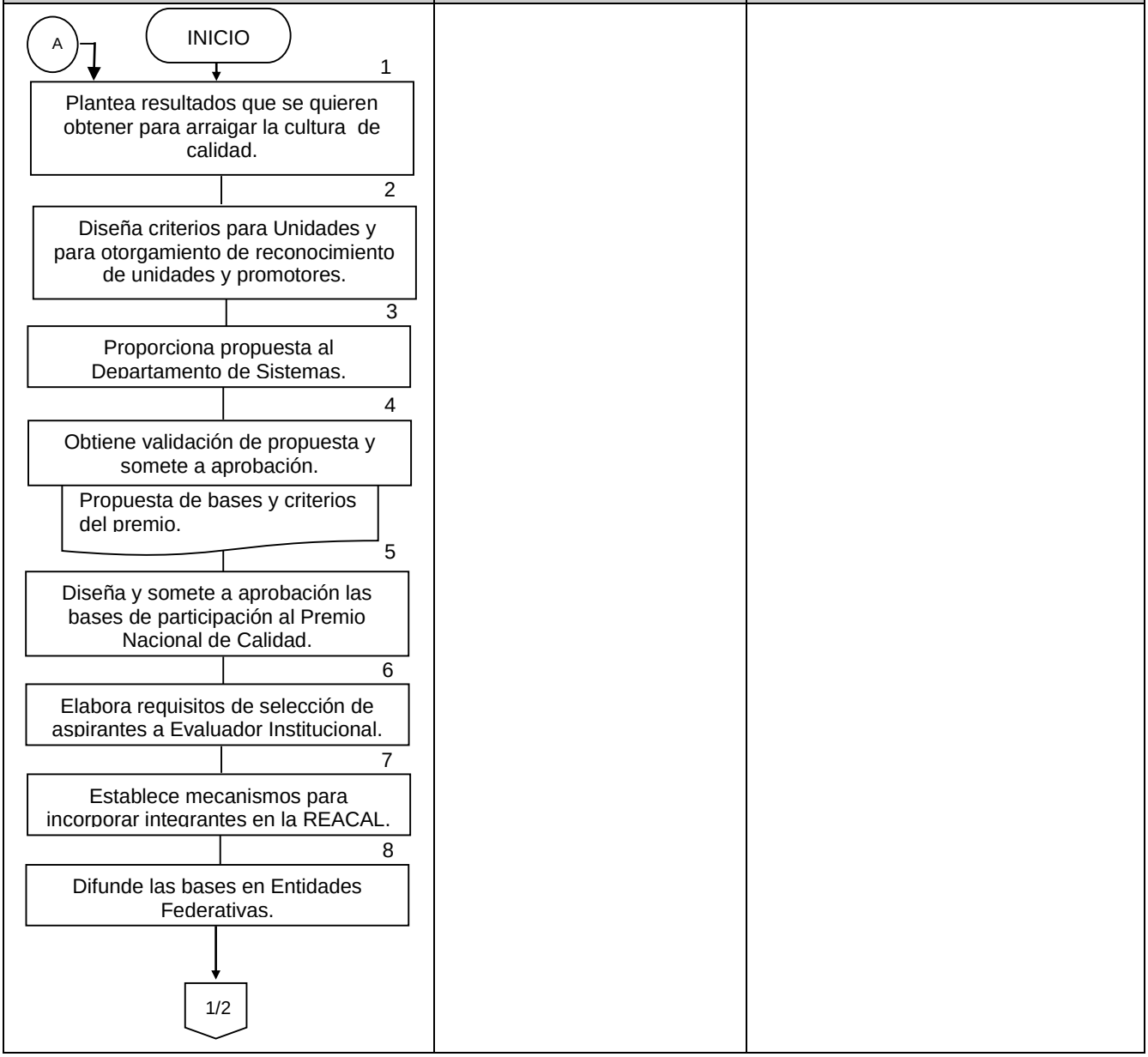
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	1	Plantea los resultados que se quieren obtener de las unidades de salud y del personal para arraigar la cultura de calidad.	Propuesta de bases y criterios del premio
	2	Diseña los criterios para Unidades y para otorgamiento de reconocimiento de unidades y promotores.	
	3	Proporciona propuesta al Departamento de Sistemas de Reconocimiento.	
	4	Obtiene validación de la propuesta y la somete a aprobación.	
	5	Diseña y somete a aprobación las bases de participación al Premio Nacional de Calidad.	Bases y criterios para aprobación
	6	Elabora requisitos de selección de aspirantes a Evaluador Institucional.	
	7	Establece mecanismos para la incorporación a integrantes en la Red de Acreditación y Certificación de la Calidad (REACAL).	
	8	Difunde las bases en las entidades federativas.	
	9	Incorpora a unidades.	
	10	Instruye al Departamento de Sistemas de Reconocimiento respecto a la realización del control de la incorporación de unidades y promotores Procede:	
	11	NO: Regresa a la actividad 1 para plantear los resultados que se quieren obtener de las unidades de salud y del personal para arraigar la cultura de calidad	
	12	SÍ: Continúa procedimiento.	

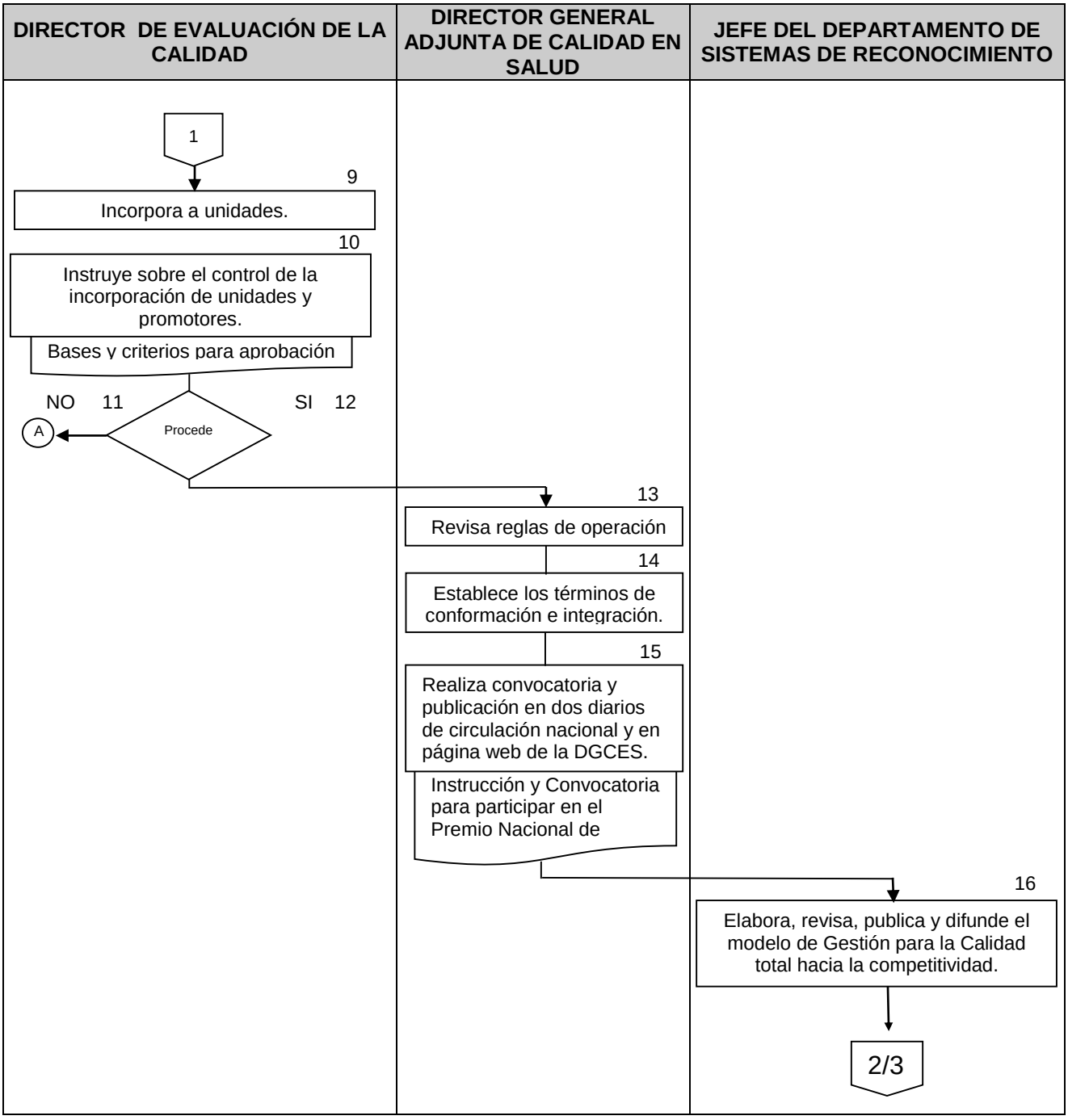
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunta de Calidad en Salud	13	Revisa las reglas de operación.	
	14	Establece los términos de conformación e integración.	
	15	Realiza la convocatoria y su publicación en dos diarios de circulación nacional y en la página web de la DGCES	Instrucción y Convocatoria para participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud
Jefe de Sistemas de Reconocimiento	16	Elabora, revisa, publica y difunde el Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la Competitividad.	Instrucción y Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la Competitividad
	17	Capacitar y ensayar.	
Director General Adjunta de Calidad en Salud	18	Publica, difunde y alinea los criterios de presentación de reporte breve a las unidades participantes y a los evaluadores de la Red de acreditación y certificación de la Calidad (REACAL).	Lineamientos para la presentación del Reporte Breve y Extenso para participar por el Premio Nacional de Calidad
	19	Publica, difunde y alinea los criterios de presentación de reporte extenso a las unidades participantes y a los evaluadores de la REACAL.	
Departamento de Sistemas de Reconocimiento	20	Recibe documentos.	
	21	Registra en base de datos por entidad federativa.	
	22	Clasifica por tipo de unidad e institución.	
	23	Asigna clave de registro.	
	24	Elabora criterios de habilidades, conocimientos y aptitudes de los evaluadores seleccionados por la REACAL para participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud.	
	25	Envía Reportes Breves y Extensos a los evaluadores.	
	26	Evalúa a distancia los reportes breves en la primera etapa	
Director General Adjunta de Calidad en Salud	27	Concentra Evaluaciones.	Instrucción y listado de unidades participantes que pasan a segunda etapa
	28	Selecciona Unidades Médicas con un grado de desarrollo inicial hasta clase mundial.	

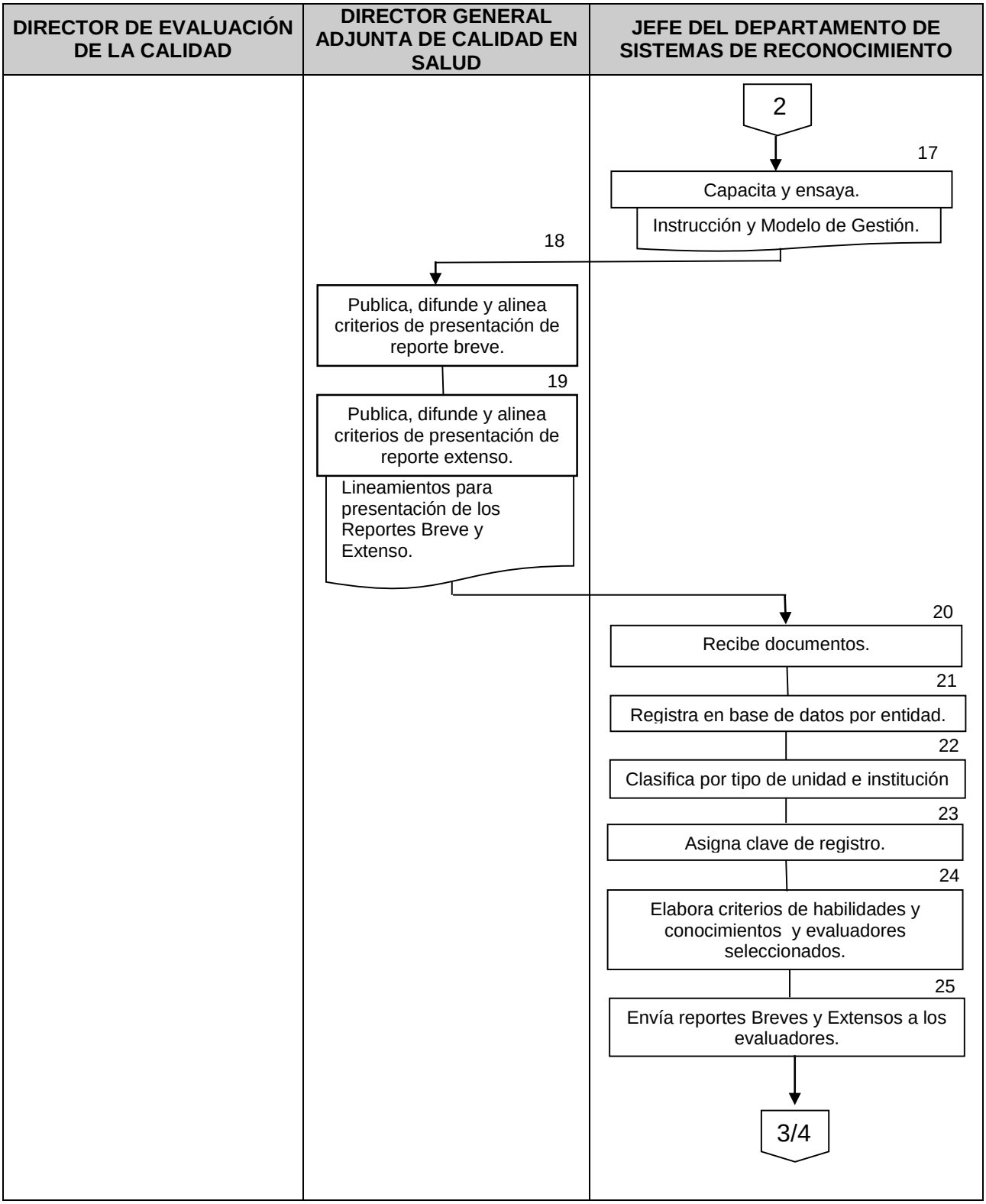
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Sistemas de Reconocimiento	29	Recibe reportes extensos.	
	30	Revisa y registrar en base de datos.	
	31	Selecciona evaluadores participantes para segunda etapa.	
	32	Envía documentos por vía electrónica para evaluación.	
	33	Evalua los reportes extensos de los participantes en segunda etapa.	
Director General Adjunta de Calidad en Salud	34	Concentra a los evaluadores.	
	35	Revisa documentos.	
	36	Entrega resultados en cédula de evaluación e informes de retroalimentación.	Instrucción y listado de unidades participantes que pasan a tercera etapa
	37	Concentra calificaciones y selecciona unidades que pasan a tercera etapa (visita de campo).	
	38	Notifica a las unidades médicas que pasan a tercera etapa.	
Departamento de Sistemas de Reconocimiento	39	Selecciona evaluadores con amplia experiencia en Premio Nacional de Calidad en Salud.	
	40	Forma equipos de 2 evaluadores de la REACAL que participan para la visita de campo.	
	41	Asigna para evaluación de unidades médicas por entidad federativa.	

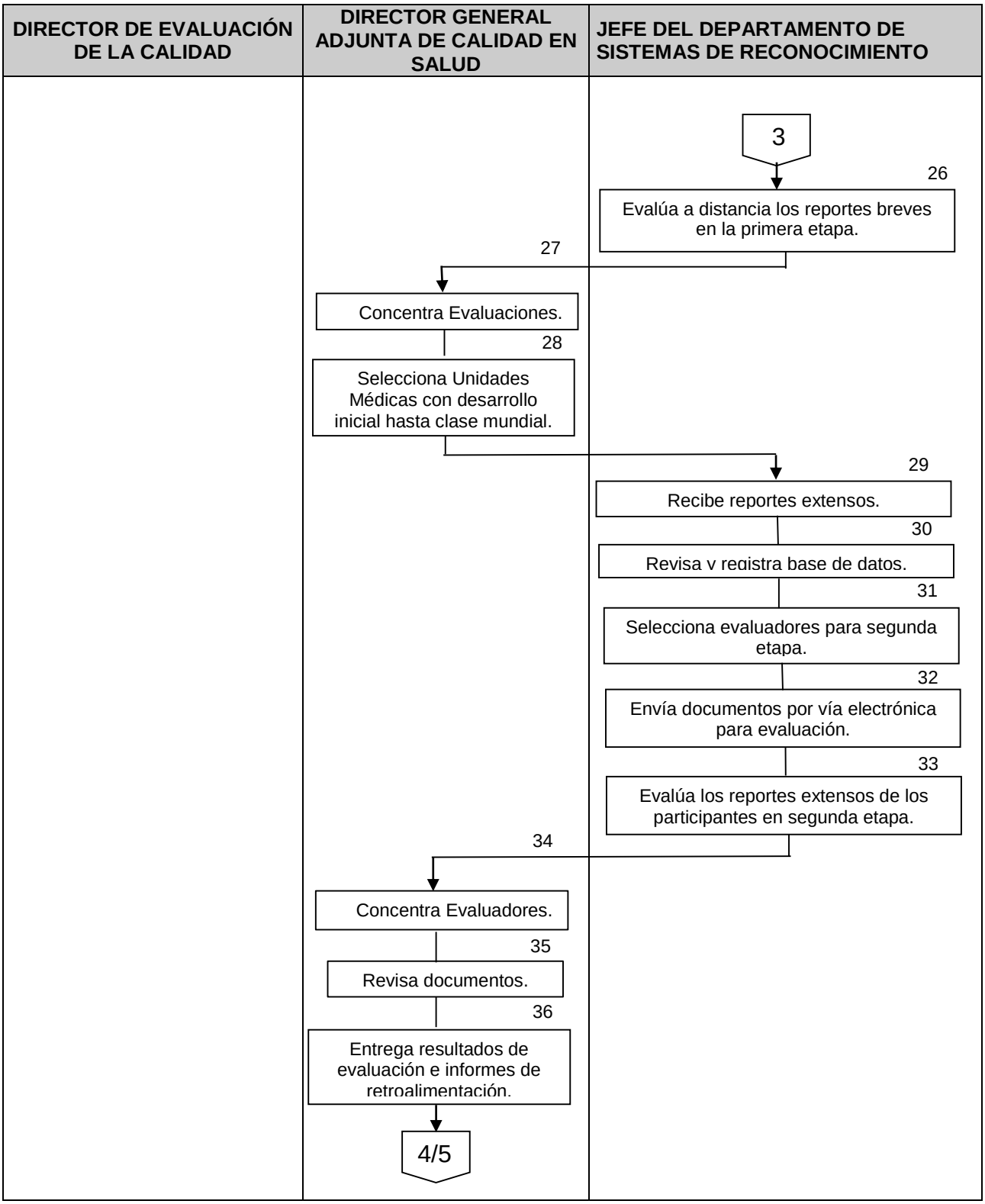
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Sistemas de Reconocimiento	42	Realiza verificación presencial, ocular y documental de las unidades médicas participantes.	
Director de Evaluación de la Calidad	43	Recibe resultados e informe de retroalimentación de las unidades evaluadas.	
	44	Selecciona unidades ganadoras a Premio Nacional de Calidad y 1° y 2° Reconocimientos, por parte del Comité Técnico.	
	45	Realiza el Foro Nacional e Internacional sobre Premio Nacional de Calidad.	
	46	Entrega el Premio Nacional de Calidad en Salud a la unidad médica con el mayor grado de madurez en calidad.	Placas de reconocimiento a los acreedores al Premio Nacional de Calidad en Salud
	47	Reconoce a la unidad médica con el segundo mejor puntaje.	
	48	Reconoce a la unidad médica con el tercer mejor puntaje.	
	49	Otorga apoyos económicos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

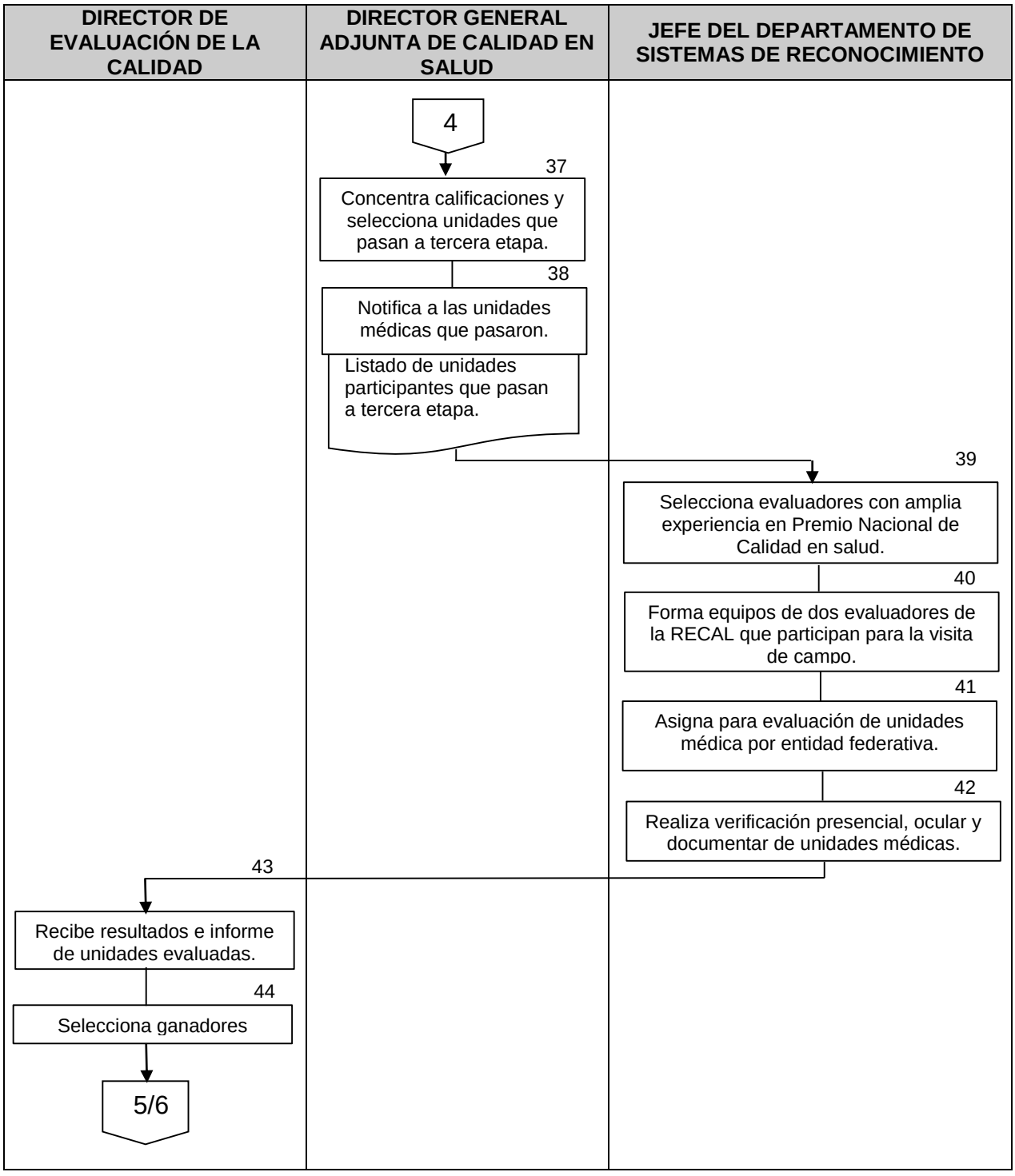
5. DIAGRAMA DE FLUJO

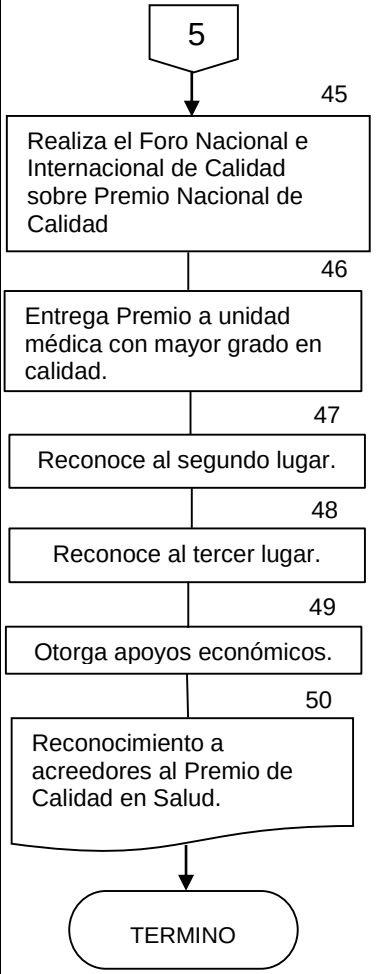



DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO
1
9
Incorpora a unidades.
10
Instruye sobre el control de la incorporación de unidades y promotores.
Bases y criterios para aprobación
NO
11
SI
12
A
Procede
13
Revisa reglas de operación
14
Establece los términos de conformación e integración.
15
Realiza convocatoria y publicación en dos diarios de circulación nacional y en página web de la DGCES.
Instrucción y Convocatoria para participar en el Premio Nacional de
16
Elabora, revisa, publica y difunde el modelo de Gestión para la Calidad total hacia la competitividad.
2/3


DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO
2
17
Capacita y ensaya.
Instrucción y Modelo de Gestión.
18
Publica, difunde y alinea criterios de presentación de reporte breve.
19
Publica, difunde y alinea criterios de presentación de reporte extenso.
Lineamientos para presentación de los Reportes Breve y Extenso.
20
Recibe documentos.
21
Registra en base de datos por entidad.
22
Clasifica por tipo de unidad e institución
23
Asigna clave de registro.
24
Elabora criterios de habilidades y conocimientos y evaluadores seleccionados.
25
Envía reportes Breves y Extensos a los evaluadores.
3/4


DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO
3
26
Evalúa a distancia los reportes breves en la primera etapa.
27
Concentra Evaluaciones.
28
Selecciona Unidades Médicas con desarrollo inicial hasta clase mundial.
29
Recibe reportes extensos.
30
Revisa y registra base de datos.
31
Selecciona evaluadores para segunda etapa.
32
Envía documentos por vía electrónica para evaluación.
33
Evalúa los reportes extensos de los participantes en segunda etapa.
34
Concentra Evaluadores.
35
Revisa documentos.
36
Entrega resultados de evaluación e informes de retroalimentación.
4/5


DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO
4
37
Concentra calificaciones y selecciona unidades que pasan a tercera etapa.
38
Notifica a las unidades médicas que pasaron.
Listado de unidades participantes que pasan a tercera etapa.
39
Selecciona evaluadores con amplia experiencia en Premio Nacional de Calidad en salud.
40
Forma equipos de dos evaluadores de la RECAL que participan para la visita de campo.
41
Asigna para evaluación de unidades médica por entidad federativa.
42
Realiza verificación presencial, ocular y documentar de unidades médicas.
43
Recibe resultados e informe de unidades evaluadas.
44
Selecciona ganadores
5/6

DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Atribuciones de la Dirección General de Calidad.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Guía técnica para la elaboración del manual de procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bases del Premio Nacional de Calidad en Salud	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Documento
7.2 Base de datos de la Red Nacional de Promotores de Calidad	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Base de Datos
7.3 Convocatoria de Premio	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Convocatoria
7.4 Registros de Unidades Ganadoras.	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Calidad:** Satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente. Es la creación de valor percibida por los clientes y por los usuarios.

8.2. **Cultura Organizacional:** Conjunto de comportamiento, lenguaje, símbolos y actividades que representan la forma de ser de una organización; de tal manera que se facilite el bienestar y motivación del personal.

8.3. **Gestión de la Calidad:** Es el sistema de responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a cabo la administración de la Calidad.

8.4. **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 mejorar los procesos y en la idea de que los sistemas

y el desempeño siempre pueden mejorar aun cuando se han satisfecho los estándares, patrones o normas más altas.

8.5. **Modelo de Calidad:** Descripción de la interacción de los componentes de los principales elementos del sistema de administración de la organización. Se refiere al esquema predeterminado de referencia que define los sistemas y prácticas de calidad de la organización congruentes con los principios y valores de calidad.

8.6. **Premio Nacional de Calidad**: Es el reconocimiento a nivel Nacional que se otorga anualmente a las unidades médicas y administrativas de la secretaría de Salud que cuentan con las mejores prácticas de mejora continua en búsqueda de la excelencia a través de la Calidad Total.

8.7. **Red Nacional de Promotores de Calidad**: Es un grupo de profesionales de la Secretaría de Salud comprometidos con la calidad que mediante acciones de promoción, capacitación, asesoría y dirección de equipos de proyectos, coadyuven a la Cruzada Nacional en cada una de las unidades médicas, buscando con esto la mejora de calidad de los servicios de Salud.

8.8. **Sistema:** Conjunto de elementos que se interrelacionan formando un todo dinámico que permite transformar los insumos en productos o servicios.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

116. PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS INCORPORADAS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. PROPÓSITO

Evaluar a los establecimientos públicos de atención médica para su acreditación conforme a los criterios de capacidad, seguridad y calidad propuestos por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a fin de garantizar que las unidades médicas acreditadas brinden servicios de atención médica conforme a parámetros de calidad garantizada.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), particularmente a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y a la Dirección de Evaluación de la Calidad.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los establecimientos públicos de atención médica incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los mecanismos de evaluación para la acreditación son ejecutados y es responsabilidad de la Dirección de Evaluación de la Calidad, y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios en coordinación con la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad; conforme al Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en establecimientos públicos para la prestación de Servicios de Salud.

3.2 La Acreditación es ajustada por la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios; con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, que emite anualmente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

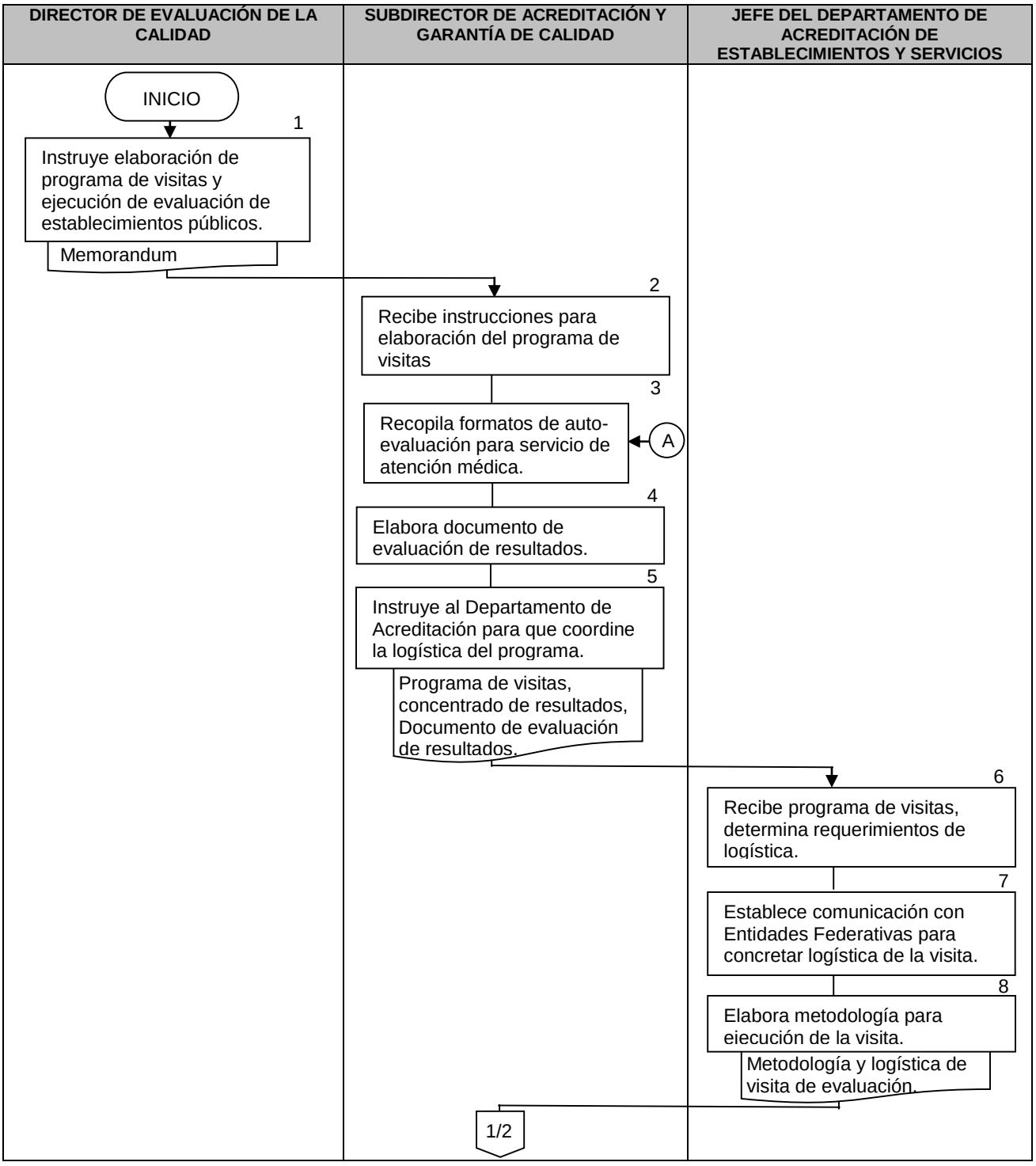
3.3 Los resultados de la Acreditación son informados a los Titulares de los Servicios de Salud Estatal por la intervención de la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

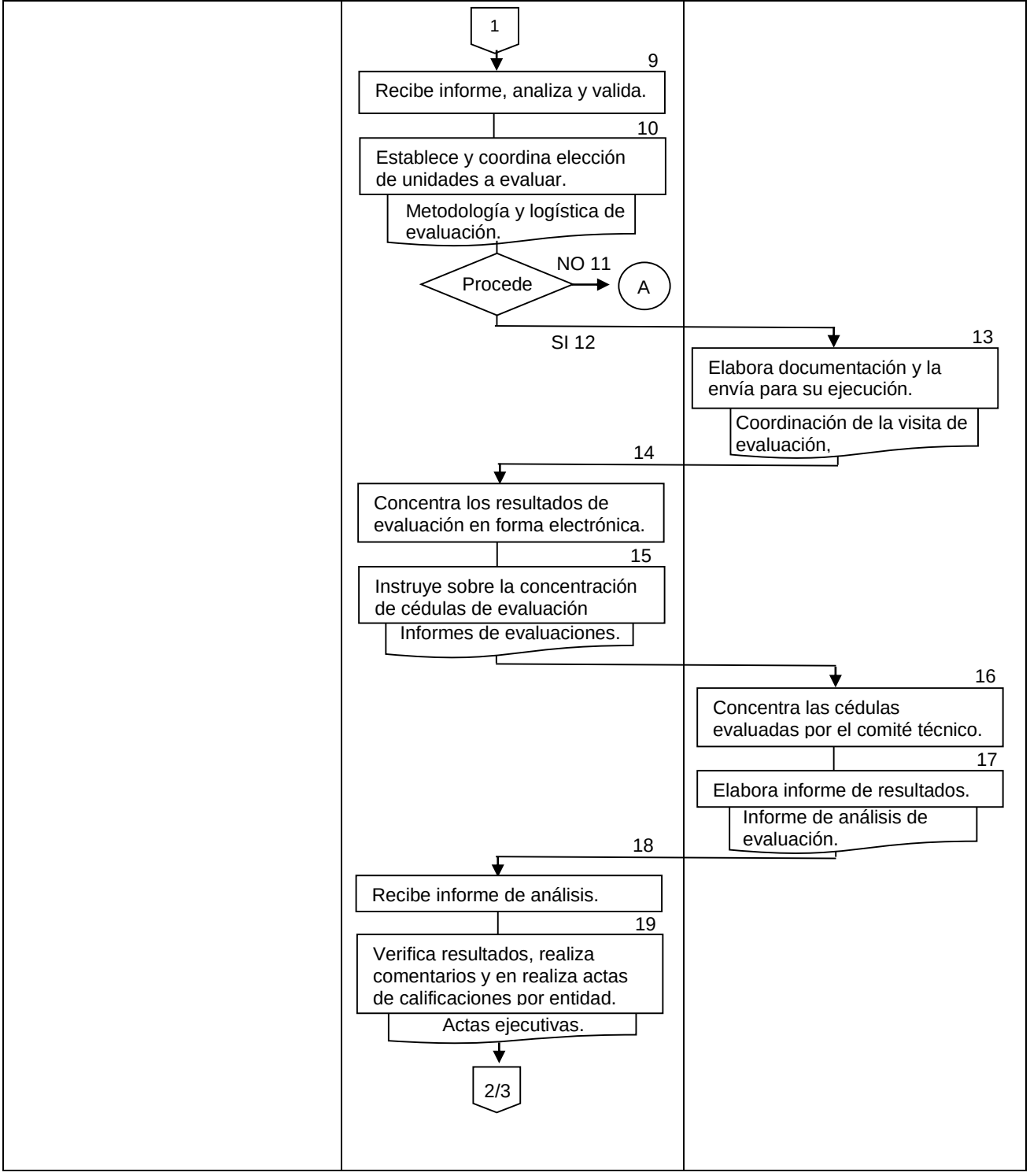
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	1	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad sobre la elaboración del programa de visitas y ejecución de evaluación de los establecimientos públicos.	Memorándum
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	2	Recibe instrucciones para la elaboración del programa de visitas de evaluación de los establecimientos públicos.	
	3	Recopila los formatos de auto-evaluación de los establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica de las entidades federativas a evaluar que serán incluidas en el programa de visitas de evaluación.	Programa de visitas de evaluación.
	4	Elabora conforme a concentrado de los documentos de auto-evaluación, el documento de evaluación de resultados.	Concentrado de resultados de auto-evaluación de unidades médicas.
	5	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios para que coordine la logística del Programa de visitas de evaluación.	Documento de evaluación de resultados.
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	6	Recibe Programa de visitas, analiza y determina requerimientos de logística.	Metodología y logística de visita de evaluación
	7	Establece comunicación con las Entidades Federativas para concertar la logística para ejecución de la visita.	
	8	Elabora metodología y logística para la ejecución de la visita de evaluación y la turna a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para validación.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	9	Recibe informe de Metodología y logística de visita de evaluación, analiza y valida.	
	10	Conforme al contenido del informe establece la elección de unidades a evaluar y coordinación con los integrantes del grupo evaluador.	Metodología y logística de visita de evaluación
		Procede:	
	11	No: Regresa a la actividad 3	
	12	Si: Continúa procedimiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	13	Elabora la documentación y envía la comunicación correspondiente a las entidades federativas con información de la supervisión a ejecutarse conforme a la metodología de trabajo.	Coordinación de la visita de evaluación.
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	14	Concentra la información en las cédulas correspondientes en forma manual electrónica de los resultados de la evaluación de unidades de atención médica.	Informes de evaluaciones
	15	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios sobre la concentración de las cédulas de evaluación.	
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	16	Recibe instrucciones y concentra las cedulas de las unidades evaluadas por el comité técnico en la visita.	Informe de análisis de evaluación.
	17	Elabora informe de resultados y turna a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para su validación.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	18	Recibe informe de Análisis de las evaluaciones.	Actas ejecutivas
	19	Verifica los resultados de cada unidad, realiza comentarios a las no conformidades y en forma global realizar el informe ejecutivo (actas) de las calificaciones obtenidas por entidad federativa.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	20	Integra paquetes con la información y comentarios de solución a los problemas para el envío a las entidades federativas.	Paquete de informe y comentarios
	21	Brinda seguimiento y retroalimentación a problemas detectados.	
	22	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios sobre la verificación de la entrega de los paquetes a las entidades federativas.	
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	23	Recibe instrucciones y vigila el envío de los paquetes con la información del comité para la acreditación.	Paquete de informe y comentarios
	24	Contacta a las Entidades Federativas para corroborar la entrega de los paquetes con el informe y los resultados.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

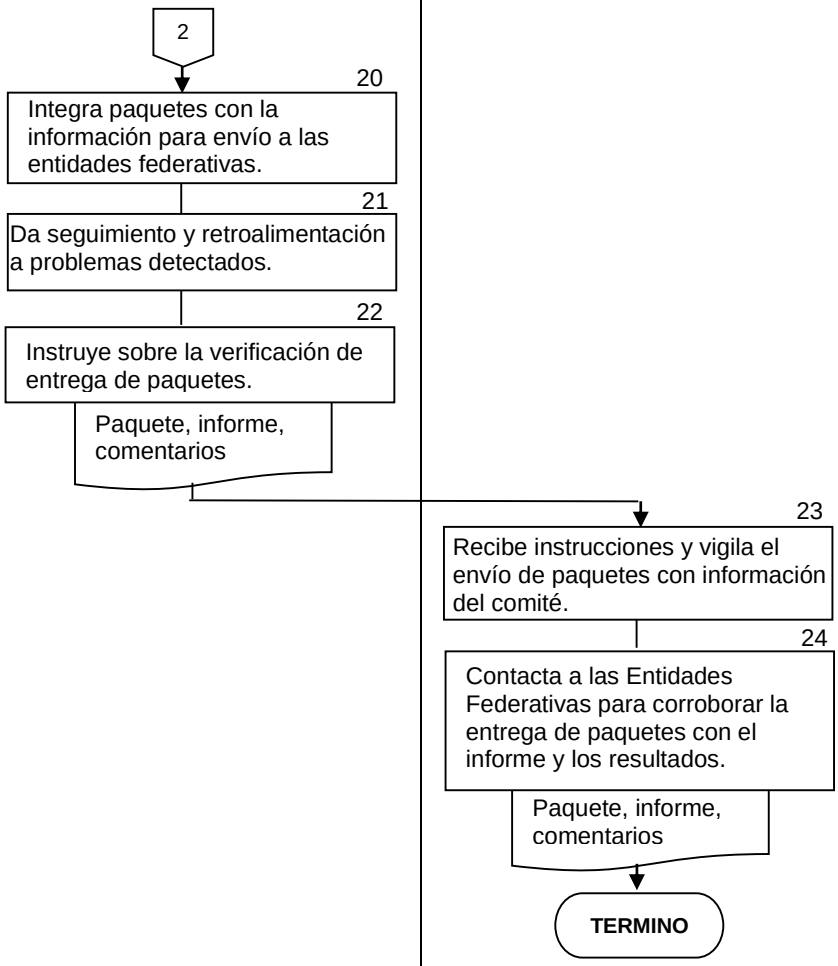
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS



DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Reglamento en Materia de Protección Social en Salud. Sección Segunda	N/A
6.4 Normas Oficiales Mexicanas de Atención Médica y Salud Pública	N/A
6.5 Catalogo Universal de Servicios en Salud	N/A
6.6 Manual para la Acreditación	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Diseño inicial de las presentaciones para difundir, a la población criterios de calidad, seguridad y eficacia sobre los servicios de salud	5 años	Dirección de Evaluación de la Calidad Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Documento
7.2 Oficio de aceptación de los contenidos	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de Oficio
7.3 Oficio de envío de los impresos a las entidades federativas	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de Oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Auto-evaluación: Proceso que asigna valor y que se aplica por uno mismo.

8.2 Establecimientos Públicos: Nombre que reciben las unidades de atención médica de la Secretaría de salud.

8.3 Instrumento: Documento que contiene información específica para promover servicios de atención médica de calidad.

8.4 Logística: Técnica por medio de la cual se realiza el avituallamiento

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

117. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE MECANISMOS DE EVALUCIÓN DE PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE PROVEEDORES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS) Y LA REESTRUCTURACIÓN DE PROCESOS CRÍTICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Formalizar los mecanismos de evaluación del proceso de acreditación de proveedores del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) así como de la reestructuración o desarrollo de procesos críticos, para garantizar seguridad y eficiencia e idoneidad en la operación de los mecanismos de evaluación de los criterios para determinar el retiro de la acreditación a un establecimiento de salud de los proveedores del SPSS.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), particularmente a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y la Dirección de Evaluación de la Calidad.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a unidades médicas y hospitalarias proveedoras del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, conforme a la normativa en la materia (Ley General de Salud) está facultada para determinar los mecanismos para la evaluación de la acreditación de proveedores del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) así como también para determinar el retiro de la acreditación a un establecimiento de salud.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud por conducto de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud en corresponsabilidad con la Dirección de Evaluación de la Calidad son las responsables de implementar los mecanismos para evaluar la acreditación de proveedores del SPSS.

3.3 La Dirección de Evaluación de la Calidad con intervención del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios son las responsables de efectuar las auditorias para evaluar la acreditación de proveedores del SPSS.

3.4 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de comunicar a los solicitantes los resultados de la evaluación de la acreditación a los distintos proveedores.

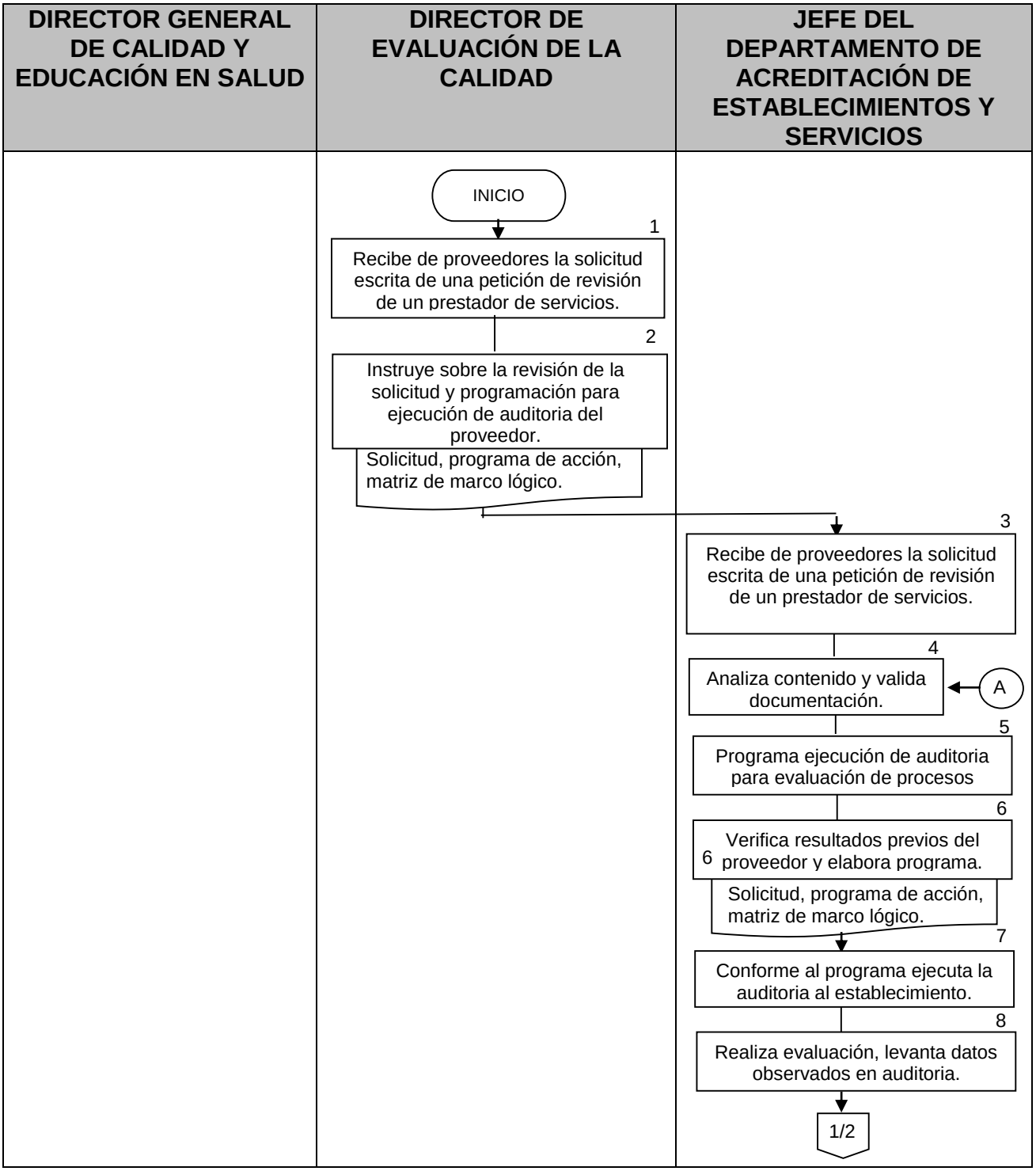
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

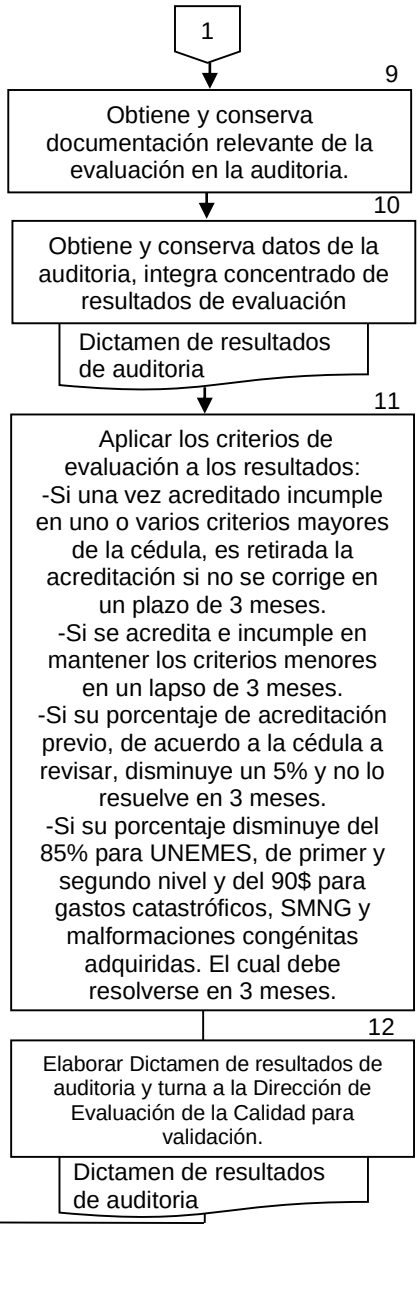
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	1	Recibe de los distintos proveedores la solicitud escrita de una petición de revisión de un establecimiento prestador de servicios.	Solicitud Programa de acción específico Matriz de marco lógico
	2	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios sobre la revisión documental de la solicitud y de la programación para la ejecución de auditoría del establecimiento del proveedor solicitante.	
Jefe del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	3	Recibe instrucciones y documentación de la solicitud presentada por el proveedor.	
	4	Analiza el contenido y valida la documentación	
	5	Programa la ejecución de la auditoria para evaluar los procesos del proveedor.	Solicitud
	6	Verifica en reportes previos los resultados y recomendaciones efectuadas al proveedor a auditar y elabora programa de trabajo.	Programa de acción específico
	7	Conforma el programa de trabajo y ejecutar la auditoria al establecimiento.	Matriz de marco lógico
	8	Realiza evaluación y levantar datos observados en la auditoria.	
	9	Obtiene y conservar documentación relevante relacionada con la evaluación ejecutada en la auditoria.	

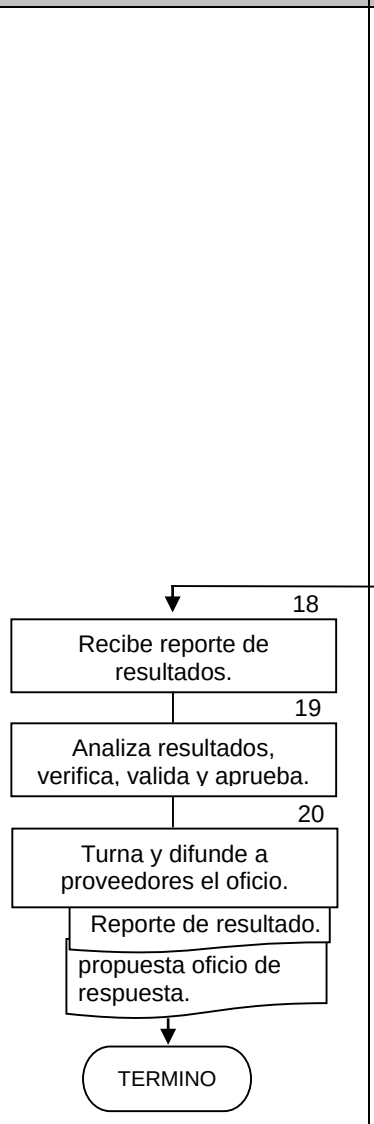
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	10	Conforma los documentos y datos obtenidos en la auditoria, integrar concentrado de resultados de la evaluación.	Dictamen de resultados de auditoria
	11	Aplica criterios de evaluación a los resultados obtenidos en la auditoria. o Si una vez acreditado incumple en uno o varios de los criterios mayores de la cédula a revisar, es retirada la acreditación, si no se corrige en un plazo de 3 meses. o Si una vez acreditado incumple en mantener los criterios menores en un lapso de 3 meses. o Si su porcentaje de acreditación previo, de acuerdo a la cédula a revisar, disminuye en un 5% y no lo resuelve en un lapso de 3 meses a partir de su detección. o Si su porcentaje de acreditación disminuye del 85% para UNEMEs (Unidades de Especialidades Médicas), CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) de Primer y Segundo Nivel y del 90% para Gastos Catastróficos, Seguro Médico para Nueva Generación (SMNG) y Malformaciones Congénitas y Adquiridas. El cual debe ser resuelto en un lapso de 3 meses a partir de su detección.	Dictamen de resultados de auditoria
	12	Elabora Dictamen de resultados de auditoria y turna a la Dirección de Evaluación de la Calidad para la validación.	
Director de Evaluación de la Calidad	13	Recibe dictamen de resultados de auditoria.	Reporte de resultado de acreditación
	14	Analiza resultados, verificar y validar.	
	15	Elabora reporte de resultados, oficio de resultados y turna a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para aprobación y difusión. Procede:	Propuesta oficio de respuesta

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	16	No: Regresa a la actividad 4 para Analizar el contenido y valida la documentación.	
	17	Si: Continúa procedimiento.	
Director General de Calidad y Educación en Salud	18	Recibe reporte de resultados de acreditación.	Oficio de respuesta
	19	Analiza los resultados, verifica, valida y aprueba.	Reporte de resultado de acreditación
	20	Turna y difunde a los proveedores solicitantes el oficio de resultado de revisión.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS
		

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Ley General de Salud (Anexo1) y en Materia de Protección Social en Salud	N/A
6.4 Reglamento de la Ley General de Salud Materia de Protección Social en Salud	N/A
6.5 Manual para la Acreditación y Garantía de calidad en establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud	N/A
6.6 Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo	N/A
6.7 Reporte de resultados de la Auditoria	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Instrucciones de trabajo	6 Años	Dirección de Evaluación de la Calidad	Número de instrucción
7.2 Recomendaciones o conclusiones	6 Años	Dirección de Evaluación de la Calidad	N/A
7.3 Reporte de resultados	6 Años	Dirección de Evaluación de la Calidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Auditoria: Resultado de la revisión de la cedula de acreditación previa.

8.2 Dictamen: Opinión y juicio que se forma o emite sobre algo, especialmente el que hace un especialista

8.3 Recomendaciones: Documento de consenso generado al término de una Jornada Técnica.

8.4 Retiro de Acreditación: Disponer de parámetros y conductas a seguir para el retiro temporal o definitivo del mecanismo de acreditación de los establecimientos de salud que reciben el Sistema de Protección Social en Salud.

8.5 Seguimiento: Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

118 PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LOS MODELOS DE ACREDITACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Indicar el mecanismo de evaluación de los modelos de acreditación para el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en términos de su alcance para garantizar niveles mínimos de calidad, así como para determinar su capacidad de respuesta ante la demanda de SPSS y los Servicios Estatales de Salud (SESA).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), particularmente al equipo de trabajo de la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable en todos los establecimientos públicos y privados de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El mecanismo para evaluar la acreditación es realizado por la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, conforme al Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad, de la Capacidad, Seguridad y Calidad en establecimientos públicos para la prestación del Sistema de Protección Social en Servicios en Salud.

3.2 La Acreditación debe ser ajustada por la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, que emite anualmente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

3.3 Los resultados de la Acreditación son informados a los Titulares de los Servicios de Salud Estatal por la Dirección de Evaluación de la Calidad, a través de la participación de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

3.4 La creación o desarrollo de nuevas cedulas de acreditación, para la atención de nuevos procedimientos médicos, debe ser avalada por escrito por la Comisión y el Consejo Nacional de Protección Social en Salud, junto con el Sistema de Protección Social en Salud.

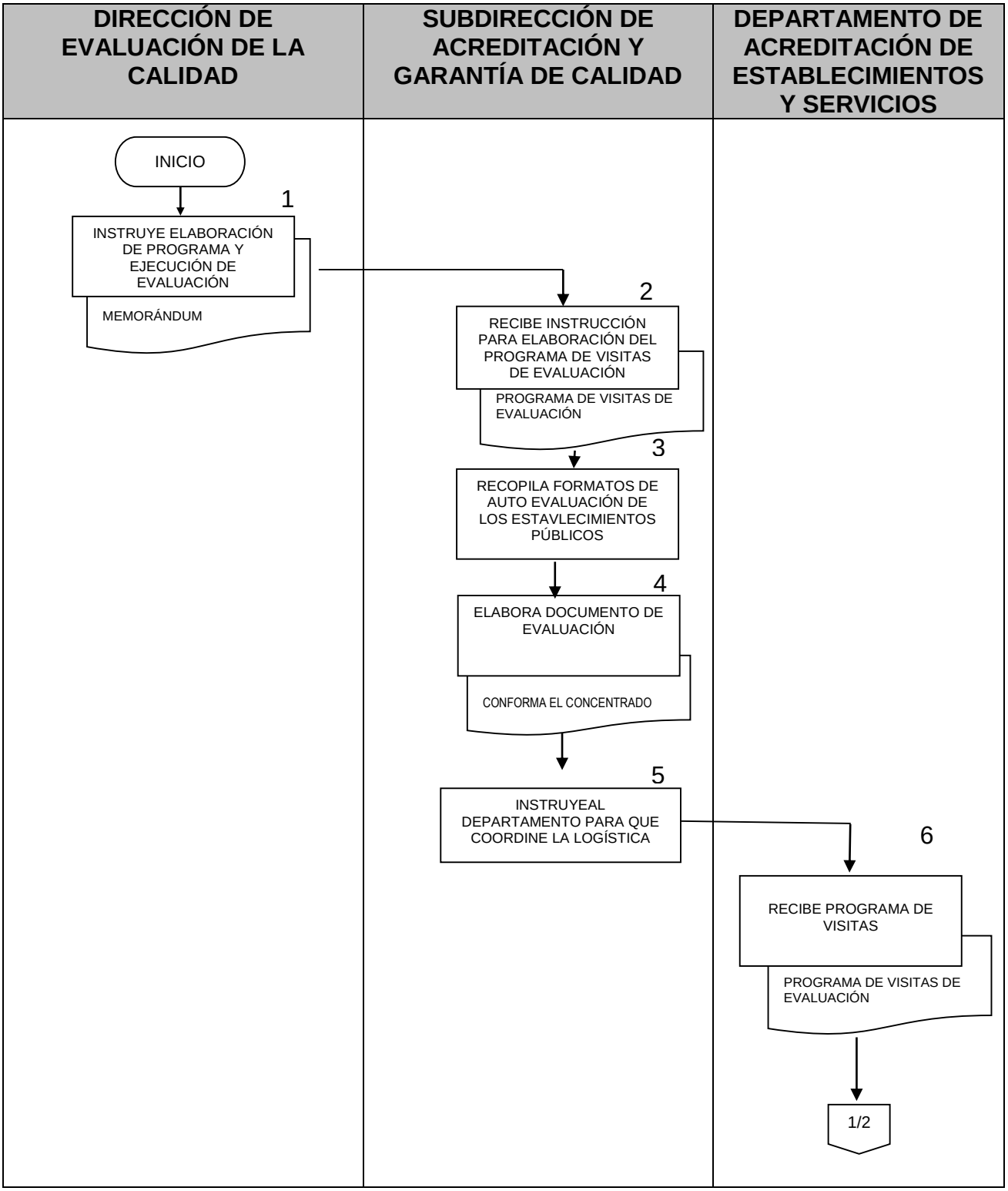
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	1	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad sobre la elaboración del programa de visitas y ejecución de evaluación de los establecimientos públicos	Memorándum
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	2	Recibe instrucciones para la elaboración del programa de visitas de evaluación de los establecimientos públicos	Programa de visitas de evaluación
	3	Recopila los formatos de auto-evaluación de los establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica de las entidades federativas a evaluar que serán incluidas en el programa de visitas de evaluación.	Concentrado de resultados de auto-evaluación de unidades médicas
	4	Elabora el documento de evaluación de resultados.	Documento de evaluación de resultados
	5	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios para que coordine la logística del Programa de visitas de evaluación.	
Jefe de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	6	Recibe Programa de visitas, analiza y determina requerimientos de logística.	
	7	Establece comunicación con las Entidades Federativas para concertar la logística para ejecución de la evaluación de unidades médicas.	
	8	Elabora metodología y logística para la ejecución de la visita de evaluación y la turna a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para validación.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	9	Recibe informe de Metodología y logística de visita de evaluación, analiza y valida.	Metodología y logística de visita de evaluación
	10	Establece la elección de unidades a evaluar en coordinación con los integrantes del grupo evaluador. Procede:	
	11	No: Regresa a la actividad 3 para recopila los formatos de auto-evaluación de los establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica de las	

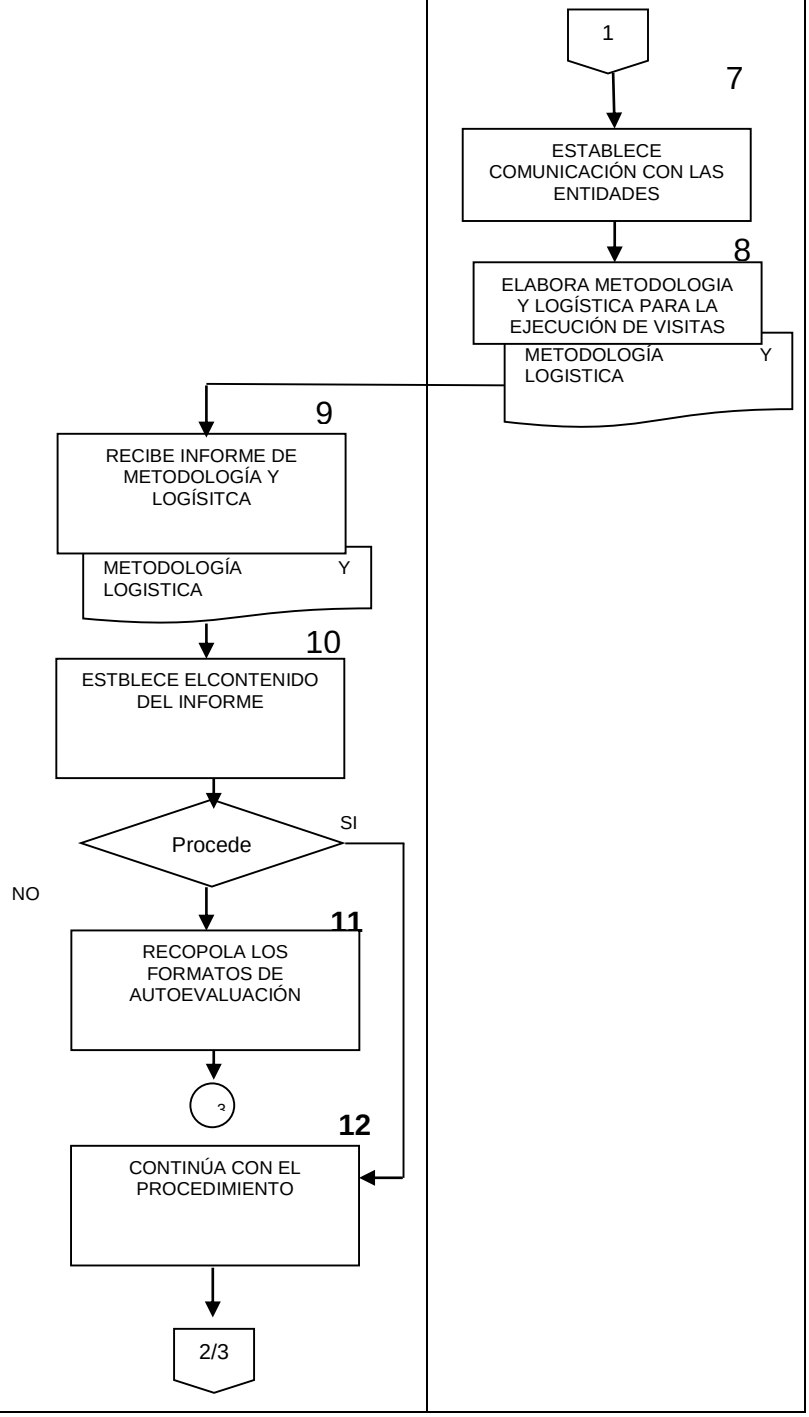
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		entidades federativas a evaluar que serán incluidas en el programa de visitas de evaluación. Si: Continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	13	Elabora la documentación y envía la comunicación correspondiente a las entidades federativas con información de la evaluación de las unidades médicas seleccionadas a ejecutarse conforme a la metodología de trabajo.	Coordinación de la visita de evaluación
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	14	Concentra la información en las cédulas correspondientes en forma manual electrónica de los resultados de la evaluación de unidades de atención médica.	Informes de evaluaciones
	15	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios sobre la concentración de las cédulas de evaluación.	
Jefe de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	16	Recibe instrucciones y concentra las cedulas de las unidades evaluadas por el comité técnico en la visita.	Informe de análisis de evaluación
	17	Elabora informe de resultados y turna a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad para su validación.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	18	Recibe informe de Análisis de las evaluaciones	Actas ejecutivas
	19	Verifica los resultados de cada unidad, realiza comentarios a las no conformidades y en forma global realizar el informe ejecutivo (actas) de las calificaciones obtenidas por entidad federativa.	
	20	Integra paquetes con la información y comentarios de solución a los problemas para el envío a las entidades federativas.	Paquete de informe y comentarios.
	21	Brinda seguimiento y retroalimentación a problemas detectados.	
	22	Instruye al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios sobre la verificación de la entrega de los paquetes a las entidades federativas.	

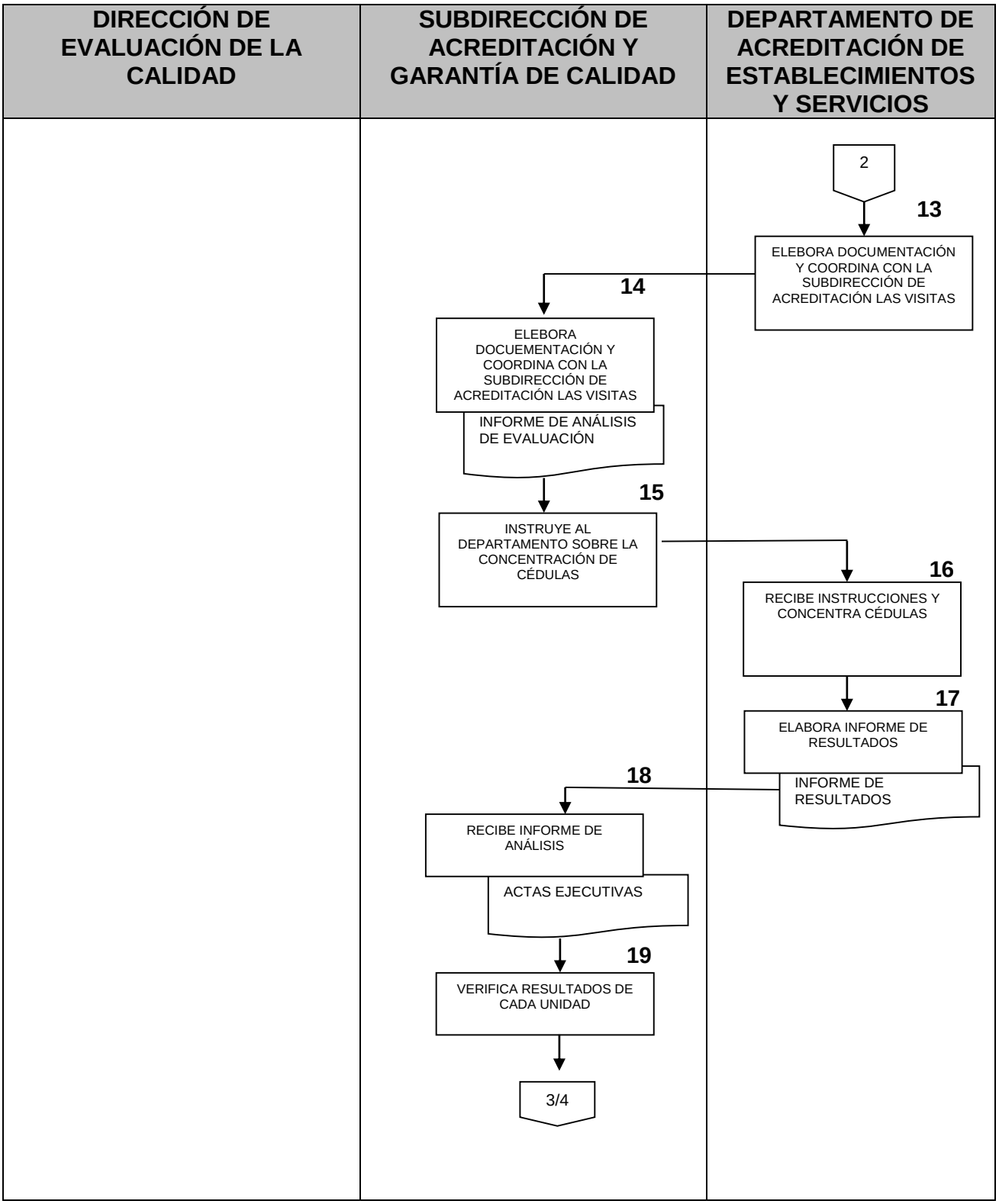
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	23	Recibe instrucciones y vigila el envío de los paquetes con la información del comité para la acreditación.	
	24	Contacta a las Entidades Federativas para corroborar la entrega de los paquetes con el informe y los resultados. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Paquete de informe y comentarios

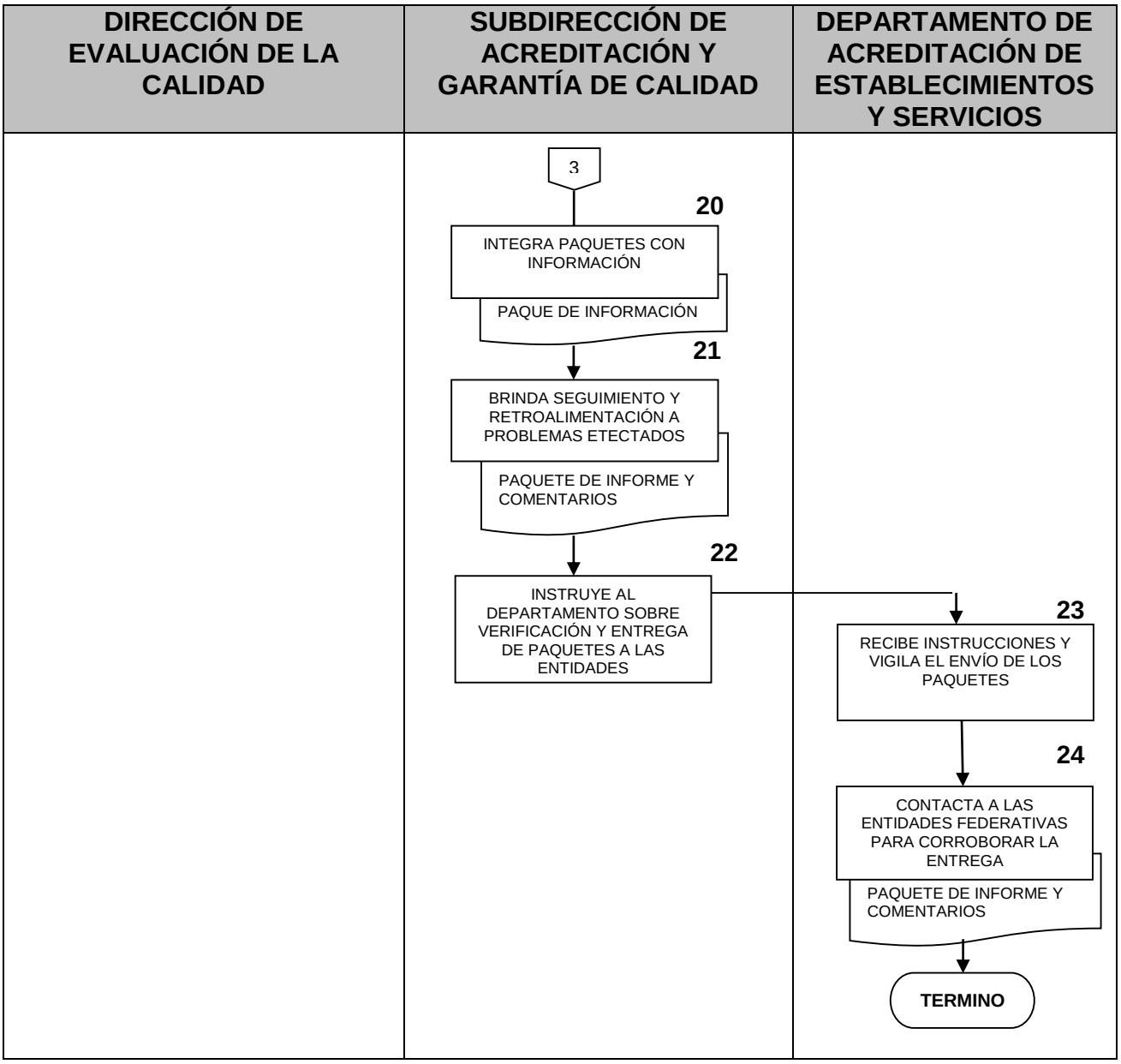
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS




DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS
2
13
ELEBORA DOCUMENTACIÓN Y COORDINA CON LA SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN LAS VISITAS
14
ELEBORA DOCUEMENTACIÓN Y COORDINA CON LA SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN LAS VISITAS
INFORME DE ANÁLISIS DE EVALUACIÓN
15
INSTRUYE AL DEPARTAMENTO SOBRE LA CONCENTRACIÓN DE CÉDULAS
16
RECIBE INSTRUCCIONES Y CONCENTRA CÉDULAS
17
ELABORA INFORME DE RESULTADOS
INFORME DE RESULTADOS
18
RECIBE INFORME DE ANÁLISIS
ACTAS EJECUTIVAS
19
VERIFICA RESULTADOS DE CADA UNIDAD
3/4


DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS
3
20
INTEGRA PAQUETES CON INFORMACIÓN
PAQUE DE INFORMACIÓN
21
BRINDA SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN A PROBLEMAS ETECTADOS
PAQUETE DE INFORME Y COMENTARIOS
22
INSTRUYE AL DEPARTAMENTO SOBRE VERIFICACIÓN Y ENTREGA DE PAQUETES A LAS ENTIDADES
23
RECIBE INSTRUCCIONES Y VIGILA EL ENVÍO DE LOS PAQUETES
24
CONTACTA A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS PARA CORROBORAR LA ENTREGA
PAQUETE DE INFORME Y COMENTARIOS
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A
6.3 Reglamento en Materia de Protección Social en Salud. Sección Segunda	N/A
6.4 Normas Oficiales Mexicanas de Atención Médica y Salud Pública	N/A
6.5 Catalogo Universal de Servicios en Salud	N/A
6.6 Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad, de la Capacidad, Seguridad y Calidad	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Diseño inicial de las presentaciones para difundir, a la población criterios de calidad, seguridad y eficacia sobre los servicios de salud	5 años	Dirección de Evaluación de la Calidad	Documento
7.2 Oficio de aceptación de los contenidos	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de Oficio
7.3 Oficio de envío de los impresos a las entidades federativas	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de Oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Auto-evaluación: Proceso que asigna valor y que se aplica por uno mismo.

8.2 Establecimientos Públicos: Nombre que reciben las unidades de atención médica de la Secretaría de salud.

8.3 Evaluación: Determinación del grado de cumplimiento de criterios o disposiciones reglamentarias en términos cuali-cuantitativos.

8.4 Instrumento: Documento que contiene información específica para promover servicios de atención médica de calidad.

8.5 Logística: Técnica por medio de la cual se realiza el avituallamiento

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

119. PROCEDIMIENTO PARA EL FINANCIAMIENTO DE COMPROMISOS DE CALIDAD EN ACUERDOS DE GESTIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Reglamentar las condiciones para el otorgamiento del financiamiento con cargo al Programa de Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como forma de apoyo a las propuestas que en materia de calidad y seguridad del paciente tengan un impacto en cualquiera de las tres vertientes del Programa: calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión de los servicios de salud administrativa, lo anterior para proporcionar y brindar certeza en cuanto a la formas y condiciones que deben reunir las propuestas que sean sometidas al apoyo de financiamiento y/o cofinanciamiento y que impulsen el proceso, desarrollo y consolidación de proyectos de salud como forma de impacto en los indicadores de calidad y en la mejora en las condiciones en la prestación de los servicios de salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), particularmente a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, la Dirección de Evaluación de la Calidad con la participación de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los Servicios Estatales de las 31 Entidades Federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y a los Hospitales de Alta Especialidad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Evaluación de la Calidad es responsable de que los proyectos de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión que resulten seleccionados para financiamiento deben apegarse a las Reglas de Operación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), la convocatoria vigente y la normatividad aplicable.

3.2 La coordinación del programa SICALIDAD está a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, como instancia normativa, quien promueve y es responsable a través de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y la Dirección de Evaluación de la Calidad, de las acciones destinadas a la asesoría, seguimiento y evaluación de los proyectos que resulten apoyados financieramente.

3.3 El Comité Técnico para Apoyos a Proyectos Asociados a SICALIDAD, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la instancia facultada y responsable para analizar y evaluar las solicitudes susceptibles de apoyo financiero. Los proyectos que resulten beneficiados son comunicados a los titulares de las áreas responsables.

3.4 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, lleva a cabo el seguimiento y es responsable administrativo del SICALIDAD a través de los informes respectivos de grado de avance y resultados finales; así como por visitas de seguimiento, con la finalidad de evaluar el desarrollo de los proyectos apoyados con financiamiento así como el logro de metas y la obtención de resultados.

3.5 Las Entidades Federativas que desarrollen proyectos que resulten financiados, son responsables y se obligan a ejercer los recursos exclusivamente para los fines del tipo de apoyo, a obtener los productos específicos de cada uno y presentar los informes técnicos y presupuestales que solicite la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en las fechas estipuladas por la misma.

3.6 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable de solicitar que los recursos que no se destinen a los fines autorizados y los no devengados al 31 de diciembre de cada ejercicio fiscal en curso deben ser reintegrados a la Tesorería de la Federación dentro de los 15 días naturales siguientes al cierre del ejercicio fiscal, de conformidad con el artículo 54 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

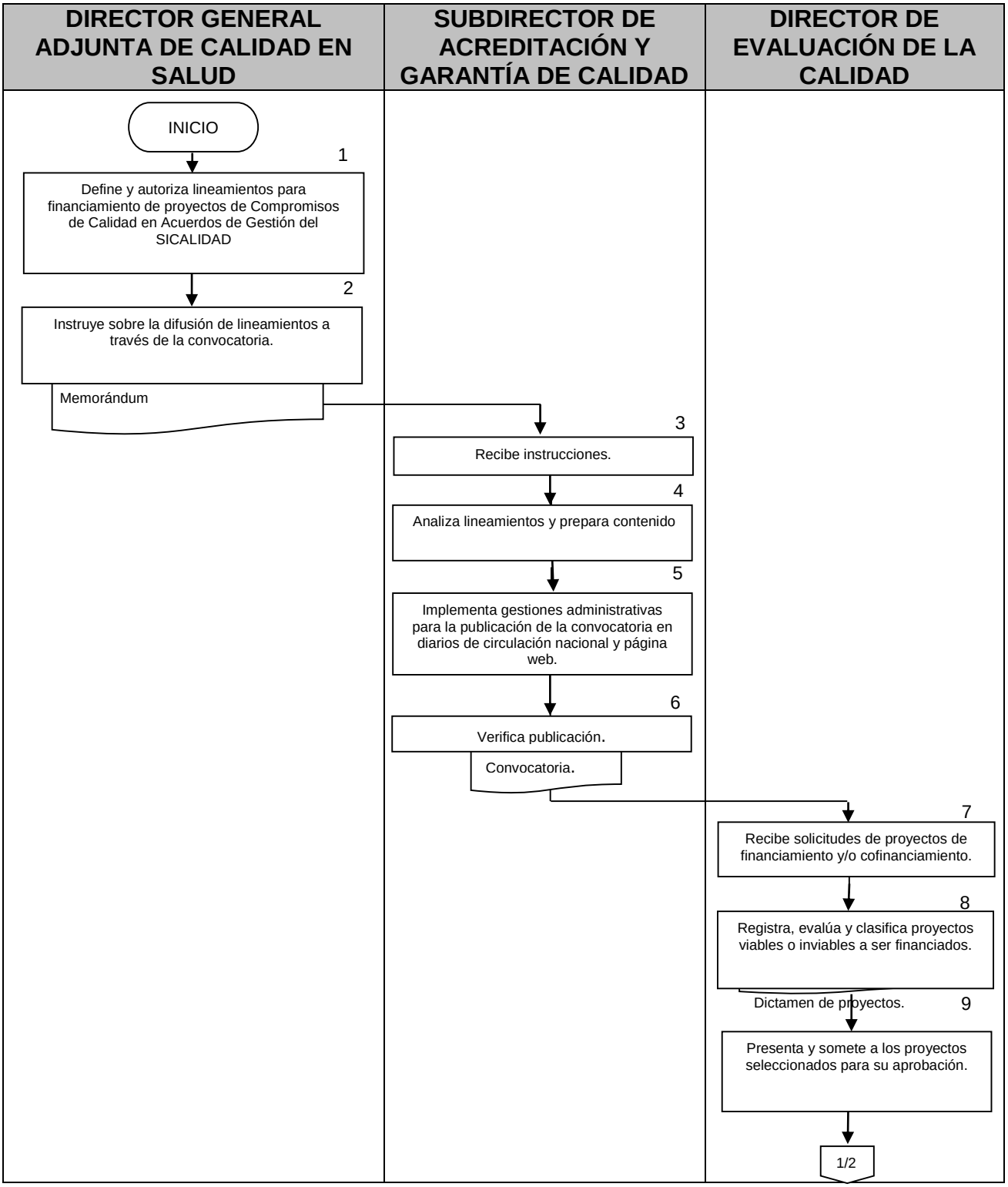
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

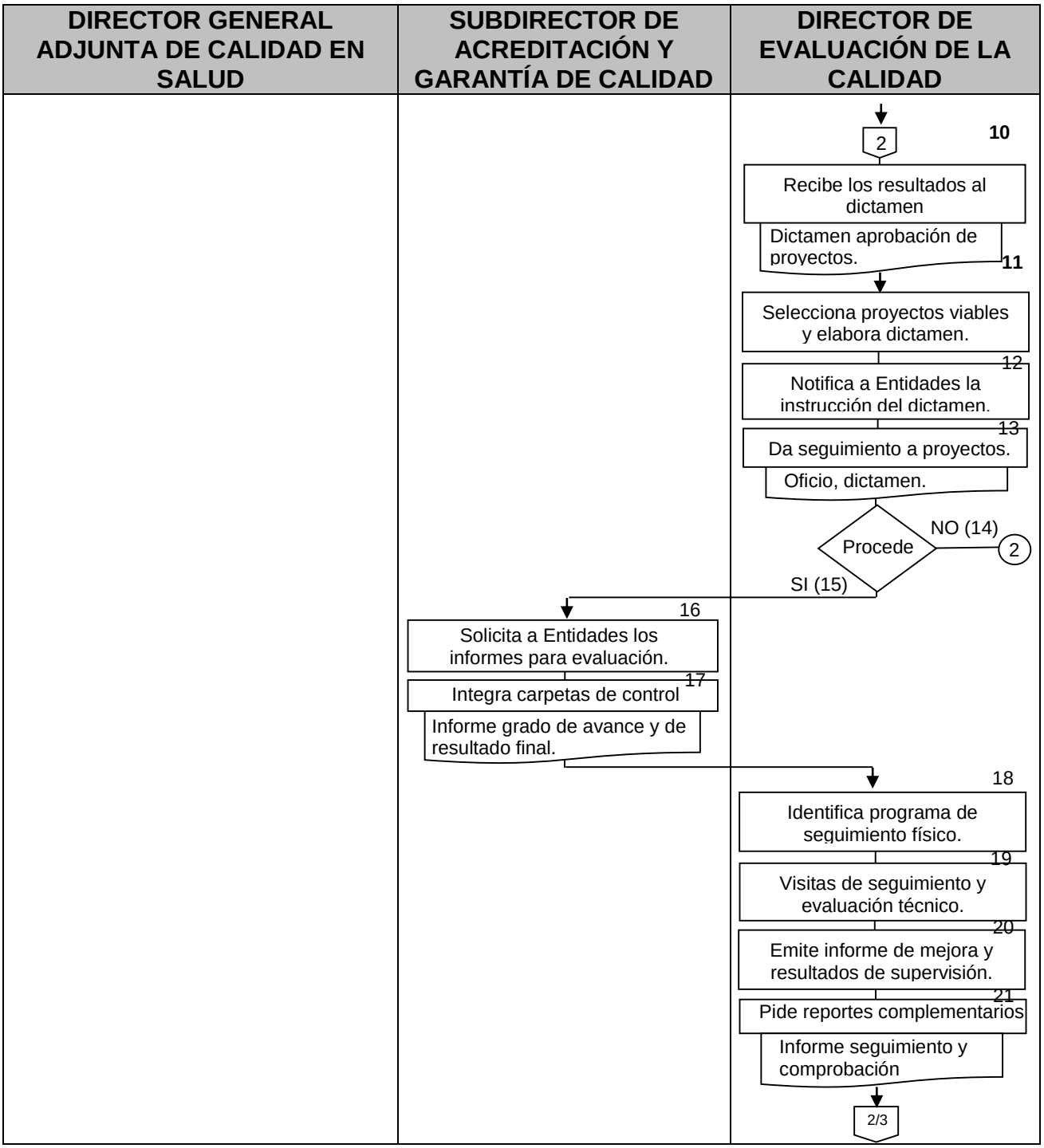
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunta de Calidad en Salud	1	Define y autoriza los lineamientos para el financiamiento de proyectos de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión del SICALIDAD.	Memorándum con lineamientos para el financiamiento de proyectos
	2	Instruye a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad sobre la difusión de los lineamientos a través de la publicación de la convocatoria a nivel nacional.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	3	Recibe instrucciones.	Convocatoria
	4	Analiza lineamientos y prepara el contenido de la convocatoria.	
	5	Implementa gestiones administrativas para la publicación de la convocatoria en dos diarios de circulación nacional, en la página Web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y difusión en la Red SICALIDAD.	
	6	Verifica la publicación de la Convocatoria en los dos Diarios de circulación nacional.	
Director de Evaluación de la Calidad	7	Conforme a los tiempos y condiciones de la convocatoria recibe las solicitudes de proyectos de financiamiento y/o cofinanciamiento.	Dictamen de proyectos
	8	Registra, evalúa y clasifica los proyectos en viables o inviables de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión a ser financiados por SICALIDAD.	
	9	Presenta y somete ante el Comité Técnico para Apoyos a Proyectos Asociados a SICALIDAD el Dictamen de los proyectos de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión seleccionados para financiamiento para su aprobación respectiva.	Dictamen de aprobación a proyectos
	10	Recibe del Comité Técnico para Apoyos a Proyectos Asociados a SICALIDAD los resultados al Dictamen de los proyectos.	

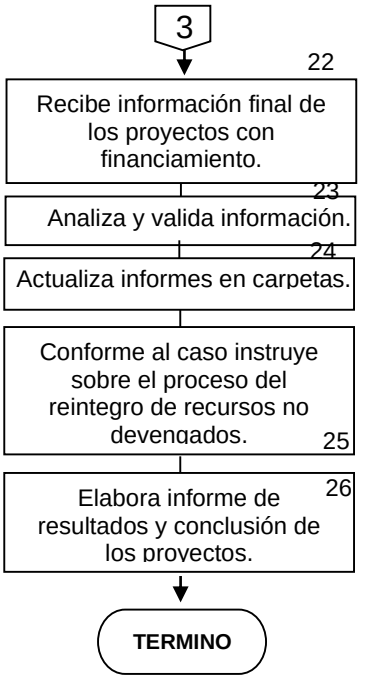
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	11	Selecciona los proyectos viables de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión y elabora Dictamen.	
	12	Notifica vía oficio a las Entidades federativas la instrucción del dictamen de proyectos de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión.	Oficio
	13	Genera controles para control y seguimiento de los proyectos con financiamiento y/o cofinanciamiento del SICALIDAD. Procede:	Dictamen de aprobación a proyectos
	14	No: Regresa a la actividad 2.	
	15	Si: Continúa procedimiento.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	16	Solicita a las Entidades Federativas los informes para control y evaluación de los proyectos con financiamiento y/o cofinanciamiento del SICALIDAD.	Informe grado de avance
	17	Integra carpetas de control y evaluación de los proyectos y analiza información proporcionada por las Entidades Federativas.	Informe de resultado final
Director de Evaluación de la Calidad	18	Conforme a los resultados de los informes proporcionados por las Entidades Federativas identifica programa de seguimiento físico.	Informe de seguimiento
	19	Realiza visitas de seguimiento y evaluación técnico - financiera a las entidades federativas.	
	20	Emite informe de mejora o corrección así como de resultados de supervisión.	Informe de comprobación
	21	Solicita informes o reportes complementarios de los proyectos.	
	22	Recibe de las Entidades Federativas, información final o reportes adicionales de los proyectos con financiamiento y/o cofinanciamiento del SICALIDAD.	Informe de conclusión de proyecto
	23	Analiza y valida información.	
	24	Actualiza los informes en las carpetas de los proyectos.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	25	Conforme al caso instruye sobre el proceso del reintegro de los recursos no devengados.	
	26	Elabora informe de resultados y conclusión de los proyectos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Informe de conclusión de proyecto

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
2
10
Recibe los resultados al dictamen
Dictamen aprobación de proyectos.
11
Selecciona proyectos viables y elabora dictamen.
12
Notifica a Entidades la instrucción del dictamen.
13
Da seguimiento a proyectos.
Oficio, dictamen.
Procede
NO (14)
2
SI (15)
16
Solicita a Entidades los informes para evaluación.
17
Integra carpetas de control
Informe grado de avance y de resultado final.
18
Identifica programa de seguimiento físico.
19
Visitas de seguimiento y evaluación técnico.
20
Emite informe de mejora y resultados de supervisión.
21
Pide reportes complementarios
Informe seguimiento y comprobación
2/3

DIRECTOR GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Reglas de operación del Programa "Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)"	N/A
6.2Convocatoria para el Financiamiento de Compromisos de calidad en Acuerdos de Gestión	N/A
6.3Proyectos originales enviados por la entidad federativa	N/A
6.4Formatos de solicitud, grado avance, resultados finales y de seguimiento técnico –financiero	N/A
6.5Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Proyectos de financiamiento seleccionados	3 años	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Dictamen: Opinión y juicio que se forma o emite sobre algo, especialmente el que hace un especialista.

8.2 Lineamientos: Líneas generales de una política; orientación, directriz.

8.3 Notificación: Comunicar a una persona de forma oficial una conclusión o determinación a la que se ha llegado en relación con cierto tema.

8.4 Seguimiento: Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

120. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS COMITÉS ESTATALES DE CALIDAD EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar las acciones y mecanismos de los acuerdos y compromisos establecidos por los Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS) para brindar el seguimiento y evaluación de los compromisos suscritos en torno a la mejora de la calidad y de la prestación de los servicios de salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento aplica a la Dirección de Evaluación de la Calidad y el Departamento de Sistemas de Reconocimiento.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable en los Órganos Desconcentrados, organismos e instituciones y los Servicios de Salud Estatales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La coordinación para el seguimiento de acuerdos y compromisos establecidos por los Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS) son responsabilidad del Departamento de Sistemas de Reconocimiento, para ser aprobadas por la Dirección de Evaluación de la Calidad y Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

3.2 El seguimiento de acuerdos y compromisos derivados de las sesiones de los Comités Estatales de Calidad en Salud, es responsabilidad del Departamento de Sistemas de Reconocimiento.

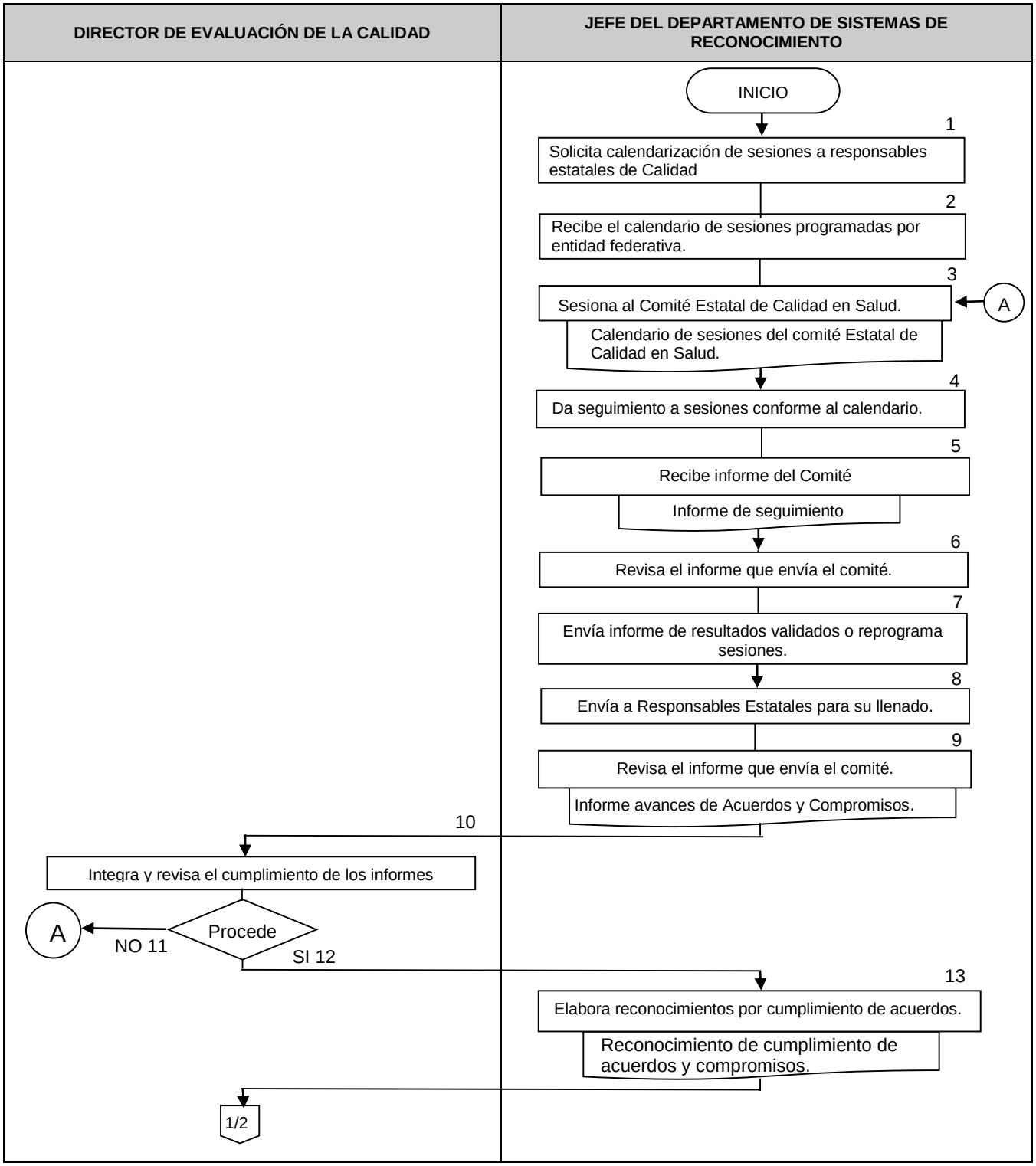
3.3 El reconocimiento consistente y efectivo de los Comités Estatales de Calidad en Salud es responsabilidad de la Dirección de Evaluación de la Calidad y la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y será derivada de los datos obtenidos por el Departamento de Sistemas de Reconocimiento.

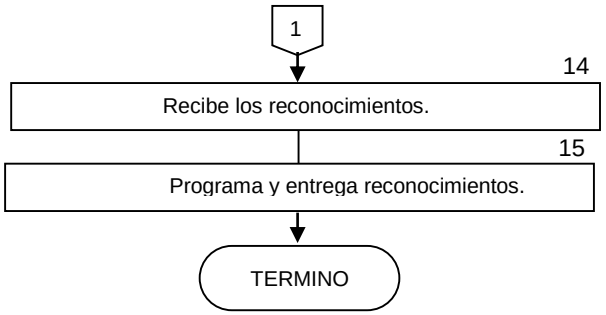
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Sistemas de Reconocimiento	1	Solicita la calendarización de sesiones del Comité Estatal de Calidad en Salud a los Responsables Estatales de Calidad.	
	2	Recibe el calendario de sesiones programadas por entidad federativa.	Calendario de sesiones del Comité Estatal de Calidad en Salud
	3	Sesionar el Comité Estatal de Calidad en Salud.	
	4	Efectúa el seguimiento de las sesiones de los Comités Estatales de Salud conforme al calendario de actividades de cada entidad federativa.	
	5	Recibe el informe de seguimiento del Comité Estatal de Calidad en Salud.	Informe de Seguimiento del Comité Estatal de Calidad en Salud
	6	Revisa el Informe de Seguimiento que envía el Comité Estatal de Calidad en Salud.	
	7	Envía informe de resultados validados o reprograma las sesiones de los Comités Estatales conforme al Informe del Comité Estatal de Calidad	
	8	Envía a los Responsables Estatales de Calidad el Informe de Avances de Acuerdos y Compromisos de los Comités Estatales de Calidad en Salud para su llenado.	
	9	Recibe el Informe de Avances de Acuerdos y Compromisos de los Comités Estatales de Calidad en Salud	Informe de Avances de Acuerdos y Compromisos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Evaluación de la Calidad	10	Integra y revisar los Informes de Avances de Acuerdos y Compromisos de los Comités Estatales de Calidad en Salud en cuanto a su cumplimiento Procede: No: Regresa a la actividad 3 para Sesionar el Comité Estatal de Calidad en Salud. Si: Continua el procedimiento	
	11		
	12		
Jefe del Departamento de Sistemas de Reconocimiento	13	Elabora reconocimientos por el cumplimiento de los acuerdos y compromisos de los Comités Estatales de Calidad en Salud	Reconocimiento de cumplimiento de acuerdos y compromisos de los Comités Estatales de Calidad en Salud
Director de Evaluación de la Calidad	14	Recibe los reconocimientos elaborados por el Departamento de Sistemas de Reconocimiento	
	15	Programa y entregar los reconocimientos a los Responsables Estatales de Calidad. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)	N/A
6.4 Catalogo Universal de Servicios en Salud	N/A
6.5 Guía Técnica para la Elaboración del Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Calendario de sesiones del Comité Estatal de Calidad en Salud	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Documento
7.2 Informe de seguimiento del Comité Estatal de Calidad en Salud	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Documento
7.3 Informe de Avances de Acuerdos y Compromisos	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Documento
7.4 Recibo del reconocimiento del cumplimiento de acuerdos y compromisos	5 años	Departamento de Sistemas de Reconocimiento	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Informe de Avances de Acuerdos y Compromisos: Informe que se envía a los Responsables Estatales de Calidad para su llenado y que contiene un listado de los compromisos a los que se llegaron en las sesiones ordinarias de los Comités Estatales de Calidad

8.2 Informe de Seguimiento: Informe que se envía a los Responsables Estatales de Calidad para su llenado y donde se especifican los asuntos que se tratarán en las sesiones de los Comités Estatales de Calidad en Salud. en Salud, donde se lleva el seguimiento de los acuerdos que han llegado a su cumplimiento o que están pendientes de llevar a cabo.

8.3 Reconocimiento consistente y efectivo: Reconocimiento que se les otorga a los Comités Estatales de Calidad en Salud por el cumplimiento cabal de los acuerdos y compromisos establecidos en las sesiones ordinarias del mismo Comité y que son entregados por la Subdirección de Acreditación de la Calidad.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

121. PROCEDIMIENTO PARA APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE LAS NORMAS, LINEAMIENTOS CÉDULAS E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE LOS SERVICIOS DE ALTA ESPECIALIDAD PROVEEDORES DE SERVICIOS DEL SEGURO POPULAR

1. PROPÓSITO

1.1 Apoyar en la determinación de los lineamientos, normativa e instrumentos de rectoría para la auditoria y supervisión de servicios de alta especialidad y de los establecimientos de atención médica a fin de que sirvan de base para la mejora de en la atención de los beneficiarios.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los Servicios Estatales de Salud y a los establecimientos de atención médica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los Lineamientos para las propuestas son elaborados conforme a la normatividad enviada por la Subsecretaría de Innovación y Calidad y por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

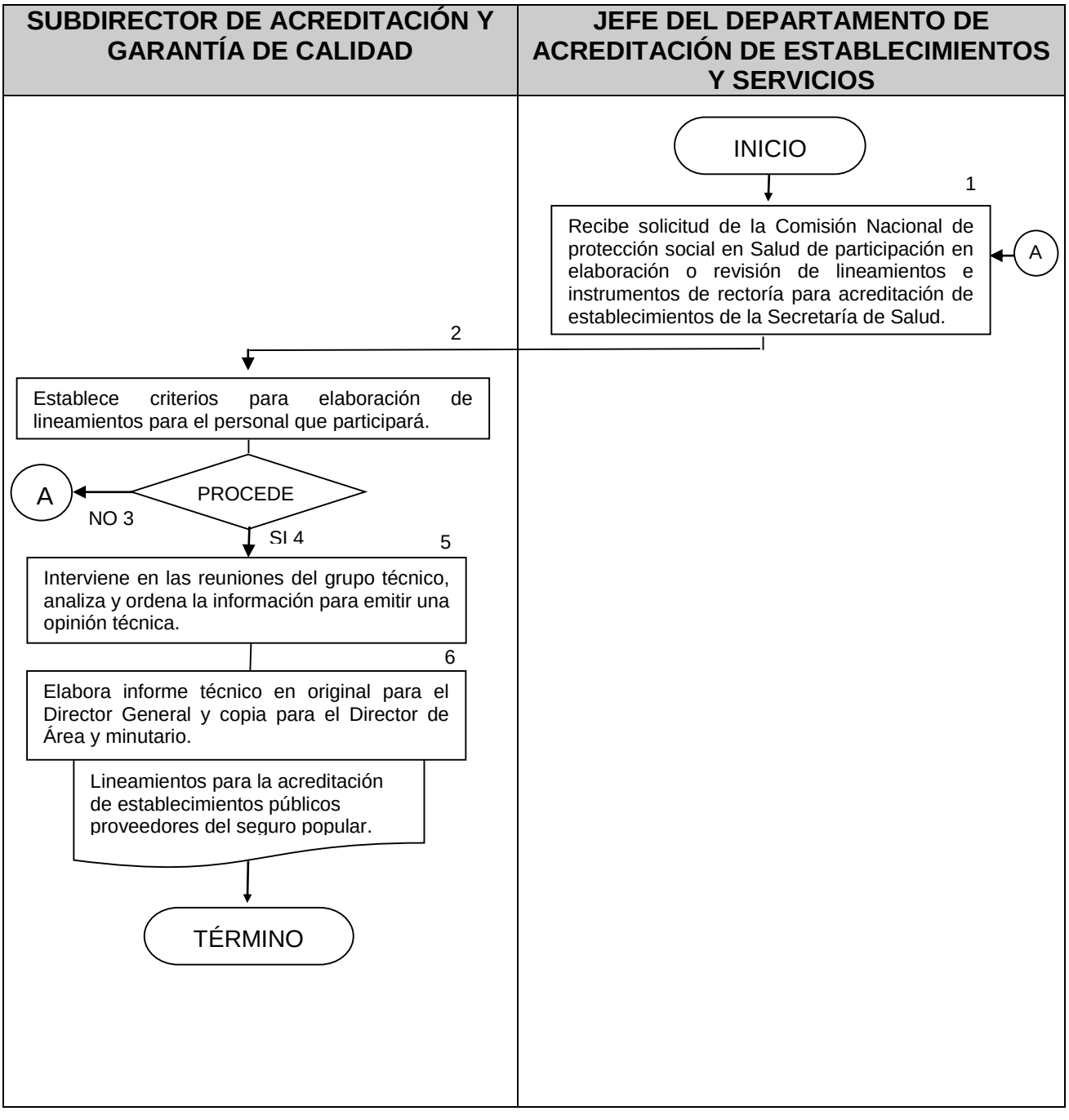
3.2 La Dirección General Calidad y Educación en Salud es responsable de enviar las propuestas a las instancias correspondientes para la adecuación y emisión de las normas y los lineamientos.

3.3 Los Lineamientos deben ser enviados a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a las 32 entidades federativas para su conocimiento y aplicación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	1	Recibe la solicitud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de participación en la elaboración o revisión de lineamientos e instrumentos de rectoría para la acreditación de establecimientos de la Secretaría de Salud.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	2	Establece los criterios para la elaboración de los lineamientos o instrumentos, para el personal que participará en la elaboración o revisión de lineamientos e instrumentos de rectoría para la acreditación de establecimientos de la Secretaría de Salud. Procede:	
	3	No: Regresa a la actividad 1 para Recibir la solicitud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de participación en la elaboración o revisión de lineamientos e instrumentos de rectoría para la acreditación de establecimientos de la Secretaría de Salud.	
	4	Sí: Continúa el procedimiento.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	5	Intervienen en las reuniones del grupo técnico, analiza los lineamientos o instrumentos, clasifica y ordena la información para emitir una opinión técnica de la Subdirección de Acuerdos de Gestión.	Lineamientos para la acreditación de establecimientos públicos proveedores del Seguro Popular
	6	Elabora un informe técnico en original para el Director General, copias para el Director de Área y para el minutario. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

4. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica y de Protección Social en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5 Normas Oficiales Mexicanas de Atención Médica y de Salud Pública	N/A
6.6 Catálogo Universal de Servicios de Salud	N/A
6.7 Manual para la Acreditación	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe Técnico sobre Normas, Lineamientos o Instrumentos de Rectoría	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de oficio
7.2 Oficio de envío del Informe técnico	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Instrumento:** Documento técnico para evaluar y supervisar los productos o servicios.

8.2 **Lineamiento:** Documento normativo emitido por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud que sirve como guía para que las unidades responsables presenten de sus propuestas.

8.3 **Norma NOM (Norma Oficial Mexicana):** Instrumento de naturaleza jurídica de observancia obligatoria en el territorio nacional que establece las características y especificaciones que deben reunir los productos o servicios cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal, vegetal o el medio ambiente general y laboral o cuando se trate de la prestación de un servicio de forma generalizada para el consumidor.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

122. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LAS COMPETENCIAS Y NECESIDADES DEL PERSONAL EN LOS PROCESOS QUE FORTALECEN LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS PARA SU ACREDITACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Determinar las necesidades de competencias, mediante la supervisión al personal directivo y operativo tanto de nivel federal como estatal, con la finalidad de que repercutan en la mejora de la capacidad, calidad y seguridad en los proceso de atención médica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a la Dirección de Evaluación de la Calidad, a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable para los Establecimientos de Atención Médica, así como a los Servicios Estatales de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Evaluación de la Calidad, es responsable de identificar de necesidades de competencia basándose en los lineamientos establecidos dentro del Manual de Acreditación.

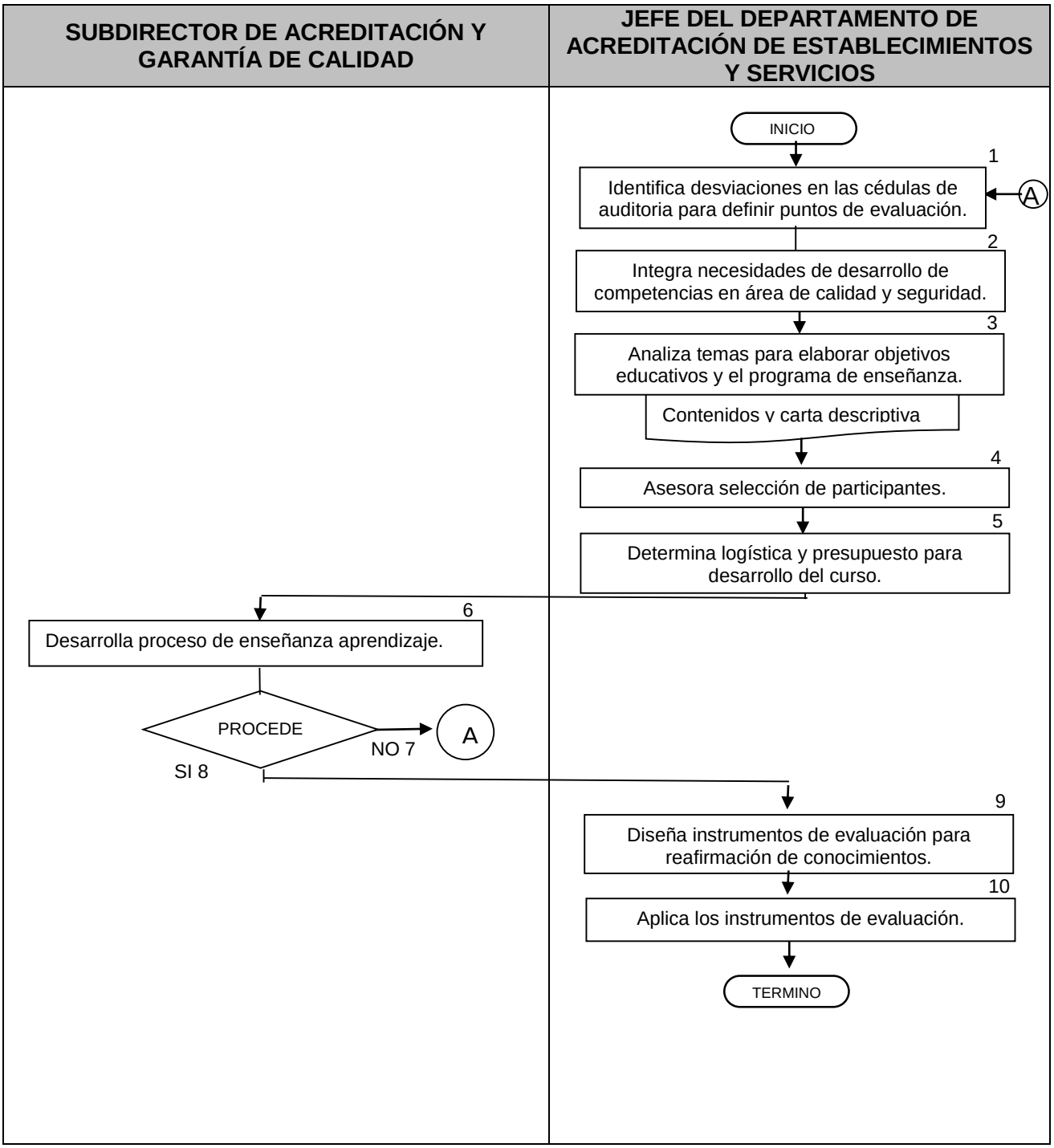
3.2 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, es responsable de convocar al personal involucrado en el proceso de Acreditación de las 32 entidades federativas para participar en las actividades de actualización con respecto a la mejora de la capacidad, calidad y seguridad en los procesos de atención médica.

3.3 El Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, es responsable de identificar las desviaciones en la aplicación de las cedulas de auditoria e integrar las necesidades de desarrollo de competencias, así como el analizar los temas para elaborar los objetivos educativos y el programa de enseñanza.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	1	Identifica desviaciones en la aplicación de las cédulas de auditoría para definir los criterios de evaluación que se requieren.	
	2	Integra las necesidades de desarrollo de competencias en el área de calidad y seguridad.	
	3	Analiza los temas para elaborar los objetivos educativos y el programa de enseñanza aprendizaje.	Contenidos y carta descriptiva
	4	Asesora en la selección de los participantes de acuerdo a los objetivos.	
	5	Determina la logística y el presupuesto para el desarrollo del curso.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	6	Desarrolla integralmente el proceso de enseñanza aprendizaje. Procede:	
	7	No: Regresa a la actividad 1. Identificar desviaciones en la aplicación de las cédulas de auditoría para definir los criterios de evaluación que se requieren.	
	8	Sí: Continúa el procedimiento.	
Jefe del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	9	Diseñar los instrumentos de evaluación para la retroalimentación y reafirmación de conocimientos.	
	10	Aplicar los instrumentos de evaluación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Cédulas de Auditoria.	N/A
6.4 Dictámenes.	N/A
6.5 Manual de Acreditación.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Relación del personal participante.	1 año	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Documento
7.2 Evaluación del evento	1 año	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Documento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cédulas: Formatos que contienen ítems a explorar, con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, mismos que deberán actualizarse anualmente, conforme las disposiciones de la CNPSS. Aquellas nuevas intervenciones que incorpore la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, serán incluidas en la actualización, siempre y cuando no estén cubiertas con los contenidos de las cédulas vigentes, a efecto de evitar duplicación de conceptos y puntajes.

8.2 Curso: Proceso de transmisión de conocimientos al personal de la salud, para actuar eficientemente frente a las necesidades de atención médica a la población, aprovechando las experiencias y conocimientos obtenidos.

8.3 Dictamen de acreditación: Documento que se entrega al establecimiento como resultado de la auditoría practicada (se envía al titular de los SESA).

8.4 Taller: Conjunto de técnicas didácticas, herramientas, estrategias e instrumentos para generar cambios de conducta o nuevos conocimientos.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

123. PROCEDIMIENTO PARA DIFUNDIR Y APLICAR LOS CRITERIOS DE CAPACIDAD, SEGURIDAD Y CALIDAD AL PERSONAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA ADSCRITOS AL SEGURO POPULAR PARA FACILITAR SU ACREDITACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Difundir al personal de los establecimientos de atención médica los criterios de capacidad, seguridad y calidad para que los apliquen en los procesos de atención médica y faciliten su acreditación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a la Dirección de Evaluación de la Calidad, a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable para el personal de los Establecimientos de Atención Médica, así como a los Servicios Estatales de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección de Evaluación de la Calidad, es responsable de revisar que los lineamientos para los contenidos sean elaborados conforme a las Normas Oficiales Mexicanas de Atención Médica y de Salud Pública.

3.2 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, es responsable de que la información proporcionada este acorde al Catálogo de Servicios Esenciales de Salud emitido por el Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

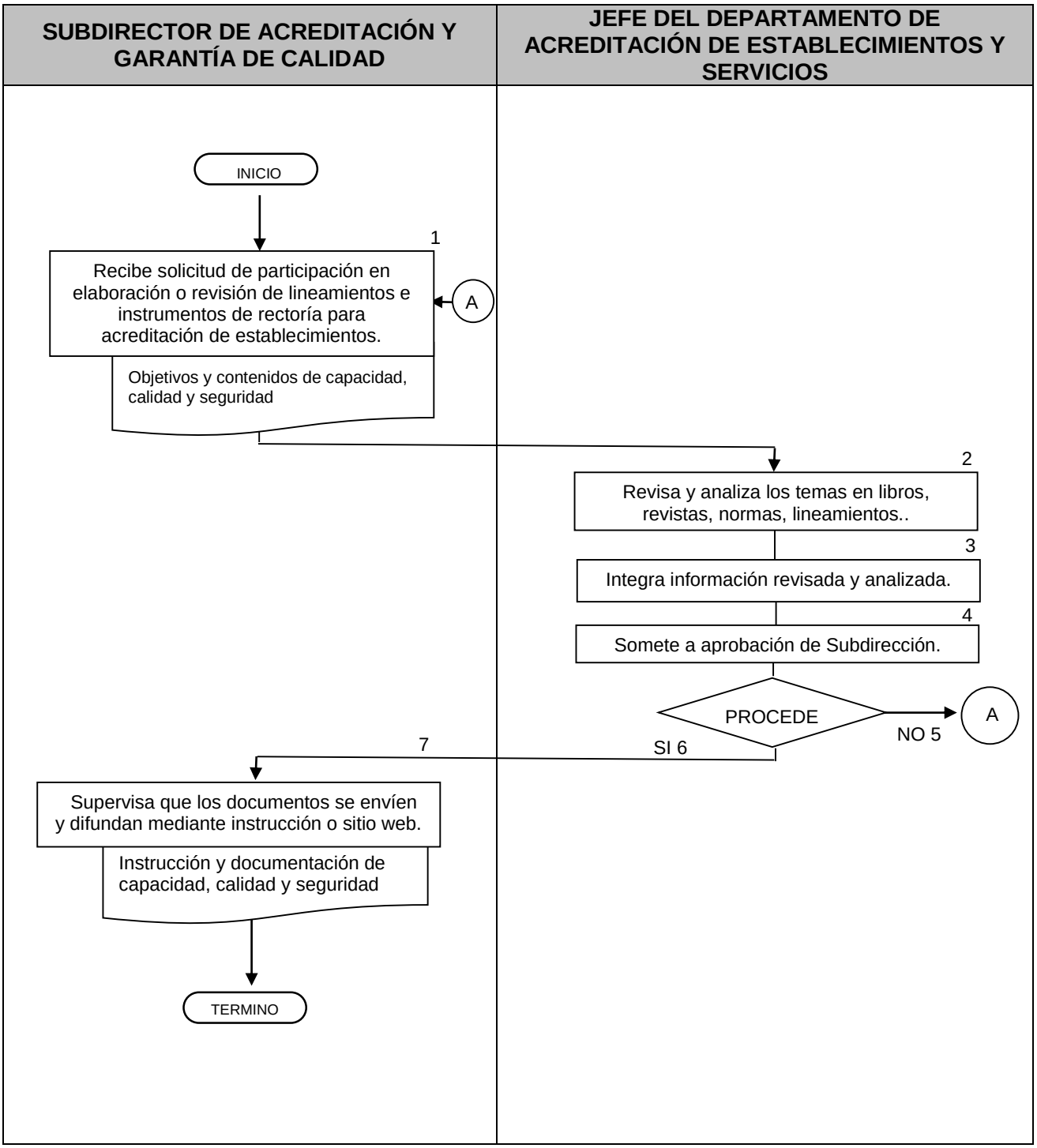
3.3 La información es presentada a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo el Sector Salud para su aprobación y adecuación.

3.4 Una vez autorizados los contenidos se brinda trámite a la elaboración del diseño documental y los mecanismos de difusión para su presentación mediante instrucción emitida y bajo responsabilidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y en el Portal (Sitio Web) correspondiente de dicha Unidad Administrativa.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	1	Analiza las Normas Oficiales Mexicanas, los criterios del Modelo de Gestión de la Calidad y el Catálogo Universal de Servicios de Salud para elaborar los objetivos y contenidos de capacidad, calidad y seguridad del material a difundir.	Objetivos y contenidos del material a difundir de capacidad, calidad y seguridad del material a difundir
Jefe de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	2	Revisa y analizar los temas en libros, revistas, normas, lineamientos, información relacionada con los contenidos.	
	3	Integra la información revisada y analizada.	
	4	Somete a aprobación de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad Procede:	
	5	No: Regresa a la actividad 1 Analizar las Normas Oficiales Mexicanas, los criterios del Modelo de Gestión de la Calidad y el Catálogo Universal de Servicios de Salud para elaborar los objetivos y contenidos de capacidad, calidad y seguridad del material a difundir.	
	6	Sí: Continúa el procedimiento.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	7	Supervisa que los documentos se envíen y se difundan mediante instrucción o sitio web a través del portal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. **TERMINA EL PROCEDIMIENTO**	Instrucción y documentación de capacidad, calidad y seguridad

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento en Materia de Protección Social en Salud	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Catálogo Universal de Servicios de Salud	N/A
6.5 Manual para la Acreditación	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Manual de Acreditación actualizado	2 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de oficio
7.2 Cédulas de auditoría	1 Año	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Calidad: Elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a la mejoría de sus procesos.

8.2 Capacidad: Mínimos indispensables de estructura en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente.

8.3 Seguridad: Mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTOS

Sin Anexos

124. PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR QUE LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESTÉN INCORPORADOS EN LAS CÉDULAS DE AUDITORÍA COMO CAPÍTULO DE CALIDAD DE LA ACREDITACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con procesos de atención médica de calidad, mediante la promoción y difusión de servicios de atención médica y la inclusión del capítulo de calidad en las cédulas de auditoría para la acreditación de establecimientos públicos inscritos en el Sistemas de Protección Social en Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a la Dirección de Evaluación de la Calidad, a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los Establecimientos de Atención Médica, así como a los Servicios Estatales de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Evaluación de la Calidad, es responsable de vigilar que los Lineamientos para las propuestas sean elaborados conforme a la normatividad enviada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

3.2 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es responsable de validar y difundir los documentos e instrumentos que se incorporan a la cédula de auditoria.

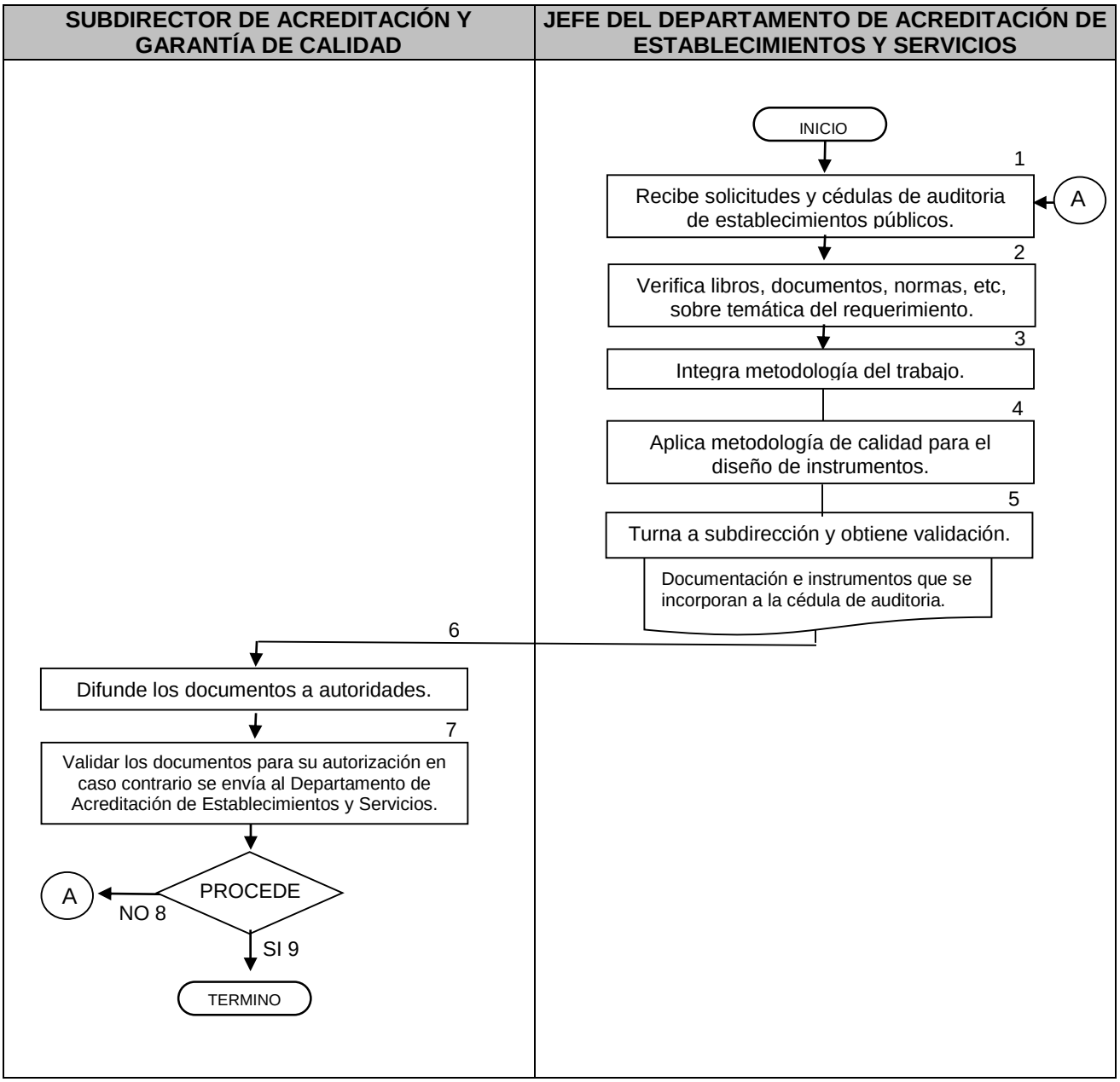
3.3 Los Lineamientos deben ser enviados a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.4 La Dirección General Calidad y Educación en Salud es responsable del envío a las instancias correspondientes para la adecuación y emisión de los lineamientos e instrumentos de rectoría.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios	1	Recibe las solicitudes y cédulas de auditoría de los establecimientos públicos para la atención médica de calidad.	Documentación e instrumentos que se incorporan a la cédula de auditoría.
	2	Verifica los temas, libros, revistas, documentos, normas y lineamientos, etc., sobre temática del requerimiento.	
	3	Integra metodología de trabajo.	
	4	Aplica la metodología de la calidad para el diseño de los instrumentos.	
	5	Turna a la Subdirección de Acuerdos de Gestión resultados y obtiene validación.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	6	Difunde los documentos realizados a las autoridades superiores.	
	7	Valida los documentos para su autorización en caso contrario se envía al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios. Procede:	
	8	No: Regresa a la actividad 1 Recibir las solicitudes y cédulas de auditoría de los establecimientos públicos para la atención médica de calidad.	
	9	Si: Termina procedimiento **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud	N/A
6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica y de Protección Social en Salud	N/A
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.5 Normas Oficiales Mexicanas de Atención Médica y de Salud Pública	N/A
6.6 Catálogo Universal de Servicios de Salud	N/A
6.7 Manual para la Acreditación	N/A
6.8 Cédulas de Auditoría	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cédulas de Auditoría.	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.2 Cédulas, encuestas, lineamientos y manuales para promover servicios de atención médica de calidad.	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Cédulas:** Formatos que contienen ítems a explorar, con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, mismos que deberán actualizarse anualmente, conforme las disposiciones de la CNPSS. Aquellas nuevas intervenciones que incorpore la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, serán incluidas en la actualización, siempre y cuando no estén cubiertas con los contenidos de las cédulas vigentes, a efecto de evitar duplicación de conceptos y puntajes.

8.2 **Curso:** Proceso de transmisión de conocimientos al personal de la salud, para actuar eficientemente frente a las necesidades de atención médica a la población, aprovechando las experiencias y conocimientos obtenidos.

8.3 **Instrumento:** Documento técnico para evaluar y supervisar los productos o servicios.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

125. PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LAS CÉDULAS DE AUDITORÍA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA INCORPORADAS AL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. PROPÓSITO

Auditar a los establecimientos públicos de atención médica con los criterios de capacidad, seguridad y calidad propuestos por los Servicios Estatales de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para la acreditación de los establecimientos de públicos de atención médica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Evaluación de la Calidad, a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable en todos los establecimientos públicos de atención médica de la Secretaría de Salud y a los que indique la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Evaluación de la Calidad es responsable de remitir los resultados de la acreditación a los Titulares de los Servicios de Salud Estatales y a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

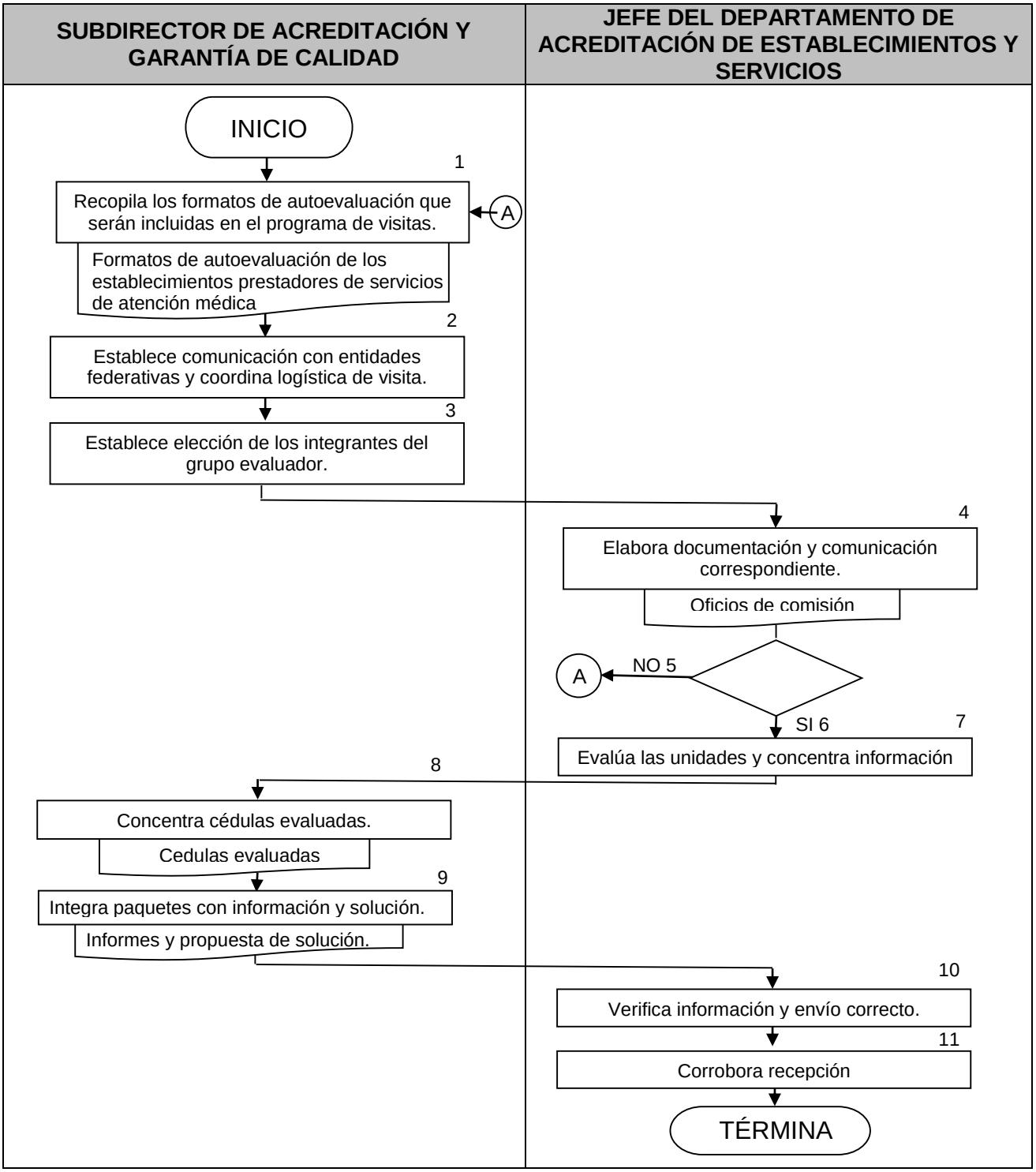
3.2 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, es responsable de que los mecanismos de evaluación para la acreditación sean elaborados conforme al Manual de Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud.

3.3 El Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, es responsable de verificar que la acreditación sea ajustada con base en el Catálogo de Universal de Servicios de Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	1	Recopila los formatos de autoevaluación de los establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica de las entidades federativas a evaluar que serán incluidas en el programa de visitas.	Formatos de autoevaluación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica
	2	Establece la comunicación con las entidades federativas y coordina la logística para la visita.	
	3	Establece la elección de los integrantes del grupo evaluador de acuerdo con el número de unidades a evaluar.	
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	4	Elabora la documentación (oficios de comisión, viáticos, transporte etc.), y la comunicación correspondiente. Procede:	Oficios de comisión
	5	No: Regresa a la actividad 1 para Recopilar los formatos de autoevaluación de los establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica de las entidades federativas a evaluar que serán incluidas en el programa de visitas.	
	6	Si: Continúa procedimiento.	
	7	Evalúa a las unidades de atención médica en la entidad federativa y concentra la información en las cédulas correspondientes en forma manual y electrónica.	
Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	8	Concentra las cédulas evaluadas por el personal de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.	Cédulas evaluadas
	9	Integra paquetes con la información y comentarios con propuesta de solución a los problemas identificados para el envío a las entidades federativas a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Informes y comentarios con propuesta de solución
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	10	Verifica que la información esté completa y que sea enviada a la entidad correspondiente.	
	11	Corrobora la recepción a conformidad de la información. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento en Materia de Protección Social en Salud. Sección segunda.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Normas Oficiales Mexicanas de Atención Médica y Salud Pública	N/A
6.5 Catálogo Universal de Servicios de Salud	N/A
6.6 Manual para la Acreditación	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Diseño inicial de las presentaciones para difundir a los servicios de salud de los estados	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.2 Oficios con envío del dictamen de establecimiento acreditado o no acreditado.	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	Oficios
7.3 Cedulas Evaluadas	5 Años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Auto-evaluación: Proceso que asigna valor y que se aplica por uno mismo.

8.2 Establecimientos públicos: Nombre que reciben las unidades de atención médica de la Secretaría de Salud susceptibles de ser acreditados.

8.3 Instrumento: Documento que contiene información específica para promover servicios de atención médica de calidad: Cédulas de evaluación, encuestas, manuales, guías prácticas, lineamientos, etc.

8.4 Logística: Técnica por medio de la cual se realiza el avituallamiento.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

126. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR LA PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORÍA ANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

1. PROPÓSITO

Mantener de manera retrospectiva y prospectiva los resultados de las auditorías y supervisión mediante una adecuada programación y proyección del sistema de acreditación de establecimientos, para conformar una base de datos de las unidades acreditadas a nivel nacional y en correlación con el Plan Nacional de Acreditación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección de Evaluación de la Calidad, la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y al Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a los Servicios Estatales de Salud, así como a los establecimientos y unidades que brindan servicios de atención médica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad en Educación en Salud, a través de la Dirección de Evaluación de la Calidad es responsable de incluirlos en un calendario de planeación programación para su cumplimiento e identificación de la logística requerida.

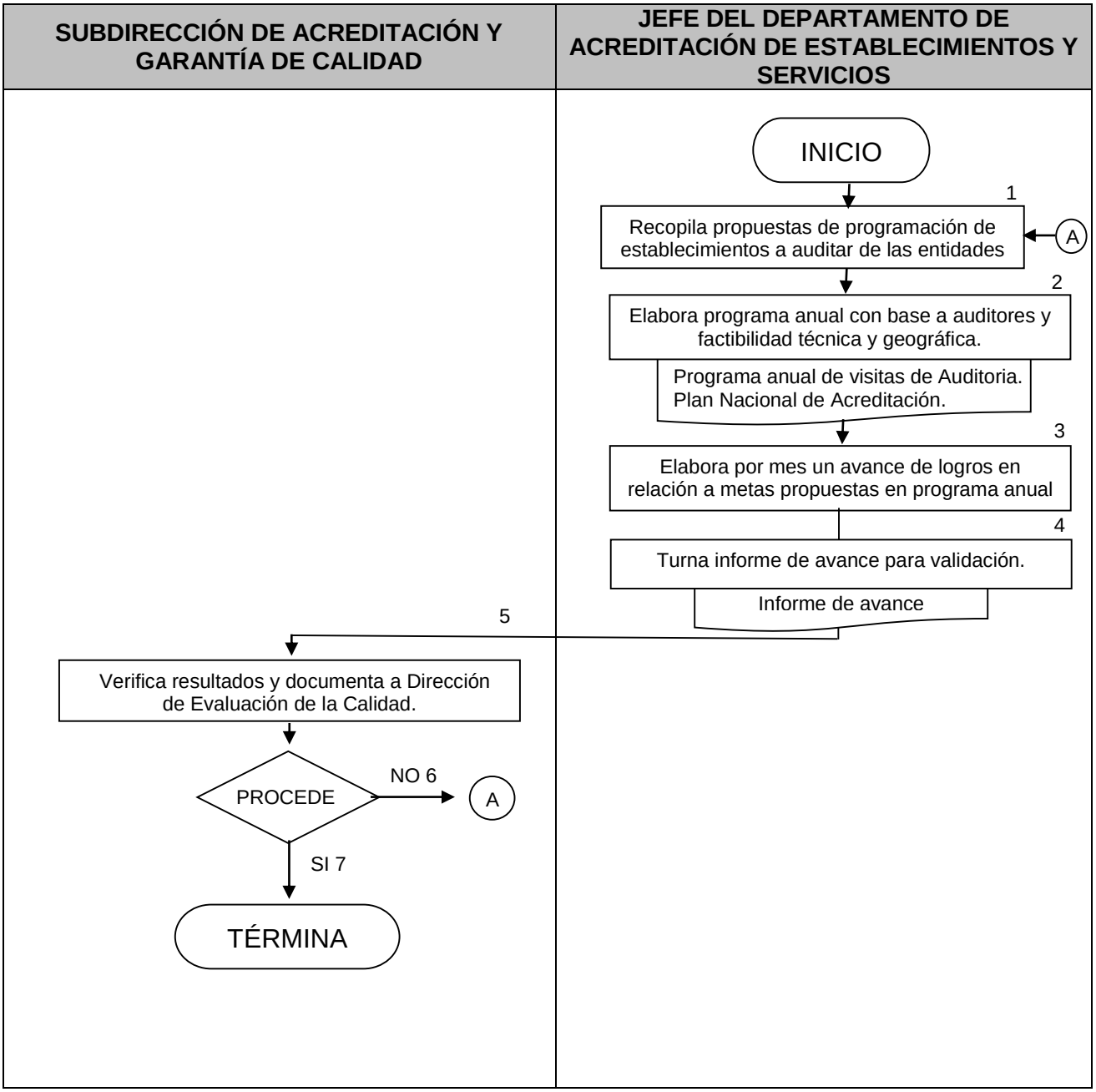
3.2 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, es responsable de recibir por medio de los Servicios Estatales de Salud en los meses de diciembre y enero de cada año el programa anual de establecimientos a acreditar, la propuesta de fechas para su visita, número y tipo de establecimientos

3.3 El Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, es responsable de dar a conocer a los Servicios Estatales en reuniones del Consejo correspondiente, los avances de la programación de manera general e individual.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.	1	Recopila las propuestas de programación anual de establecimientos a auditar de las 32 entidades federativas.	
	2	Elabora un programa anual con base en los auditores existentes y a la factibilidad técnica y geográfica que asegure la adecuada logística y logro de metas a cumplir.	Programa anual de visitas de auditoría. Plan Nacional de Acreditación.
	3	Elabora de manera mensual un avance de logros en relación a las metas propuestas en el programa anual de visitas de auditoría.	Informe de avance
	4	Turna a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad informe de avance para validación.	
Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	5	Verifica los resultados e informa de manera documental a la Dirección de Evaluación de la Calidad. Procede:	
	6	No: Regresa a la actividad 1 Recopila las propuestas de programación anual de establecimientos a auditar de las 32 entidades federativas.	
	7	Si: Continua el procedimiento. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica y de Protección Social en Salud.	N/A
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Programa Anual de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual.	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A
7.2 Informe mensual.	5 años	Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Informe mensual: Documento en el cual se elabora el detalle mensual y los avances obtenidos para la toma de decisión.

8.2 Instrumento: Documento que contiene información específica para promover servicios de atención médica de calidad: Cédulas de evaluación, encuestas, manuales, guías prácticas, lineamientos, etc.

8.3 Programa anual: Elemento base de la administración que sistematiza las actividades de un servicio o área en espacio y tiempo.

9. CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

127. PROCEDIMIENTO PARA LA ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN AL PROYECTO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

1. PROPÓSITO

Promover la implantación de un modelo de gestión de la calidad en materia de Infecciones Nosocomiales mediante la asociación de hospitales de segundo nivel de atención al Proyecto de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN) como un componente de la calidad técnica de la "Estrategia nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica".

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención y responde a las instrucciones de la Dirección de Mejora de Procesos e interactúa y se apoya con los Departamentos de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud y Departamento de Impulso a la Gestión.

2.2 A nivel externo es aplicable en las unidades de salud de segundo nivel de atención de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, públicas y privadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, es responsable de atender a los objetivos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece, entre otros, "Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad".

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, identificar expertos y grupos de trabajo con experiencia reconocida en materia de Infecciones Nosocomiales y negociar su participación en la elaboración del modelo de gestión en Infecciones Nosocomiales, lo mismo que de los instrumentos de captación y verificación de actividades aplicables a los servicios básicos del segundo nivel de atención

3.3 La Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, es responsable de propiciar y participar en el adiestramiento requerido al respecto.

3.4. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable de la integración de la información que se genere como efecto de la aplicación de los instrumentos de verificación de los procedimientos médicos y de enfermería relacionados con riesgos de transmisión de Infecciones Nosocomiales la cual será enviada con periodicidad trimestral y servirá como punto de referencia para la medición de avances y en su caso, apoyo a las unidades en materia de previsión de riesgos; si bien, su utilidad principal se deriva del análisis local, oportuno y sistemático de los datos, como apoyo a la toma de decisiones.

3.5. El Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud, es responsable de la difusión de esta información la cual se efectuará respetando la confidencialidad de la unidad hospitalaria asociada, utilizando los medios que la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud considere pertinentes, instrucciones y carteles.

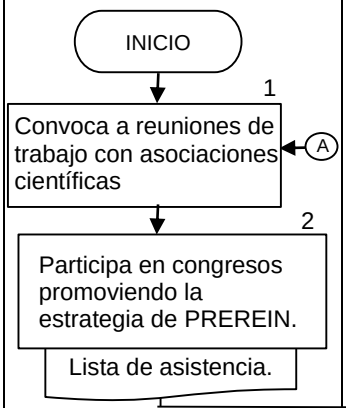
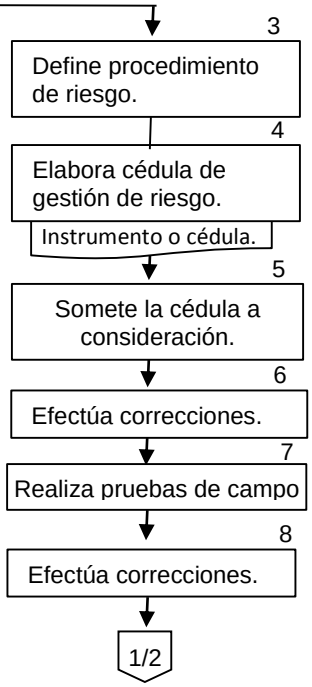
3.6. El Departamento de Impulso a la Gestión y la Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, son responsables de promover la utilización de la información como elemento de publicación en revistas científicas y su participación en el Premio Nacional por la Calidad en Salud en Salud como mecanismos para el reconocimiento del esfuerzo individual y de equipo.

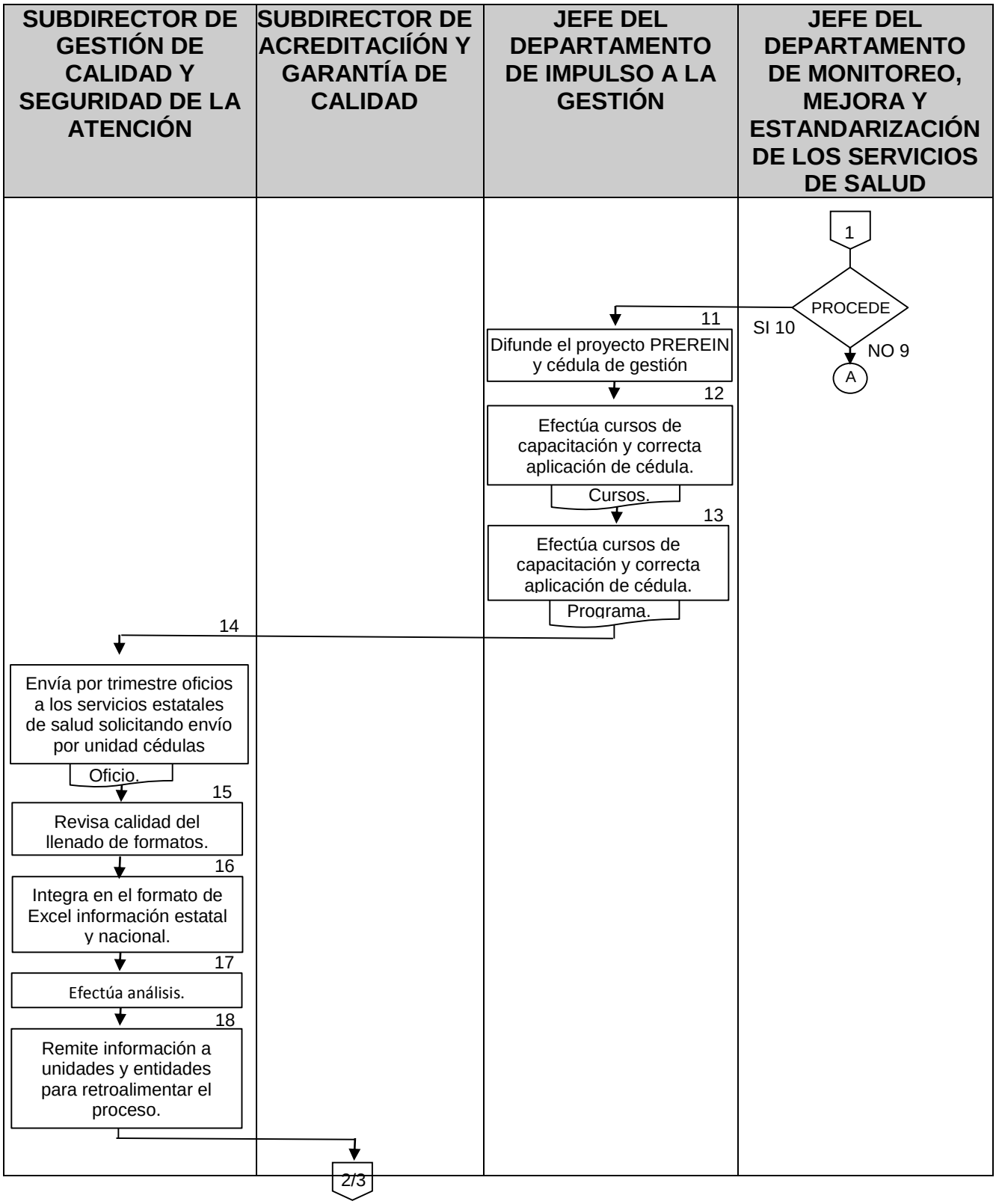
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

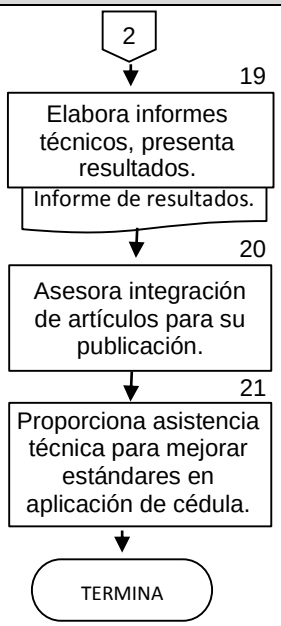
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	1	Convoca a reuniones de trabajo con expertos y asociaciones científicas en materia de Infecciones Nosocomiales.	
	2	Participa en sesiones y congresos promoviendo la estrategia de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN) en el marco de PAE ("Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica")	Lista de asistencia
Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud	3	Define los procedimientos de riesgo para las Infecciones Nosocomiales, de médicos y de enfermería.	
	4	Elabora la cédula de gestión de riesgo para la infección nosocomial.	Instrumento o Cédula
	5	Somete la cédula elaborada a consideración de grupos de expertos identificados.	
	6	Efectúa las correcciones que procedan.	
	7	Valida la pertinencia del instrumento mediante pruebas de campo en unidades hospitalarias.	
	8	Efectúa las correcciones procedentes.	
		Procede:	
	9	No: Regresa a la actividad 1 para convocar a reuniones de trabajo con expertos y asociaciones científicas en materia de Infecciones Nosocomiales.	
	10	Si: Continúa el procedimiento	
Departamento de Impulso a la Gestión	11	Difunde el proyecto PREREIN y la cédula de gestión de riesgo en reuniones de trabajo, congresos, visitas a los servicios estatales de salud y reuniones de asociaciones científicas.	
	12	Efectúa cursos de capacitación con la participación de expertos dirigida a la aceptación y correcta aplicación de la cédula de gestión de riesgo.	Cursos
	13	Efectúa prácticas de campo para la capacitación del uso de la cédula y el análisis de la información que se genera para la oportuna toma de decisiones dirigida a la Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial.	Programa

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	14	Envía con periodicidad trimestral, oficios a los servicios estatales de salud y otras unidades del sector público y privado, asociado al proyecto PREREIN, solicitando el envío por unidad hospitalaria, de las cédulas aplicadas en el trimestre previo, en el formato original de Excel.	Oficio
	15	Revisa la calidad del llenado de los formatos.	
	16	Utiliza el mismo formato de Excel, para integrar la información de nivel estatal y nacional.	
	17	Efectúa el análisis que procede.	
	18	Remite información a las unidades y entidades federativas asociadas, como un mecanismo de retroalimentación del proceso.	
Subdirector de Acreditación y Garantía de Calidad	19	Elabora informes técnicos y efectúa presentaciones de los resultados para su difusión en foros científicos y en reuniones de trabajo de las entidades federativas.	Informe de resultados
	20	Promueve y asesora la integración de artículos para su envío a publicación en revistas científicas.	
	21	Proporciona asistencia técnica para la participación de las unidades en que se observe mejores estándares en la aplicación de la cédula de gestión de riesgo para su participación en los concursos de Premio Nacional por la Calidad en Salud y Proyectos de Mejora de la Calidad. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÍÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMPULSO A LA GESTIÓN	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
			


SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÍÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMPULSO A LA GESTIÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
1
PROCEDE
SI 10
NO 9
A
11
Difunde el proyecto PREREIN y cédula de gestión
12
Efectúa cursos de capacitación y correcta aplicación de cédula.
Cursos.
13
Efectúa cursos de capacitación y correcta aplicación de cédula.
Programa.
14
Envía por trimestre oficios a los servicios estatales de salud solicitando envío por unidad cédulas
Oficio.
15
Revisa calidad del llenado de formatos.
16
Integra en el formato de Excel información estatal y nacional.
17
Efectúa análisis.
18
Remite información a unidades y entidades para retroalimentar el proceso.
2/3

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN	SUBDIRECTOR DE ACREDITACIÍÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMPULSO A LA GESTIÓN	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A
6.4 Programa de Acción Específico (PAE) Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Número de oficio
7.2 Registro de información relacionado con el monitoreo solicitada a las entidades federativas	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría: Aconsejar sobre aspectos relacionados con la correcta aplicación de cedula gestión de riesgo.

8.2 Análisis: Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.3 Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.4 Clasificación: agrupación de categorías de acuerdo a criterios precisos.

8.5 Difusión: Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas y al público en general las experiencias de Monitoreo

8.6 Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.7 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

8.8 Monitoreo: Medición sistemática de una o más variable durante periodos establecidos y con frecuencia determinada

8.9 Validación del Instrumento de medición: Dar crédito a la utilidad de la cédula de medición en el proceso de Monitoreo, mediante procesos de confiabilidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

128. PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN DE FOROS, JORNADAS TÉCNICAS Y REUNIONES NACIONALES DE TRABAJADORES DE LA SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Generar foros, jornadas técnicas, reuniones nacionales y eventos, que alineados al Sistema Integral de Calidad, permitan el intercambio del conocimiento de las buenas prácticas profesionales en materia de calidad y seguridad del paciente, y replicarlas en las entidades federativas para mejorar la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

1.2 Crear espacios académicos en donde las instituciones del Sector Salud en coordinación con SICALIDAD, sumen esfuerzos en las estrategias que aseguren la mejora continua en los servicios de salud para garantizar la calidad y seguridad de los pacientes y sus familiares, que impacten en la percepción de los usuarios por la atención médica recibida.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, Dirección de Mejora de Procesos, a la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los Servicios Estatales de Salud, a todos los trabajadores y profesionales de la salud que presten atención y servicios en algún establecimiento médico, sea público, privado o social.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los foros, jornadas técnicas, reuniones nacionales y eventos de carácter académico, son responsabilidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, la Dirección de Mejora de Procesos, la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

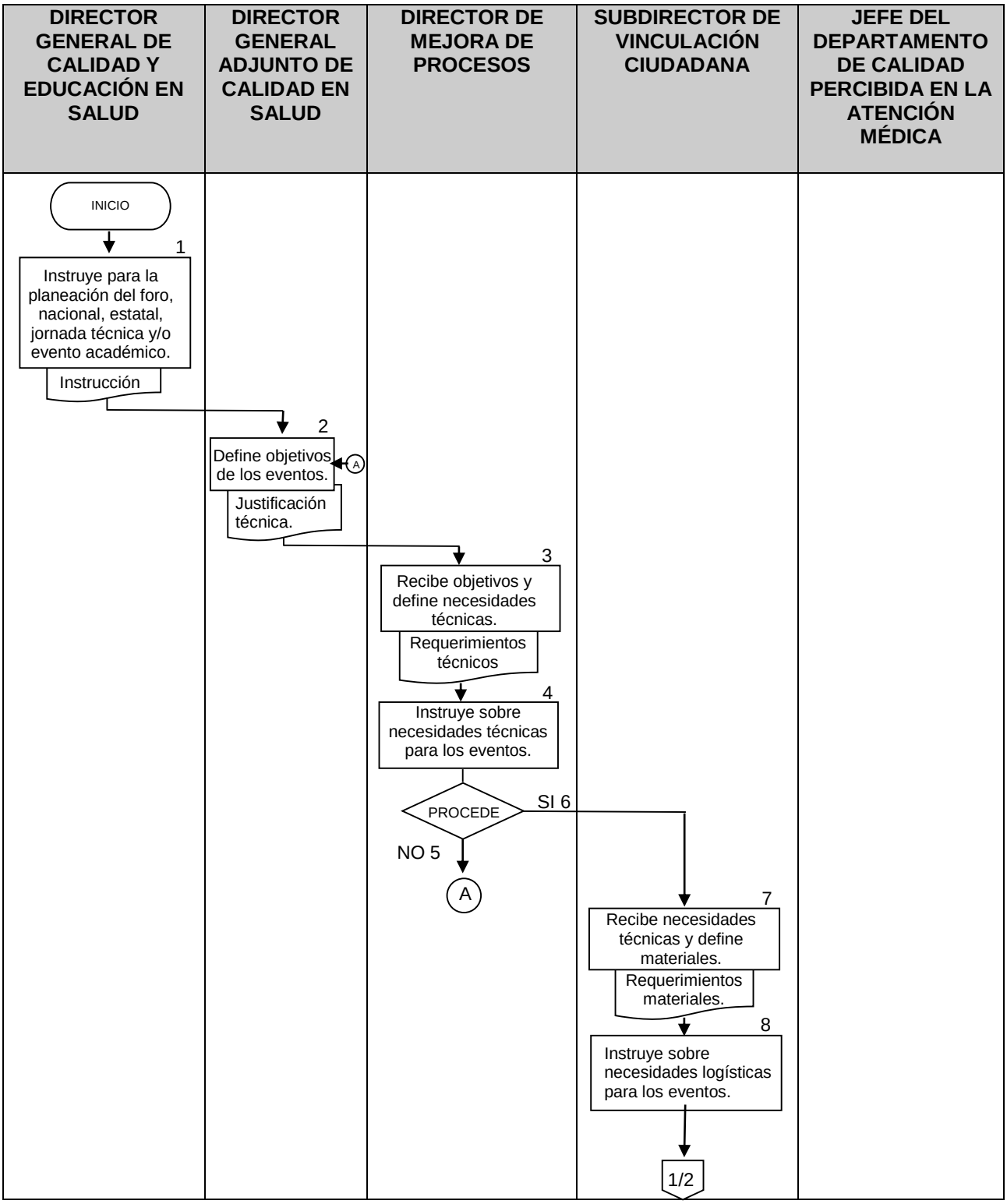
3.2 La coordinación técnica y logística de los eventos, es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos, la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

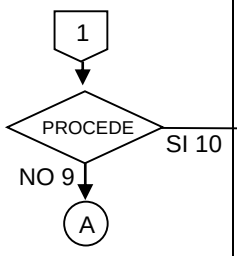
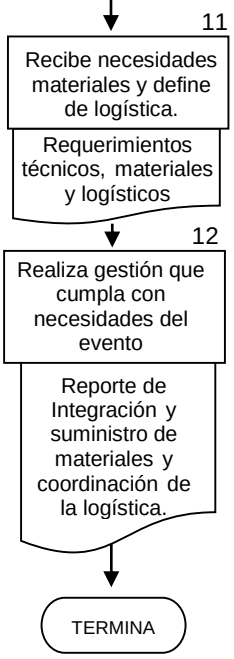
3.3 El Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica es el responsable de facilitar logísticamente la realización de los eventos que permitan el intercambio de experiencias exitosas en materia de calidad y seguridad del paciente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Instruye a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, de la necesidad de planear el foro, reunión nacional, jornada técnica y/o evento académico.	Instrucción.
Director General de Adjunto de Calidad	2	Define objetivos del foro, reunión nacional, reunión estatal, jornada técnica y/o evento académico.	Justificación técnica
Dirección de Mejora de Procesos	3	Recibe objetivos y define necesidades técnicas.	Requerimientos técnicos.
	4	Instruye a la Subdirección de Vinculación Ciudadana sobre las necesidades técnicas para realizar el foro, reunión nacional, reunión estatal, jornada técnica y/o evento académico.	
		Procede:	
	5	No: Regresa a la Actividad 2.	
	6	Si: Continúa Procedimiento.	
Subdirector de Vinculación Ciudadana	7	Recibe necesidades técnicas y define necesidades materiales.	Requerimientos materiales.
	8	Instruye al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica sobre las necesidades de logística para realizar el foro, reunión nacional, reunión estatal, jornada técnica y/o evento académico.	
		Procede:	
	9	No: Regresa a la Actividad 2. Para definir objetivos del foro, reunión nacional, reunión estatal, jornada técnica y/o evento académico.	
	10	Si: Continúa Procedimiento.	
Jefe de Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica	11	Recibe necesidades materiales y define necesidades de logística.	Requerimientos técnicos, materiales y logísticos.
	12	Realiza la gestión para satisfacer las necesidades técnicas, materiales y de logística para realizar el foro, reunión nacional, reunión estatal, jornada técnica y/o evento académico.	Reporte de Integración y suministro de materiales y coordinación de la logística para la realización del evento.
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD	DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS	SUBDIRECTOR DE VINCULACIÓN CIUDADANA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN MÉDICA
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Contrato de prestación de servicios	N/A
6.2 Reglamento interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la elaboración del Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Justificación Técnica	5 Años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	N/A
7.2 Requerimientos Técnicos	5 Años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Logística: Conjunto de medios y métodos necesarios para llevar a cabo la organización y ejecución de una actividad.

8.2 Sector Salud: Comprende a todas las Instituciones públicas prestadoras de Servicios de Salud en México.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin Anexos

129. PROCEDIMIENTO PARA DISEÑAR E INSTRUMENTAR MECANISMOS DE MONITOREO Y COMUNICACIÓN CIUDADANA QUE CONTRIBUYAN A LA TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS, PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. PROPÓSITO

Contar con instrumentos que contribuyan a la transparencia y rendición de cuentas, para elevar la calidad de los servicios de salud y elaborar, actualizar y difundir los instrumentos de trabajo para concentrar la información obtenida durante la aplicación del monitoreo ciudadano.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno es aplicable a la Dirección de Mejora de Procesos, a la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.

2.2 A nivel externo, es aplicable a las 32 entidades federativas a través de los Líderes Estatales de Calidad, a nivel local, jurisdiccional, estatal y federal y a las organizaciones Aval Ciudadano participantes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Las propuestas para elaborar o actualizar instrumentos de monitoreo ciudadano en salud los puede realizar la Dirección de Mejora de Procesos, la Subdirección de Vinculación Ciudadana, el Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano, los Responsables Estatales de Calidad o los Avales Ciudadanos participantes.

3.2 La Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, es responsable de emitir los indicadores de calidad.

3.3 La elaboración o actualización de instrumentos de monitoreo ciudadano es responsabilidad de la Subdirección de Vinculación Ciudadana y del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadana.

3.4 La aprobación de los instrumentos de monitoreo ciudadano es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos.

3.5 El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano será el responsable de respaldar y difundir los instrumentos y documentos realizados para el desarrollo de las tareas del Aval Ciudadano.

3.6 El envío de los instrumentos de monitoreo ciudadano a las instancias correspondientes para su análisis o comentarios es a través del correo avalciudadano@salud.gob.mx.

3.7 La difusión de los instrumentos y documentos para el desarrollo del mecanismo Aval Ciudadano es responsabilidad del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano; lo realiza a través del envío a los Responsables Estatales de Calidad y los Responsables Estatales de Aval Ciudadano, vía correo electrónico y en la página web http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html.

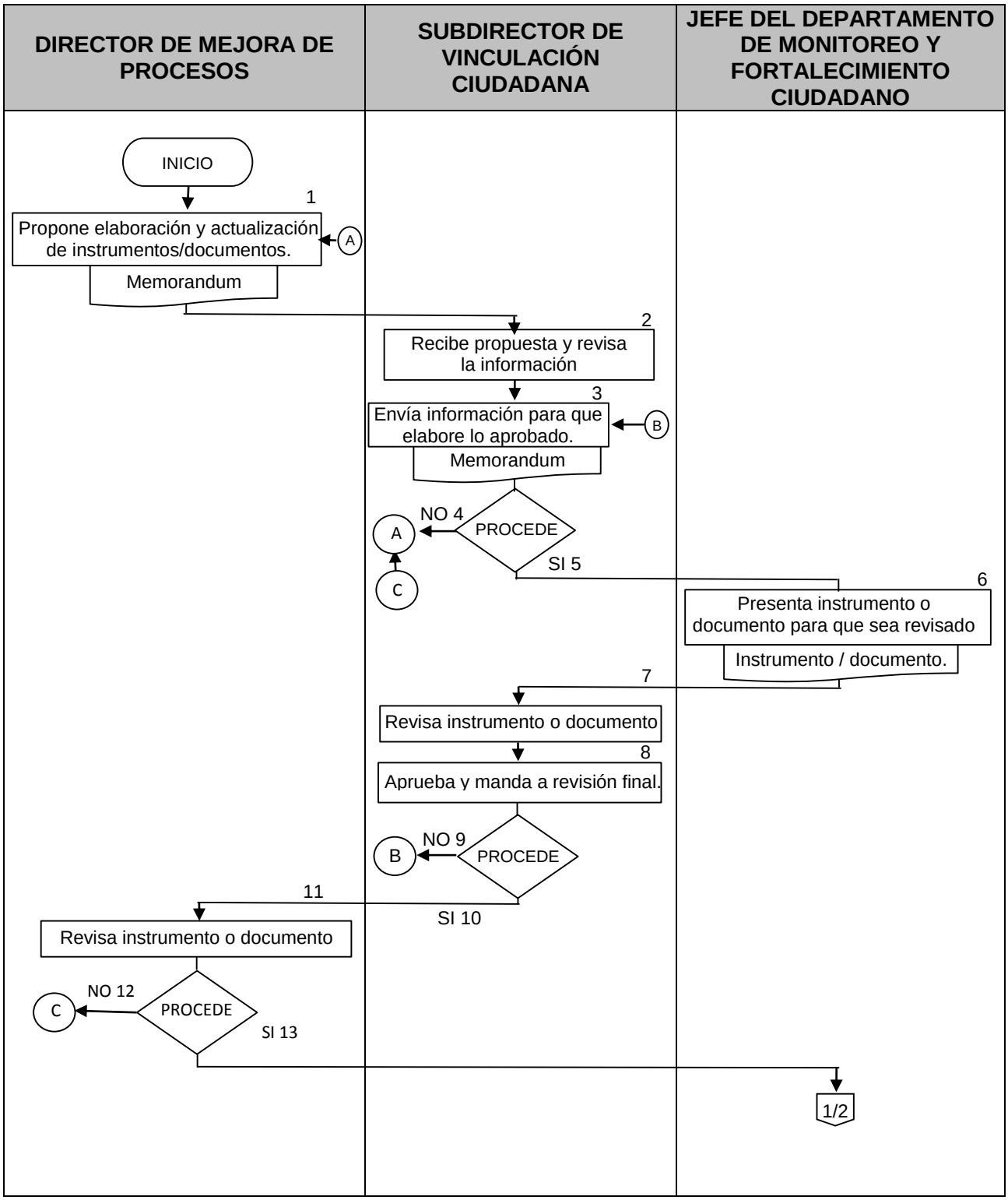
3.8 Es responsabilidad de los Responsables Estatales de Calidad difundir los instrumentos o documentos enviados por la Subdirección de Vinculación Ciudadana y el Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano referente al mecanismo Aval Ciudadano a los responsables jurisdiccionales y avales ciudadanos participantes

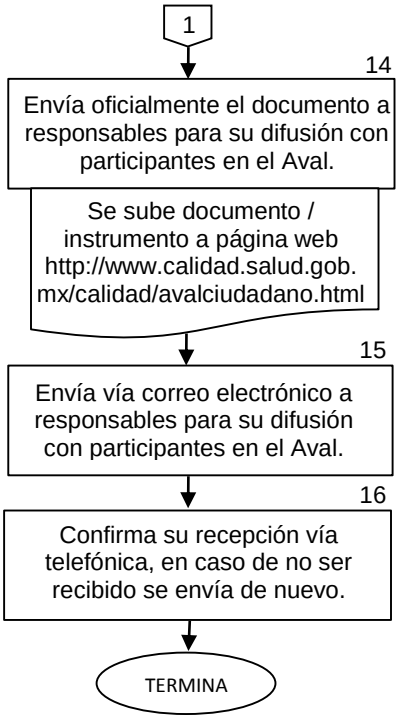
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Mejora de Procesos	1	Propone la elaboración y/o actualización de instrumentos y documentos de acuerdo a las necesidades de las tareas que se desempeñan en el desarrollo del Aval Ciudadano.	Memorándum
Subdirección de Vinculación Ciudadana	2	Recibe propuesta y revisa la información que fundamenta la elaboración o actualización de algún instrumento o documento de trabajo.	
	3	Envía información al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano para que elabore lo aprobado.	Memorándum
		Procede:	
	4	No: Regresa a la actividad 1 para proponer la elaboración y/o actualización de instrumentos y documentos de acuerdo a las necesidades de las tareas que se desempeñan en el desarrollo del Aval Ciudadano.	
	5	Sí: Continúa Procedimiento	
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	6	Presenta instrumento o documento elaborado para que sea revisado por la Dirección de Mejora de Procesos.	Instrumento documento
Subdirección de Vinculación Ciudadana	7	Revisa instrumento o documento.	
	8	Aprueba y manda a revisión final por la Dirección de Mejora de Procesos.	
		Procede:	
	9	No: Regresa a la actividad 3 para Envía información al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano para que elabore lo aprobado	
	10	Si: Continúa procedimiento	
Dirección de Mejora de Procesos	11	Revisa el instrumento o documento entregado por la Subdirección de Vinculación Ciudadana.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Mejora de Procesos	12	Procede: No: Regresa a la etapa 4 para No: Regresa a la actividad 1 para proponer la elaboración y/o actualización de instrumentos y documentos de acuerdo a las necesidades de las tareas que se desempeñan en el desarrollo del Aval Ciudadano.	
	13	Si: Continúa procedimiento	
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	14	Envía oficialmente el documento o instrumento a los Responsables Estatales de Calidad y de Aval Ciudadano, al Responsable de Aval Ciudadano del ISSSTE, ISSEMYN, al Responsable de Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales y unidades médicas de primero y segundo nivel de la Ciudad de México para que sea difundido con las personas participantes en el Aval.	Se sube el documento/instrumento a la página web http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html
	15	Envía el instrumento/documento vía correo electrónico a los Responsables Estatales de Calidad y de Aval Ciudadano, al Responsable de Aval Ciudadano del ISSSTE, ISSEMYN al Responsable de Hospitales Federales de Referencia, Instituto Nacionales y al responsable del primer y segundo nivel en la Ciudad de México, para que sea difundida con las personas participantes en el Aval.	
	16	Confirma su recepción vía telefónica, en caso de no ser recibido se vuelve a enviar. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE MEJORA |DE PROCESOS	SUBDIRECTOR DE VINCULACIÓN CIUDADANA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y FORTALECIMIENTO CIUDADANO
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Directorio Aval Ciudadano	N/A
6.2 Hoja de recolección de datos	F1-TD/02
6.3 Formato de concentración	F2-TD/02
6.4 Guía de cotejo para el monitoreo ciudadano y Verificación de Instalaciones	F2-AC/03
6.5 Carta compromiso para mejora de trato digno	FCC-AC/05
6.6 Informe de Seguimiento	AVC001
6.7 Entrega de material aval ciudadano	FCEM-AC/06
6.8 Instructivo de llenado de la guía de cotejo para el monitoreo ciudadano	N/A
6.9 Instructivo de llenado de Informe de seguimiento	N/A
6.10 Monitoreo ciudadano cómo método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno 2004	N/A
6.11 Manual de Presentación e Inducción	N/A
6.12 Lineamientos Operativos para el Desarrollo del Aval Ciudadano	N/A
6.13 Díptico de Construir Ciudadanía en Salud: Aval Ciudadano	N/A
6.14 Credencial Aval Ciudadano	N/A
6.15 Cartel de Aval Ciudadano	N/A
6.16 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.17 Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.18 Registro de asistentes de organizaciones Aval Ciudadano	RPAC-AC/05

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7. 1 Instrumento o documento	6	Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Acuerdo:** Resolución que se toma en los tribunales, sociedades, comunidades entre dos o más partes.

8.2 **Lineamientos:** Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de sus Propuestas de Modificación Estructural.

8.3 **Propuesta de Modificación Estructural:** Documento que integra los elementos necesarios para la modificación de una estructura orgánica, y que es analizado y dictaminado por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, autorizado por la Subsecretaría de Administración y Finanzas y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

130. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES MANDE

1. PROPÓSITO

Disponer de un modelo de gestión como mecanismo de atención ciudadana que sirva como medio de enlace entre la sociedad y el Sector Salud, para atender quejas, sugerencias en cada una de las Entidades Federativas, que incorpore sus hallazgos en un Plan de Mejora Continua, que coadyuven a que el Sector Salud recupere la credibilidad y la confianza de la ciudadanía, al ofrecerle un sistema de gestión que dé respuesta oportuna y eficaz a sus inquietudes haciendo efectivo el derecho a la protección de la salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, Dirección de Mejora de Procesos, a la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los Servicios Estatales de Salud, y a todos los usuarios de los servicios de salud que deseen aportar sugerencias, felicitaciones y quejas sobre la calidad de los mismos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El modelo de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones, así como su implantación y seguimiento en las Entidades, es responsabilidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, la Dirección de Mejora de Procesos, la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

3.2 La coordinación de implantación y seguimiento del modelo de gestión de quejas, es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos, la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

3.3 La información que proporcionen los usuarios será tratada de manera confidencial, analizada y canalizada y gestionada por las Entidades Federativas, vigilando el apego la Dirección de Mejora de Procesos, la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica.

3.4 El Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica es el responsable de la implantación y seguimiento del modelo de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones; del análisis de su tipología derivado del registro estatal, así como de la búsqueda de experiencias exitosas para replicarse.

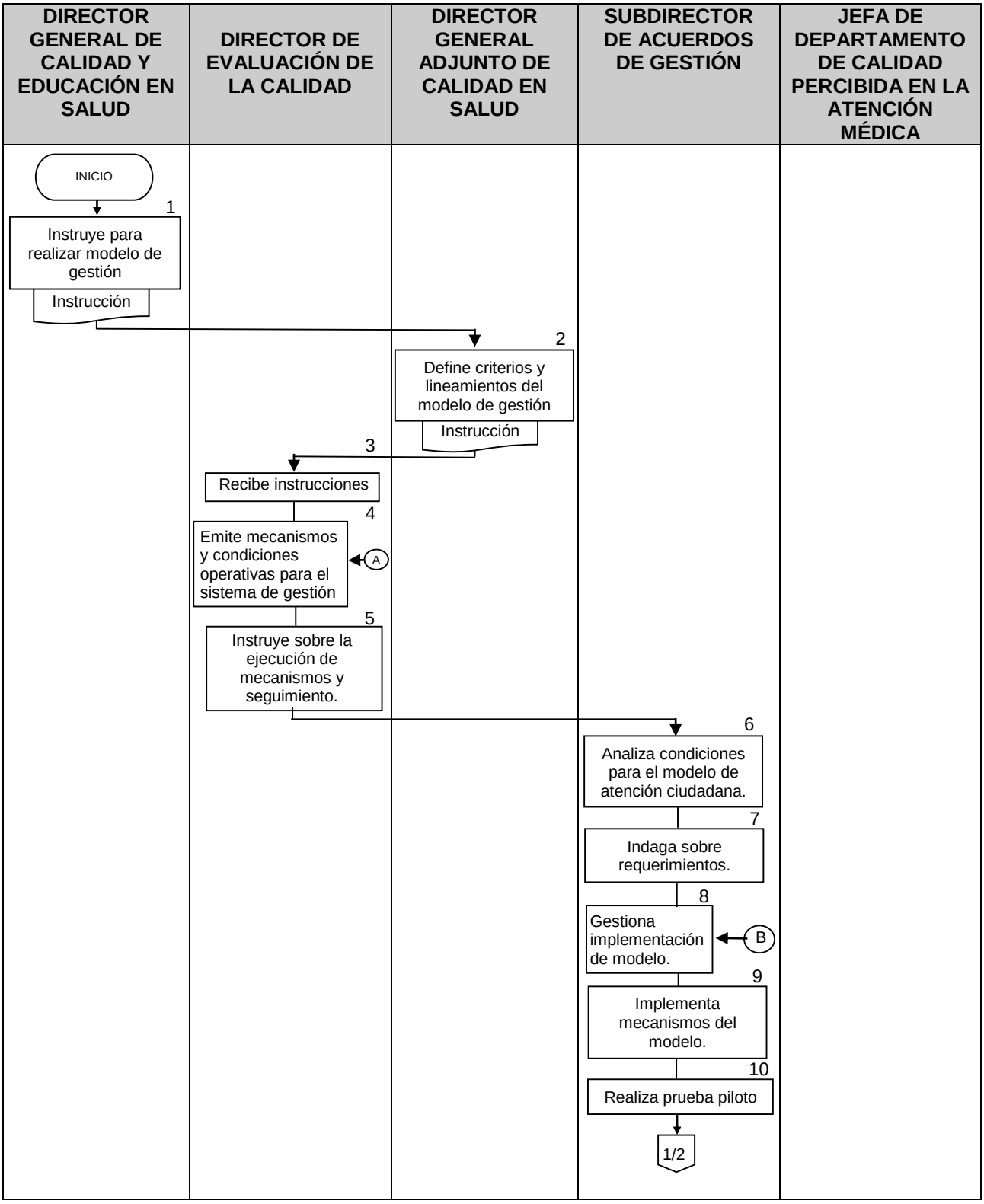
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	1	Instruye a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, de la necesidad de desarrollar un modelo sectorial de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.	Instrucción.
Dirección General Adjunta de Calidad en Salud	2	Establece criterios y lineamientos mínimos que deben tener los sistemas de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones en los establecimientos de salud, para homologar criterios de atención.	Instrucción.
Dirección de Mejora de Procesos	3	Recibe instrucciones y analiza.	
	4	Emite los mecanismos y Condiciones operativas para la implementación del sistema de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.	
	5	Instruye a la Subdirección de Vinculación Ciudadana sobre la ejecución de los mecanismos, así como para realizar el seguimiento.	
Subdirección de Vinculación Ciudadana	6	Recibe instrucciones y analiza condiciones para la ejecución del modelo de atención ciudadana.	
	7	Indaga sobre requerimientos y condiciones para la ejecución del modelo de gestión de quejas.	
	8	Realiza gestiones para la implementación de los mecanismos del modelo de gestión de quejas.	
	9	Implementa mecanismos del modelo de gestión de quejas.	Difusión del modelo
	10	Realiza prueba piloto de los sistemas de gestión.	
	11	Realiza adecuaciones o correcciones al modelo de gestión y en los mecanismos de operación. Notifica de las adecuaciones a los mecanismos de operación como resultado del pilotaje del modelo de gestión de quejas.	

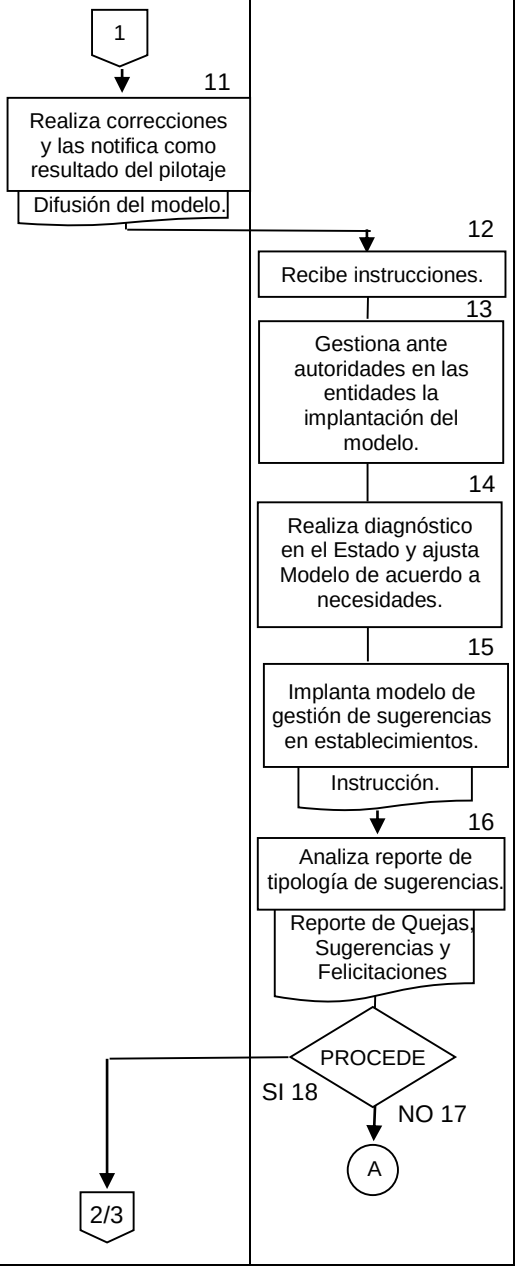
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefatura de Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica	12	Recibe instrucciones y analiza	
	13	Gestiona ante las autoridades de salud en las Entidades Federativas la implantación del modelo de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.	
	14	Realiza diagnóstico situacional en el Estado, ajusta el modelo acorde a las necesidades y proyecciones.	Instrucción.
	15	Implanta el modelo de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones en los establecimientos de salud que decida la Entidad.	
	16	Analiza reporte de tipología de quejas, sugerencias y felicitaciones en las Entidades Federativas. Procede:	
	17	No: Regresa a la actividad 4.para emitir los mecanismos y Condiciones operativas para la implementación del sistema de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.	Reporte de Quejas, sugerencias y felicitaciones
	18	Si: Continúa Procedimiento.	
Subdirección de Vinculación Ciudadana	19	Recibe la información y envía a los Servicios de Salud Estatales la información para su seguimiento.	
	20	Proporciona seguimiento a resultado de hallazgos plasmados en el Plan de Mejora continua.	
Jefatura de Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica	21	Recibe instrucciones e información, analiza y valida.	
	22	Elabora informe de resultados globales.	Informe de resultados Globales.
	23	Remite a la Subdirección de Vinculación Ciudadana Informe de Resultados Globales para validación.	
Dirección de Mejora de Procesos	24	Recibe informe de resultados globales, revisa información. Procede:	
	25	No: Regresa a la actividad 8 para realizar gestiones para la implementación de los mecanismos del modelo de gestión de quejas.	Reporte final.
	26	Sí: Continúa el procedimiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Mejora de Procesos	27	Envía reporte al Director General de Calidad y Educación en Salud y al Subsecretario de Innovación y Calidad. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

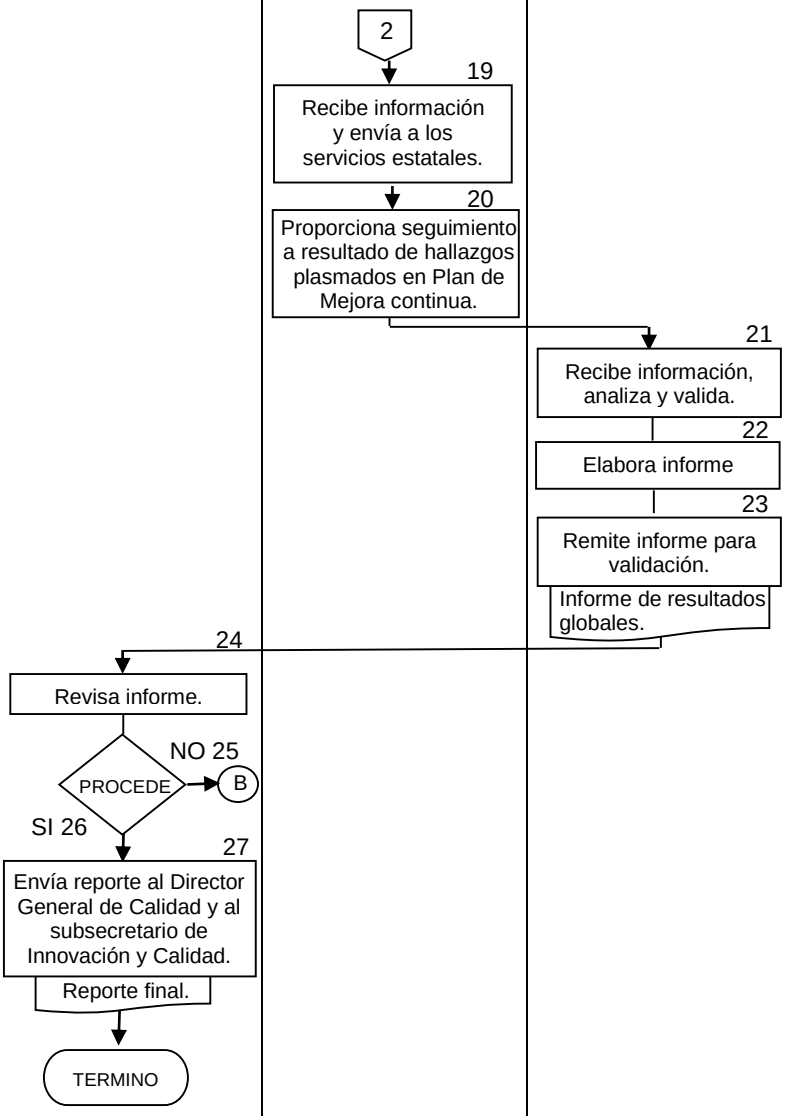
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD	SUBDIRECTOR DE ACUERDOS DE GESTIÓN	JEFA DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN MÉDICA



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	DIRECTOR DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE CALIDAD EN SALUD	SUBDIRECTOR DE ACUERDOS DE GESTIÓN	JEFA DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN MÉDICA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Contrato de prestación de servicios	N/A
6.2Reglamento interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.4Guía Técnica para la elaboración del Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Electrónicos	5 Años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	Registro electrónico
7.2 Impresos acumulados	5 Años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	Tríptico/cartel
7.3 Formato para acumulados mensuales	5 Años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	Formato
7.4 Informes mensuales	5 Años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	Informes

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Modelo: Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.

8.2 Sistema de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones: Sistema de atención ciudadana compuesto de diferentes entradas de información, desde medios electrónicos hasta convencionales para la recepción y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones, sobre la calidad de los Servicios de Salud.

8.3 Sector Salud: Comprende a todas las Instituciones públicas prestadoras de Servicios de Salud en México.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

131. PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACIÓN DEL AVAL CIUDADANO Y MANEJO DE LOS INSTRUMENTOS DE MONITOREO CIUDADANO

1. PROPÓSITO

Presentar los fundamentos de la Estrategia Nacional para la consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica y Aval Ciudadano, así como dar a conocer y brindar asesoría de los instrumentos de monitoreo ciudadano y su aplicación, para sensibilizar a profesionales de la salud y avales ciudadanos sobre la importancia de la tarea de la participación ciudadana y garantizar su correcta aplicación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Mejora de Procesos, a la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.

2.2 A nivel externo, es aplicable a las instituciones de salud a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local, y a las organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones civiles, instituciones asistencia privada, universidades, otras instituciones educativas, grupos y asociados jurídicamente no constituidos que se agrupan para aval ciudadano, ciudadanos a título individual, empresas privadas y otros, que conforman el Aval Ciudadano.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Mejora de Procesos es responsable de que se soliciten los requerimientos de apoyo para las presentaciones y talleres mediante oficio.

3.2 La Subdirección de Vinculación Ciudadana es responsable de que la información de las presentaciones sean con base en los documentos oficiales y Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano.

3.3 La elaboración, diseño y revisión de las presentaciones es responsabilidad del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano y de la Subdirección de Vinculación Ciudadana.

3.4 La aprobación de las presentaciones es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos.

3.5 La presentación y manejo de los instrumentos de monitoreo es responsabilidad del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano, Líderes Estatales de Calidad, jurisdiccionales y locales, responsables de Aval Ciudadano en las entidades y avales ciudadanos.

3.6 Es responsabilidad del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano dar asesoría del uso de los instrumentos a quién lo solicite.

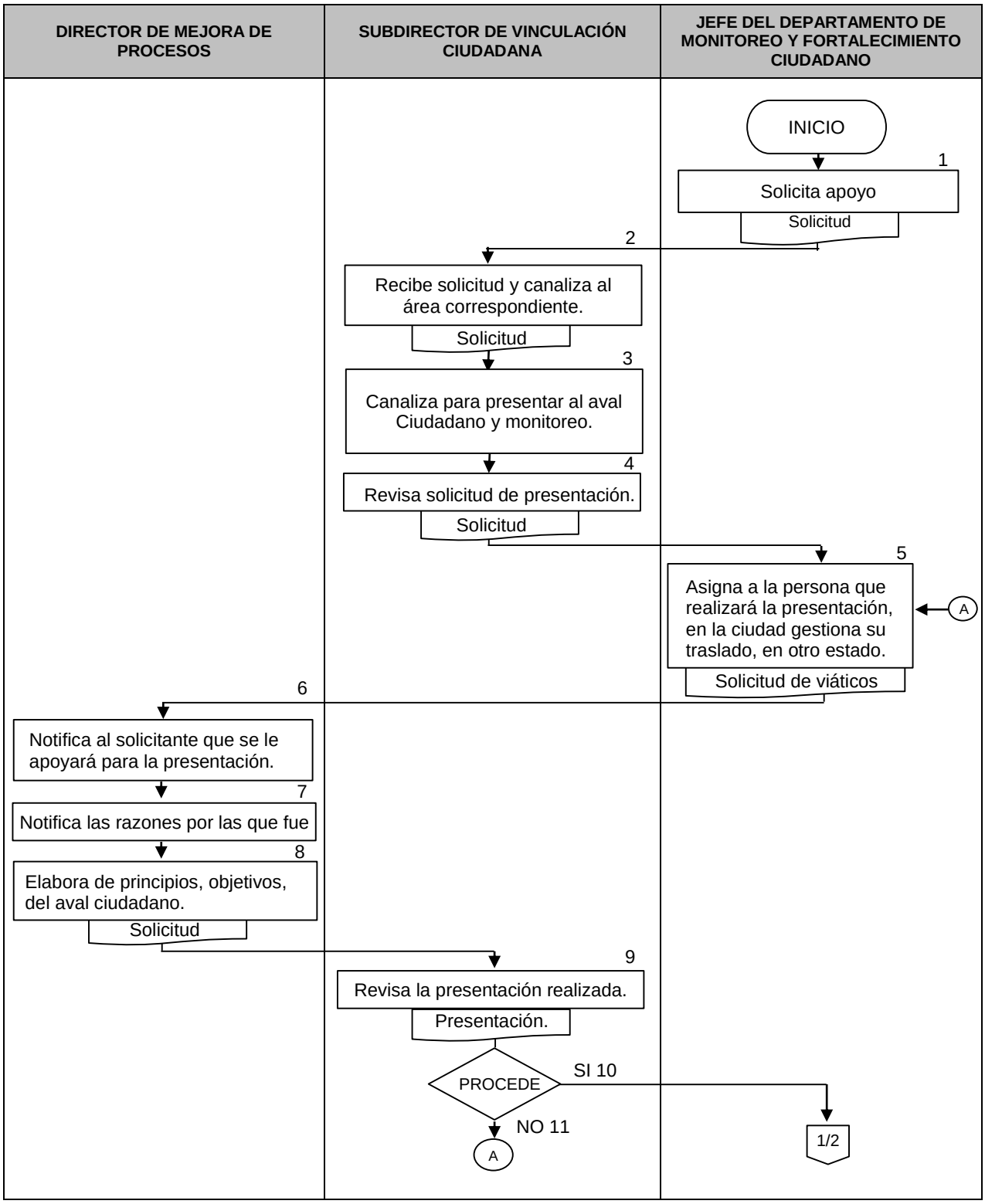
3.7 El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano, es responsable de que las presentaciones y materiales de apoyo para presentaciones del Aval Ciudadano estén a disposición en la página web http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dmp-ac_00..html.

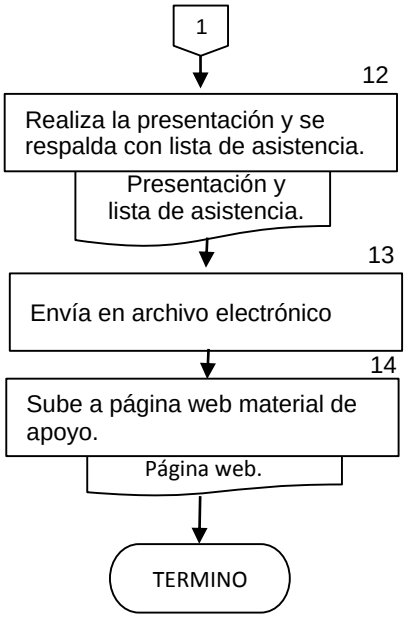
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	1	Solicita apoyo en presentaciones de Aval Ciudadano y del método del monitoreo ciudadano por oficio.	Solicitud
Subdirección de Vinculación Ciudadana	2	Recibe solicitud y se canaliza al área o persona correspondiente.	Solicitud
	3	Canaliza al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano para presentar al Aval Ciudadano y/o la aplicación del método de monitoreo ciudadano, se	
	4	Revisa solicitud de presentación.	Solicitud
Dirección de Mejora de Procesos	5	Asigna a la persona que la realizará la presentación, si es en la ciudad de México gestiona su traslado al lugar de la presentación y si es en el interior de la república solicita los viáticos necesarios.	Solicitud de viáticos
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	6	Notifica vía telefónica al solicitante que se le dará el apoyo para la realización de la presentación.	
	7	Notifica vía telefónica los motivos por los que no fue aprobada.	
	8	Elabora los principios, objetivos del Aval Ciudadano y aplicación de instrumentos de monitoreo ciudadano.	Presentación
Subdirección de Vinculación Ciudadana	9	Revisa la presentación.	Presentación
		Procede:	
	10	No: Regresa a la actividad 5	
	11	Si: Continua el procedimiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	12	Respalda en archivo electrónico y se presenta en el lugar y fecha acordada. Pasa lista de asistencia como respaldo documental de su ejecución.	Presentación de archivo electrónico. Lista de asistencia.
	13	Envía en archivo electrónico, a quien corresponda y solicita notificación de recepción.	
	14	Sube a la página web material didáctico de apoyo para presentaciones que realicen las instituciones de salud u organizaciones de Aval Ciudadano. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Página Web.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS	SUBDIRECTOR DE VINCULACIÓN CIUDADANA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y FORTALECIMIENTO CIUDADANO
I		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa de Acción	N/A
6.2 Guía Operativa Sectorial 2002 para el Fomento de la Participación Ciudadana del Trato Digno en los Servicios de Salud	N/A
6.3 Monitoreo ciudadano cómo método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno 2004	N/A
6.4 Lineamientos Operativos para el Desarrollo del Aval Ciudadano	N/A
6.5 Manual de Presentación e Inducción Aval Ciudadano	N/A
6.6 Hoja de recolección de datos	F1-TD/02
6.7 Formato de concentración	F2-TD/02
6.8 Guía de cotejo y verificación de instalaciones	F2-AC/03
6.9 Instructivo de llenado de la guía de cotejo para el monitoreo ciudadano	N/A
6.10 Formato Carta compromiso para mejora de trato digno	FCC-AC/05
6.11 Informe de seguimiento	AVC001
6.12 Instructivo de Informe de Seguimiento	N/A
6.13 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.14 Manual de Organización de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Presentaciones electrónicas	6 años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	Archivo electrónico
7.2 Registro de asistentes de organizaciones Aval Ciudadano	6 años	Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	RPAC-AC/05

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Cotejo:** Comparación y examen de dos o más cosas para apreciar sus semejanzas y diferencias.

8.2 **Fomentar:** Favorecer de algún modo que una acción se desarrolle o que aumente un aspecto positivo de ella

8.3 **Inducción:** Forma de razonamiento que consiste en establecer una ley o conclusión general a partir de la observación de hechos o casos particulares

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

132. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO DEL MONITOREO CIUDADANO Y ACTAS DE INSTALACIÓN

1. PROPÓSITO

Actualizar el sistema de información del Aval Ciudadano de acuerdo a la información enviada por las entidades federativas contenida en las actas de instalación y en los distintos formatos de medición del Monitoreo Ciudadano (Guía de Cotejo y Verificación de Instalaciones, Cartas compromiso) para contar con los datos de los enlaces y seguimiento en las entidades federativas con respecto a la información generada de la implementación, operación y alcances del Aval Ciudadano.

2. ALCANCE

2.1 Este procedimiento es aplicable de manera interna a la Subdirección de Vinculación Ciudadana, al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano para la recepción e integración de la información de las actas de instalación del Aval Ciudadano y del monitoreo ciudadano, en las entidades federativas: procesamiento, análisis, generación de resultados y toma de decisiones.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Vinculación Ciudadana es responsable de la recepción trimestral del Informe de Seguimiento que remitan las entidades federativas.

3.2 La Subdirección de Vinculación Ciudadana es responsable del control y seguimiento del Acta de Instalación (número de registro) que presenten las entidades federativas cada vez que se constituya una nueva organización como Aval Ciudadano y todas las actas actualizadas deben ser documentadas con el formato emitido en la Instrucción 62.

3.3 La información debe ser debidamente revisada y requisitada por el Responsable Estatal de Calidad y Responsables de Aval Ciudadano antes de su envío en los formatos establecidos por la Subdirección de Vinculación Ciudadana.

3.4 El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano es responsable de revisar que los indicadores que monitorea el Aval Ciudadano sean los de Trato Digno en primero, segundo y tercer nivel de atención en los servicios de salud.

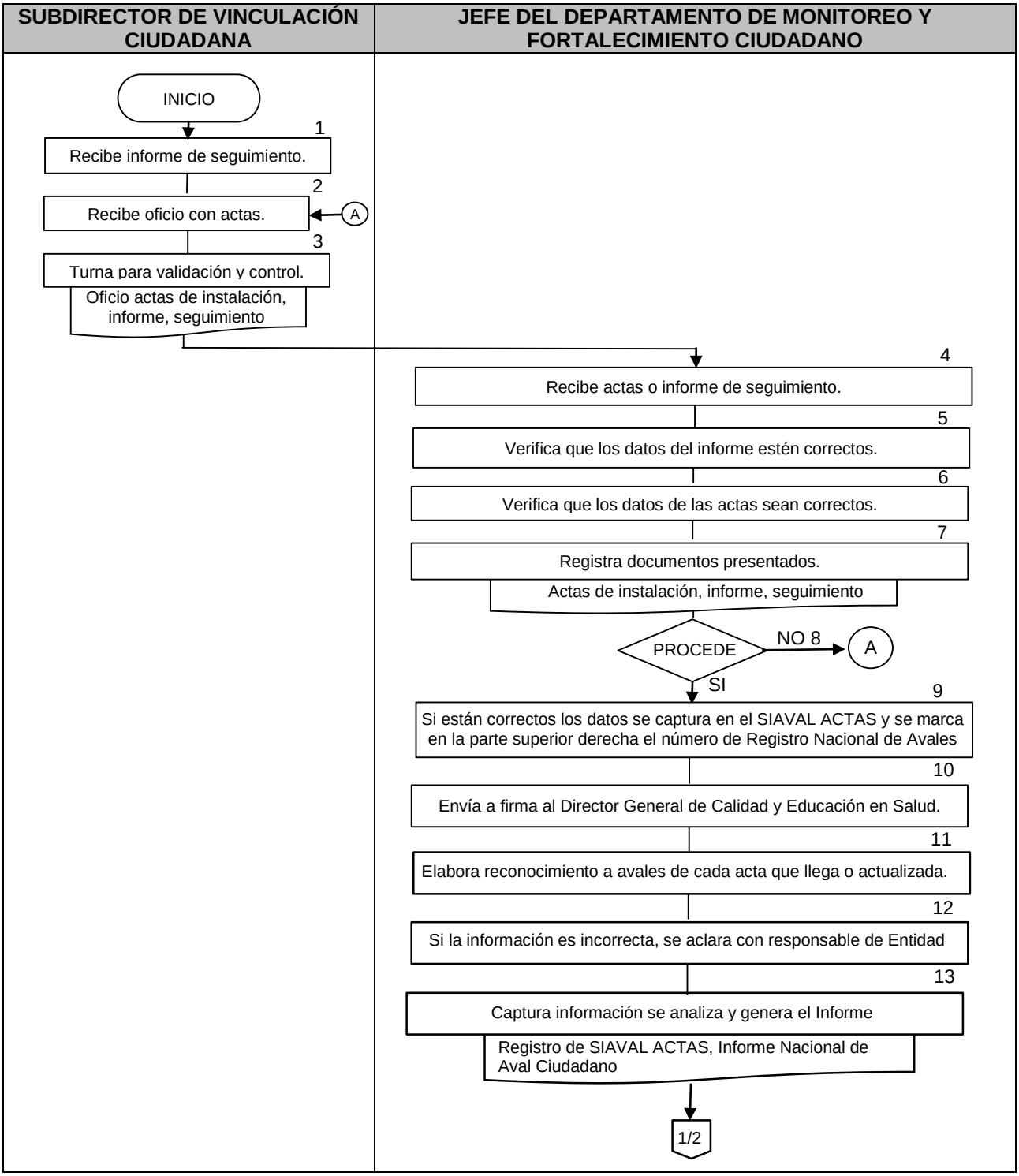
3.5 El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano es responsable de revisar, registrar y analizar la información del Informe de Seguimiento y del SIAVAL ACTAS.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

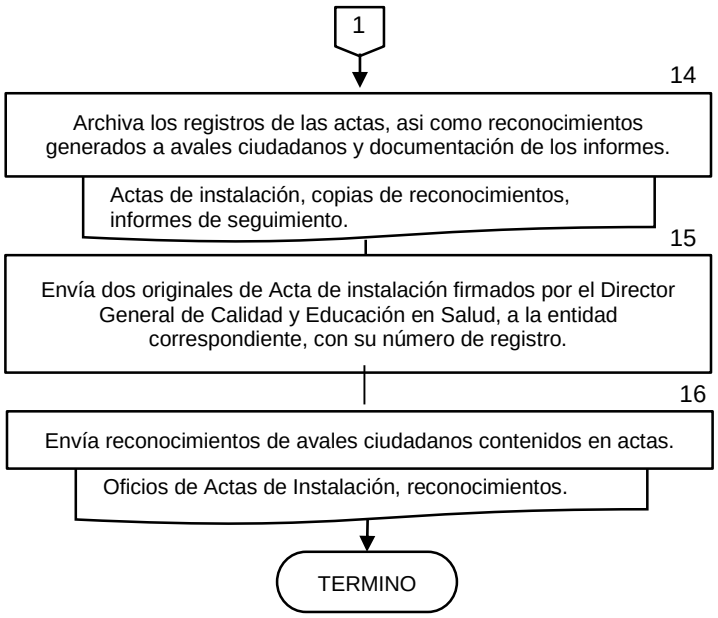
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Vinculación Ciudadana	1	Recibe en su caso, archivo electrónico con informe de seguimiento, o en su caso, vía oficio.	Oficio Actas de Instalación Informe seguimiento
	2	Recibe oficio con acta(s) de instalación de Aval Ciudadano.	
	3	Turna al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano documentos para validación, control y seguimiento.	
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	4	Recibe de la Subdirección de Vinculación Ciudadana las Actas de Instalación y en su caso, Informe de Seguimiento.	Actas de Instalación Informe seguimiento
	5	Verifica que los datos del Informe de Seguimiento estén correctos.	Actas de Instalación Informe seguimiento
	6	Verifica que la información contenida en las Actas de Instalación sea correcta.	
	7	Registra documentos presentados.	
		Procede:	
	8	NO: Regresa a la actividad 2 para recibir oficio con acta(s) de instalación de Aval Ciudadano	
	9	Si están completos y correctos los datos de las Actas de Instalación procede a capturar en el SIAVAL ACTAS todos los datos y se marca en la parte superior derecha el número de Registro Nacional de Avales.	Registro de SIAVAL ACTAS Informe Nacional de Aval Ciudadano
	10	Envía a firma al Director General de Calidad y Educación en Salud.	
	11	Elabora reconocimiento a avales ciudadanos, de cada nueva acta que llega o actualizada.	
	12	Si la información es incorrecta, contacta al Responsable de Aval de la Entidad y se solicita aclare la información.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	13	Captura la información de los Informes de Seguimiento, se analiza y se genera el Informe Nacional de Aval Ciudadano.	
	14	Archiva por separado los registros de las Actas de Instalación capturadas en el SIAVAL ACTAS, así como los reconocimientos generados a avales ciudadanos y la documentación de los informes de seguimientos trimestrales.	Actas de instalación Copias de Reconocimientos Informes de Seguimiento
	15	Envía dos ejemplares originales de Acta de Instalación firmados por el Director General de Calidad y Educación en Salud, a la entidad correspondiente, ya con su Número de Registro.	Oficios de Actas de Instalación Reconocimientos
	16	Envía reconocimientos de avales ciudadanos contenidos en las actas. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



SUBDIRECTOR DE VINCULACIÓN CIUDADANA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y FORTALECIMIENTO CIUDADANO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Acta de Instalación Aval Ciudadano	N/A
6.2 Informe de Seguimiento	N/A
6.3 Reconocimientos	N/A
6.4 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Archivos Electrónicos	Permanente	Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	N/A
7.2 Informes impresos	Permanente	Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Aval:** Sirve de garantía del cumplimiento de cierta cosa o responde de la conducta de otra persona, normalmente por medio de su firma.

8.2 **Procedimiento:** Método o modo de tramitar o ejecutar una cosa o acción.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos.

133. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE REPORTES DE RESULTADOS DE AVAL CIUDADANO EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar reportes con la información generada por el Aval Ciudadano, estatal y nacional para integrar los datos y generar reportes de resultados.

2. ALCANCE

2.1 Este procedimiento es aplicable de manera interna a la Dirección de Mejora de Procesos, a la Subdirección de Vinculación Ciudadana, al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano, a Líderes Estatales de Calidad, Responsables de Aval Ciudadano en el ISSSTE, ISSEMYM, Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales de Salud y Servicios de Atención Psiquiátrica, para la elaboración de reportes de resultados de Aval Ciudadano.

2.2 Este procedimiento es aplicable de manera externa para la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los Responsables Estatales de Calidad, Responsables de Aval Ciudadano en el ISSSTE, ISSEMYM, Hospitales federales de Referencia, Instituto Nacionales de Salud y Servicios de Atención Psiquiátrica, enviarán la información solicitada por la Subdirección de Vinculación Ciudadana para los reportes de desempeño Aval Ciudadano.

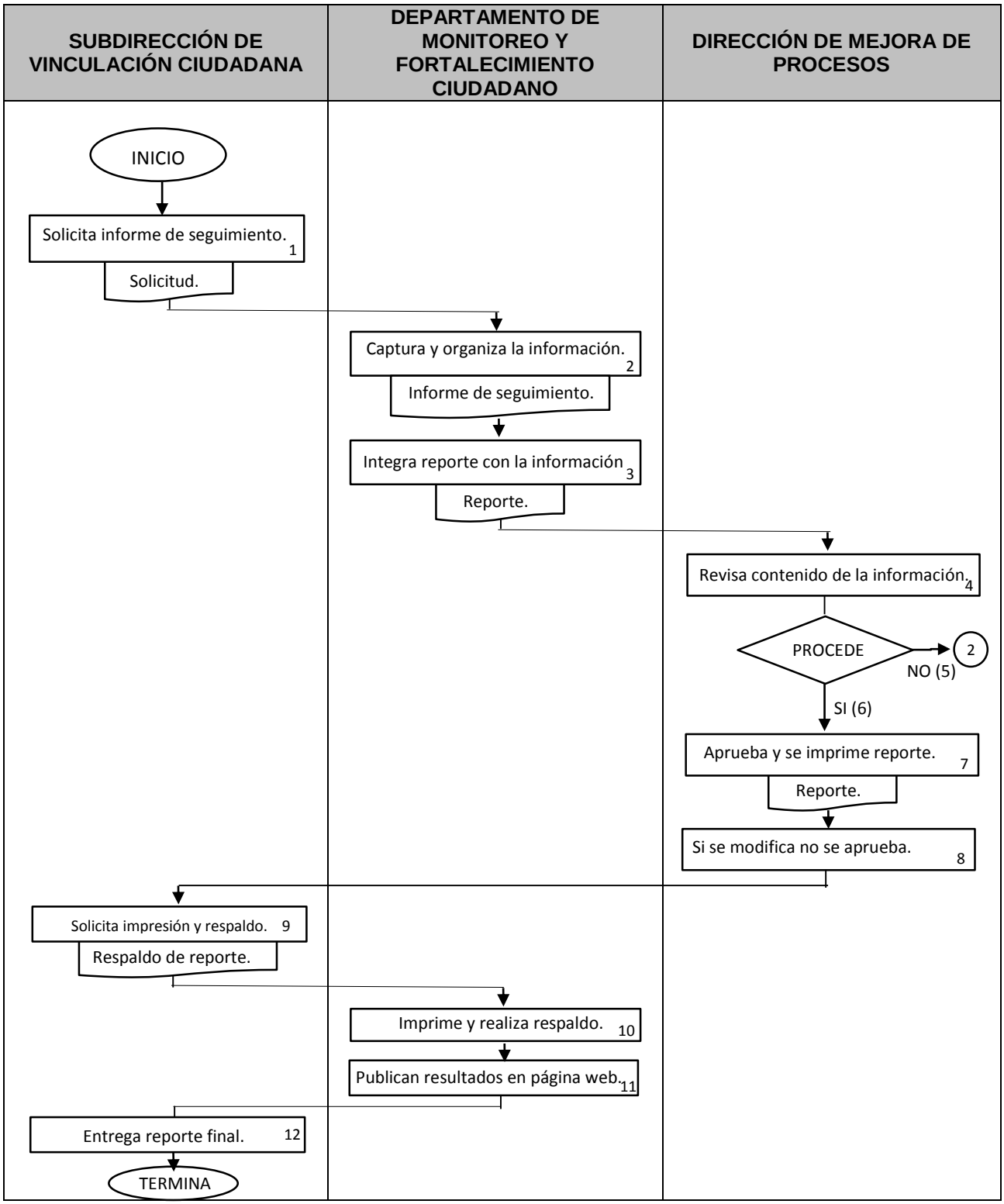
3.2 El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano genera la información del Aval Ciudadano solicitada por la Subdirección de Vinculación Ciudadana, la Dirección de Mejora de Procesos y la Subsecretaría de Innovación y Calidad en Salud, para integrar los reportes de resultados.

3.3 La revisión final y aprobación de los reportes es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Vinculación Ciudadana	1	La Dirección de Mejora de Procesos solicita a la Subdirección de Vinculación Ciudadana el Informe de Seguimiento de Aval Ciudadano y cualquier otra información que se requiera.	Solicitud.
Jefe del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	2	Captura y organiza la información en Excel de los informes de seguimiento para obtener los datos.	Informe de seguimiento
	3	Una vez obtenidos los datos requeridos integra el reporte con la información recibida.	Reporte.
Director de Mejora de Procesos	4	La Dirección de Mejora de Procesos revisa el contenido de la información. Procede:	
	5	No: Regresa a la actividad para captura y organiza la información en Excel de los informes de seguimiento para obtener los datos.2	
	6	Si: Continúa el procedimiento	
	7	Si la información es la solicitada, aprueba y se imprime el reporte.	Reporte.
	8	Si se requiere realizar modificaciones al reporte no se aprueba y solicita a la Subdirección se hagan los cambios.	
Subdirector de Vinculación Ciudadano	9	Una vez aprobado el reporte, la Subdirección solicita al Departamento de Monitoreo se impriman los juegos necesarios y se respalde en electrónico.	Respaldo de reporte.
Jefe del departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	10	El Departamento de Monitoreo imprime, realiza el respaldo y entrega a la Subdirección de Vinculación Ciudadana el reporte.	
	11	Los de resultados del desempeño del Aval Ciudadano por entidad Federativa son publicados en la página web del Aval Ciudadano http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dmp-ac_00.html	
Subdirector de Vinculación Ciudadana	12	La Subdirección de Vinculación entrega el reporte a la Dirección de Mejora de Procesos, esta lo utiliza o entrega al área solicitante. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Reporte Final

DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Acta Instalación de Aval Ciudadano	N/A
6.2 Informes de Seguimiento	AVC001
6.3 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Manual de Organización de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7. 1 Archivos Electrónicos	6 años	Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	N/A
7.2 Informes impresos	6 años	Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Diagrama:** Representación gráfica de las variaciones de un fenómeno o de las relaciones que tienen los elementos o las partes de un conjunto

8.2 **Formato:** Forma, tamaño y modo de presentación de una cosa.

8.3 **Manual:** Folleto o libro en que se dan las instrucciones para el uso y mantenimiento una cosa o acción.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

134. PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE AVAL CIUDADANO EN LA PÁGINA WEB

1. PROPÓSITO

1.1 Comunicar y difundir el desarrollo del Aval Ciudadano y resultados de monitoreo ciudadano para fortalecer las tareas del Aval Ciudadano e Intercambiar información vía Internet entre las organizaciones que participan en el Aval Ciudadano y con la sociedad Mexicana en general.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, a la Dirección de Mejora de Procesos, a la Subdirección de Vinculación Ciudadana y al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.

2.2 A nivel externo este procedimiento es aplicable a las organizaciones que participan en el Aval Ciudadano, Responsables Estatales de Calidad, jurisdiccional o local, Responsables de Aval Ciudadano en el ISSSTE, ISSEMYN, Hospitales Federales de Referencia, Instituto Nacionales de Salud y Servicios de Atención Psiquiátrica, y de instituciones de servicios de salud que poseen información que difundir a través de Internet.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La información publicada debe provenir de organizaciones participantes en el Aval Ciudadano, Responsables Estatales de Calidad, jurisdiccionales o locales, Responsables de Aval Ciudadano en el ISSSTE, ISSEMYN, Hospitales Federales de Referencia, Instituto Nacionales de Salud y Servicios de Atención Psiquiátrica, instituciones de servicios de salud, de la Subdirección de Vinculación Ciudadana y del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.

3.2 La revisión y autorización de la información que se pondrá en Internet es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos, de la Subdirección de Vinculación Ciudadana y el Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.

3.3 El manejo, revisión y selección de la información que será publicada, es responsabilidad de la Subdirección de Vinculación Ciudadana y el Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.

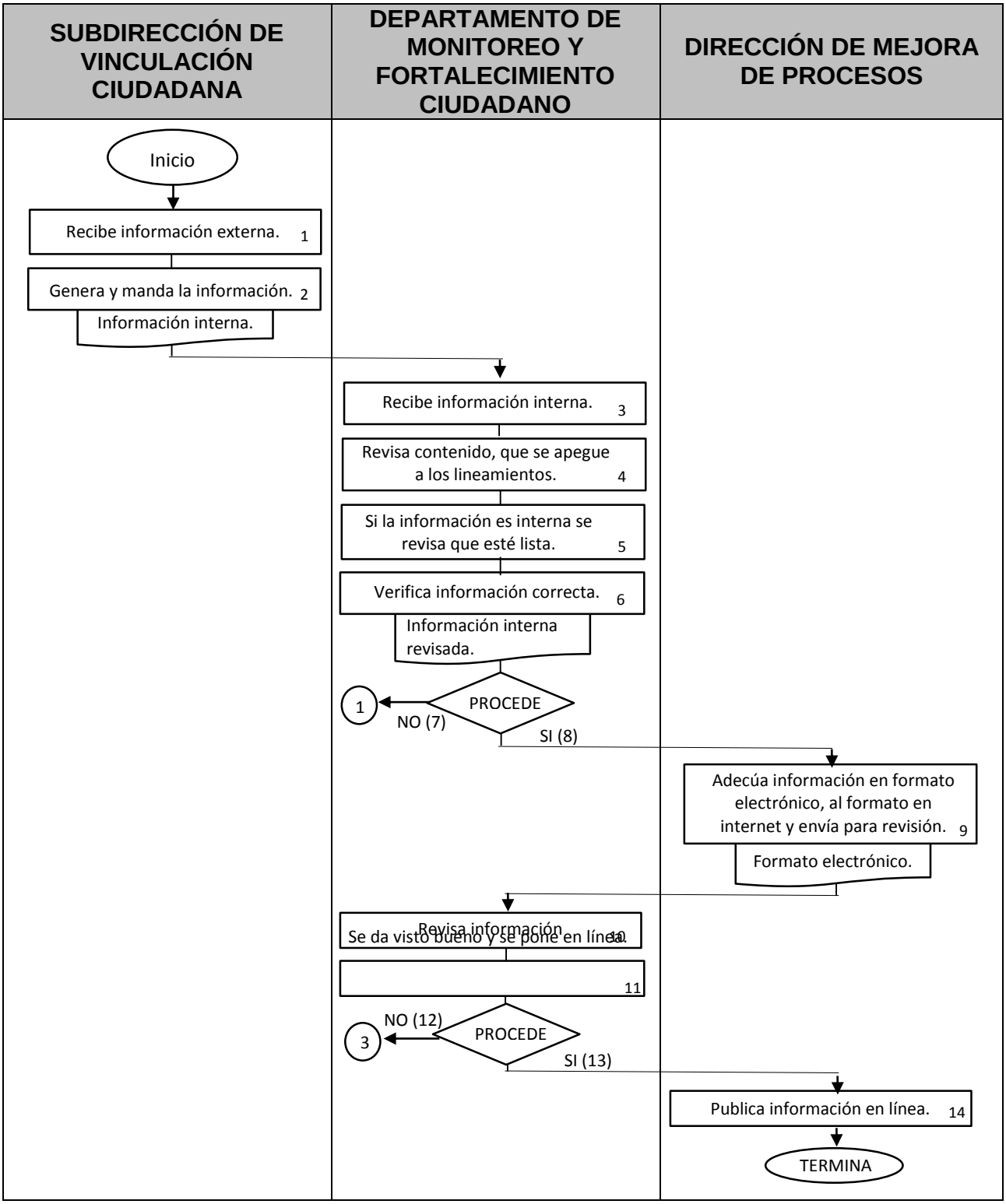
3.4 La coordinación para el intercambio de información con las organizaciones sociales participantes y el público en general, es responsabilidad del Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadan

.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Vinculación Ciudadana	1	Recibe información externa a través, del correo electrónico avalciudadano@salud.gob.mx o por correo convencional.	Información interna generada en la Subdirección de Vinculación Ciudadana.
	2	Si la información la recibe la Subdirección de Vinculación Ciudadana la entrega al Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano.	
	3	El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano recibe información interna generada en la Subdirección de Vinculación Ciudadana.	
Jefe del departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano	4	Revisa el contenido de la información recibida externamente para validar que su contenido se apegue a los lineamientos del Aval Ciudadano.	Información Interna revisada
	5	Si la información es interna, está revisada y autorizada previamente, pasará al punto 6.	
	6	Si la información es correcta y clara se envía a la Subdirección para que conjuntamente con la Dirección de Mejora de Procesos den una revisión final y la autoricen. Procede:	
	7	No: Regresa a la actividad 1 Recibe información externa a través, del correo electrónico avalciudadano@salud.gob.mx o por correo convencional.	
	8	Si: Continúa procedimiento.	
Director de Mejora de Procesos	9	Adecua la información recibida en formato electrónico o impreso, al formato de publicación en Internet y envía a la Subdirección para que dé visto bueno para la puesta en línea.	Formato electrónico.
Subdirector de Vinculación Ciudadana	10	Revisa presentación de información.	
	11	Si el estilo de presentación es adecuado se da el visto bueno a la información y se pone en línea. Procede:	
	12	El Departamento de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano recibe información interna generada en la Subdirección de Vinculación Ciudadana.	
	13	Si: Continúa procedimiento.	
Director de Mejora de Procesos	14	Publica información en línea. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Publicación.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documentos publicados en web en archivo electrónico.	6 años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	N/A
7.2 Informe de número de visitas mensuales a la página web	6 años	Subdirección de Vinculación Ciudadana	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Informe:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho.

8.2 **Reglamento:** Conjunto ordenado de reglas o preceptos dictados por la autoridad competente para la ejecución de una ley.

8.3 **Validar:** Dar validez a una cosa.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

135. PROCEDIMIENTO PARA IMPULSAR LA MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

1. PROPÓSITO

Apoyar el desarrollo de gestión de calidad en las unidades de salud mediante la aplicación de instrumentos y herramientas de evaluación, asesoría, y capacitación que coadyuven a la implantación y desarrollo de su sistema de gestión de calidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este proceso se aplica a la Dirección de Mejora de Procesos y el Departamento de Impulso a la Gestión.

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a las unidades de salud de las entidades federativas responsables de los procesos de calidad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para la recepción de solicitudes de eventos de capacitación en materia de calidad es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos recibir y turnar a la subdirección competente para desarrollar la capacitación.

3.2 Es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos negociar la ejecución de la intervención con los Responsables Estatales de Calidad de acuerdo o conforme a las convocatorias cuando estas apliquen.

3.3 El Departamento de Impulso a la Gestión es el encargado de asegurarse de contar con todos los elementos necesarios para la ejecución de la intervención.

3.4 El Departamento de Impulso a la Gestión está facultado para negociar con los Responsables Estatales de Calidad las fechas en que programara la capacitación en las entidades federativas.

3.5 Es responsabilidad del Departamento de Impulso a la Gestión asegurarse de que las entidades federativas den seguimiento conforme a lo acordado.

3.6 Es responsabilidad de la Dirección de Mejora de Procesos, apoyar a las entidades federativas para que proporcionen informes de los avances de la intervención.

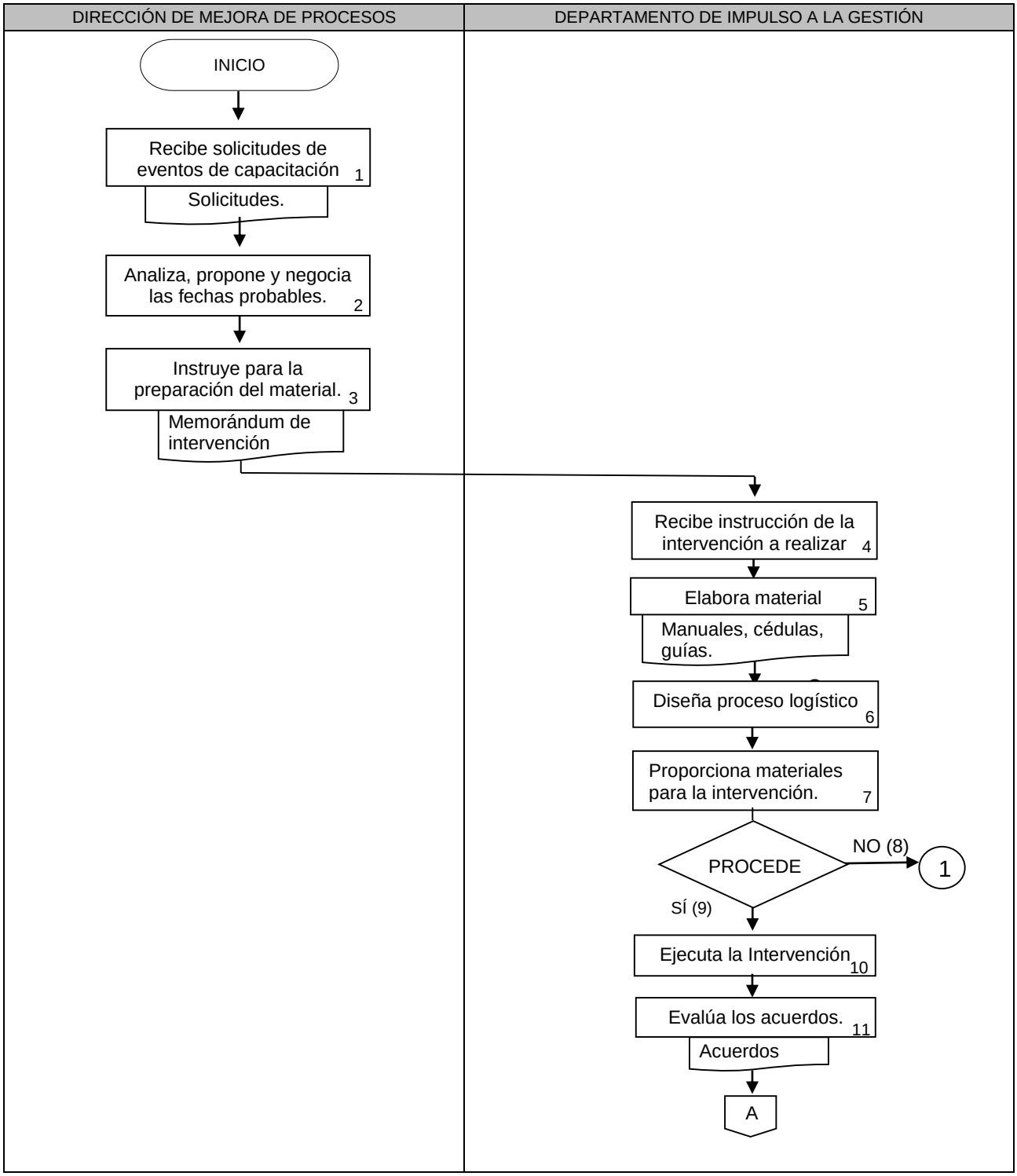
3.7 El Departamento de Impulso a la Gestión es responsable de registrar, analizar y hacer un informe ejecutivo de los avances de la intervención.

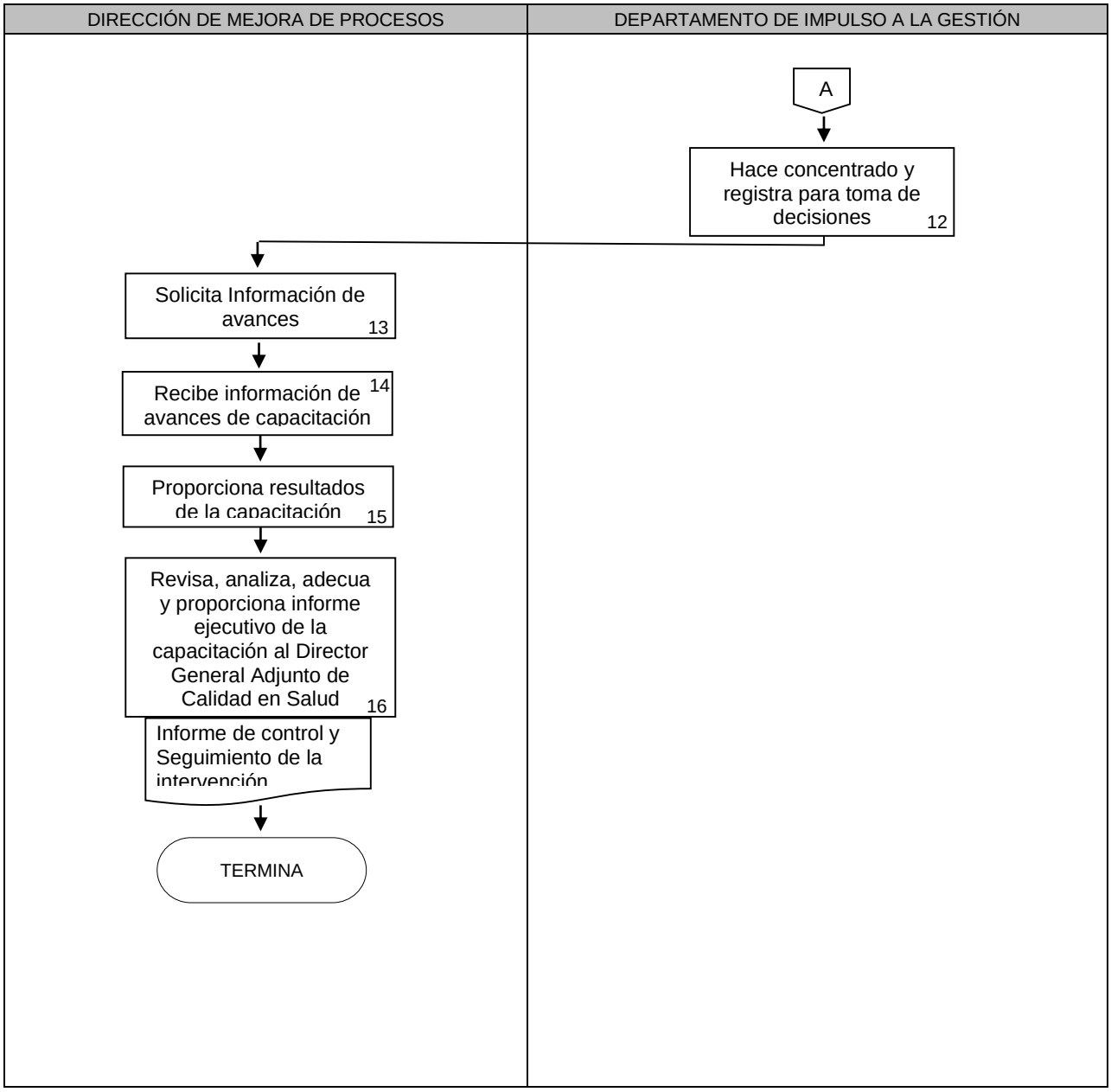
3.8 Es responsabilidad de la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención, revisar los avances, detectar fallas y proponer la estrategia para mejorar en cualquier parte de la intervención.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Mejora de Procesos	1	Recibe solicitudes de eventos de capacitación y turna a la Subdirección de Cultura de Calidad.	Solicitudes
	2	Analiza, propone intervención, y negocia con los directivos estatales y con la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud las fechas probables.	
	3	Instruye para la preparación del material a utilizar (manual, cédulas o guías).	Memorándum de intervención
Departamento de Impulso a la Gestión	4	Recibe instrucción de la intervención a realizar y objetivos a desarrollar.	
	5	Elabora material (manual, cédulas o guías).	Manuales, Cédulas Guías
	6	Diseña el proceso logístico y solicita a la Coordinación Administrativa instalaciones, materiales y/o insumos del curso, viáticos, etc.	
	7	Proporciona los materiales para la intervención.	
		Procede:	
	8	NO: Regresa a la actividad 1 para recibir solicitudes de eventos de capacitación y turna a la Subdirección de Cultura de Calidad.	
	9	SI: Continúa procedimiento.	
	10	Ejecuta la intervención.	
	11	Evalúa los acuerdos para seguimiento.	Acuerdos
	12	Hace concentrado y registra para la toma de decisiones.	
Dirección de Mejora de Procesos	13	Solicita información de avances a los Responsables Estatales de Calidad.	
	14	Recibe información de avances de capacitación a través del formato de seguimiento FAPF01.	
	15	Analiza, revisa, registra y proporciona resultados de la capacitación.	
	16	Revisa, analiza, adecua y proporciona informe ejecutivo al Director General Adjunto de Calidad en Salud.	Informe del control y seguimiento de la intervención
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECCIÓN DE MEJORA DE PROCESOS
DEPARTAMENTO DE IMPULSO A LA GESTIÓN
A
Hace concentrado y registra para toma de decisiones 12
Solicita Información de avances 13
Recibe información de avances de capacitación 14
Proporciona resultados de la capacitación 15
Revisa, analiza, adecua y proporciona informe ejecutivo de la capacitación al Director General Adjunto de Calidad en Salud 16
Informe de control y Seguimiento de la intervención
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Formato FAPF01	N/A
Solicitudes de los Estados	N/A
Convocatoria de Capacitación	N/A
Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
Manual de Organización de la DGCES	N/A
Guía Técnica para la Elaboración y Actual8ización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A
Programa de Acción Específico Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Listas de Asistencia.	5 años	Departamento de Impulso a la Gestión	Listado
Programa de Actividades de impulso a la gestión	1 año	Departamento de Impulso a la Gestión	Programa
Formato FAPF01	1 año	Departamento de Impulso a la Gestión	Formato
Informes Mensuales	1 año	Departamento de Impulso a la Gestión	Formato

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Cédulas**: Son guías que permiten desarrollar un proceso de evaluación cuando se implanta un nuevo proceso.

8.2. **Guías:** Son documentos que se utilizan para estandarizar procesos específicos ya probados.

8.3. **Intervención**: Cualquier proceso requerido por las entidades federativas para asesorar, capacitar, o financiar que apoye a la implantación de modelos de calidad, o desarrollo de las unidades modelo.

8.4. **Manual:** Es un documento que cuenta con contenidos teórico prácticos y se utilizan en la intervención de capacitación.

8.5. **Paquete didáctico:** Material que se proporciona a los participantes para el desarrollo de sus actividades durante y después al curso de capacitación.

8.6. Proceso: Actividad vinculada con el propósito de generar un producto o servicio. Es la serie de acciones interrelacionadas para convertir insumos en resultados. Los procesos involucran personas, máquinas, herramientas, técnicas y material en una serie sistemática de pasos o acciones. (Conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes (input) en elementos salientes (output).

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

136. PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

1. PROPÓSITO

Supervisar y evaluar indicadores de calidad de la atención en las unidades médicas hospitalarias de las redes de atención para mejorar los servicios y contribuir a elevar el estado de salud de la población.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención con la intervención del Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a unidades médicas y hospitalarias de las redes de atención de las entidades federativas para mejorar los servicios.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud es responsable de supervisar y evaluar los indicadores de calidad.

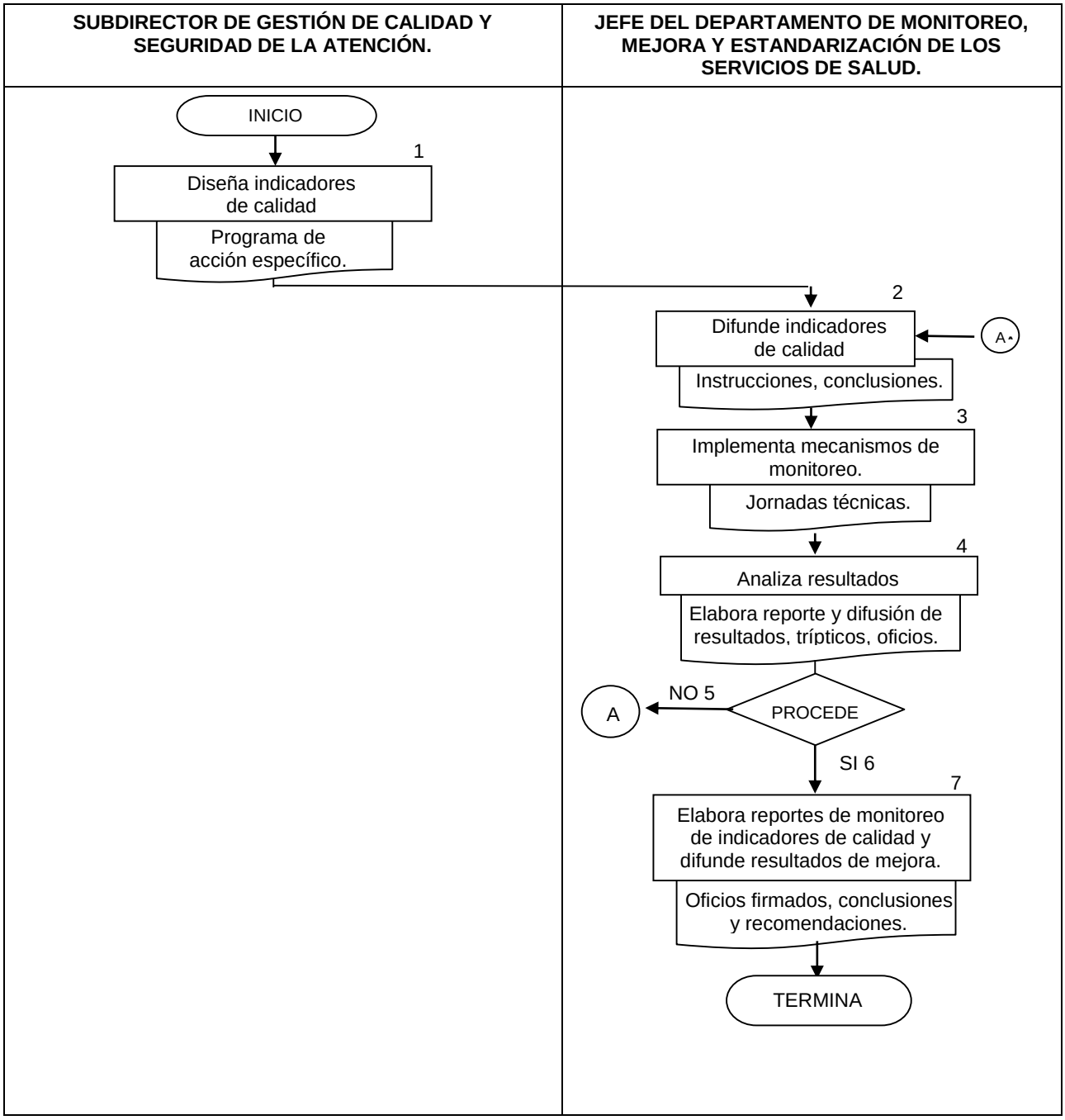
3.2 La Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, es responsable de emitir los indicadores de calidad.

3.3 La Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, es responsable de participar en el diseño de los indicadores de calidad y su difusión.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	1	Participa en el diseño de indicadores de calidad	Programa de acción específico.
Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.	2	Difunde indicadores de calidad.	Instrucciones. Recomendaciones. Conclusiones.
	3	Asesora e implementa mecanismos de monitoreo de indicadores en unidades médicas y hospitalarias de las redes de atención.	Jornadas técnicas.
	4	Analiza la información de resultados de monitoreo de indicadores de calidad para mejorar la atención médica. Procede:	Elabora reporte y difusión de resultados. Trípticos Oficios
	5	NO: Regresa a la actividad 2 para difundir indicadores de calidad.	
	6	SI: Continúa Procedimiento.	
	7	Elabora los reportes de monitoreo de indicadores de calidad y difunde los resultados de la mejora. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficios firmados. Conclusiones y recomendaciones.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3Guía Técnica para la Elaboración y Actual8ización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A
6.4Programa de Acción Específico Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Instrucciones de trabajo.	6 años	Dirección de Mejora de Procesos	Número de instrucción
7.2 Recomendaciones o conclusiones.	6 años	Dirección de Mejora de Procesos	N/A
7.3 Reporte de resultados.	6 años	Dirección de Mejora de Procesos	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Instrucción**.- Documento oficial emitido por la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud cuyo objetivo es establecer y homologar las acciones en materia de Calidad en Salud.

8.2 **Jornada Técnica**.- Reunión de expertos para consensar las directrices relativas a temas específicos de Calidad en Salud

8.3 **Recomendaciones o conclusiones**.- Documento de consenso generado al término de una Jornada Técnica.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo de 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

137. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE NORMAS, LINEAMIENTOS O INSTRUMENTOS DE RECTORÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

Contar con normas, lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y seguridad del paciente así como promover y supervisar su cumplimiento a través de la gestión y coordinación de acciones con grupos de expertos en la materia, orientados a la emisión de lineamientos y normatividad relacionada.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección de Mejora de procesos con la intervención de la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención y se apoya con el Departamento de Impulso a la Gestión.

2.2 A nivel externo se aplica en las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, públicas y privadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La integración de grupos de expertos orientados a la emisión de normatividad, lineamientos y cédulas de gestión, relacionados con la mejora de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente responde a los objetivos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece, entre otros objetivos, asegurar el acceso a los servicios de salud.

3.2 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención en coordinación con los Responsables de Proyectos, identifica expertos y grupos de trabajo con experiencia reconocida en materia de calidad, el desarrollo de modelos de gestión del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, Planes de Atención Domiciliaria, Calidad de la Atención Materna, Cuidados Paliativos y Uso Racional de Medicamentos. Los productos que se generen en estos grupos de expertos, son objeto de reconocimiento no lucrativo al esfuerzo individual y de equipo por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Asimismo, es responsabilidad de esta Subdirección, su aplicación, implantación, control y evaluación, tanto como la difusión de sus resultados y retroalimentación de los procesos a las entidades participantes y a los grupos de expertos convocados.

3.3 El sustento técnico de este procedimiento debe considerar los avances registrados en la literatura médica, lo mismo que las experiencias exitosas y del acervo proveniente de la atención basada en evidencias a través de guías de práctica clínica.

3.4 Considerando a la capacitación como el elemento fundamental para la adecuada implantación de este proceso, la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención y el Departamento de Impulso a la Gestión, deben propiciar y participar en el adiestramiento requerido al respecto.

3.5 La integración de la información que se genere como efecto de la aplicación de los instrumentos de verificación de los procedimientos médicos y de enfermería relacionados con la calidad de la atención, deberá será enviada con periodicidad trimestral a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y sirve como punto de referencia para la medición de avances y en su caso, apoyo a las unidades en materia de previsión de

riesgos; si bien, su utilidad principal se deriva del análisis local, oportuno y sistemático de los datos, como apoyo a la toma de decisiones en el marco de los Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), haciendo copartícipe de este proceso y cuando así proceda, al Aval Ciudadano.

3.6 La difusión de esta información se efectúa respetando la confidencialidad del establecimiento de salud que la genera, utilizando los medios que la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud considere pertinentes, tales como el Boletín, Instrucciones y carteles.

3.7 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención promueve la utilización de la información generada en este proceso, como elemento de publicación en revistas científicas y su participación en el Premio Nacional por la Calidad en Salud y Proyectos de Mejora de la Calidad como mecanismos para el reconocimiento del esfuerzo individual y de equipo.

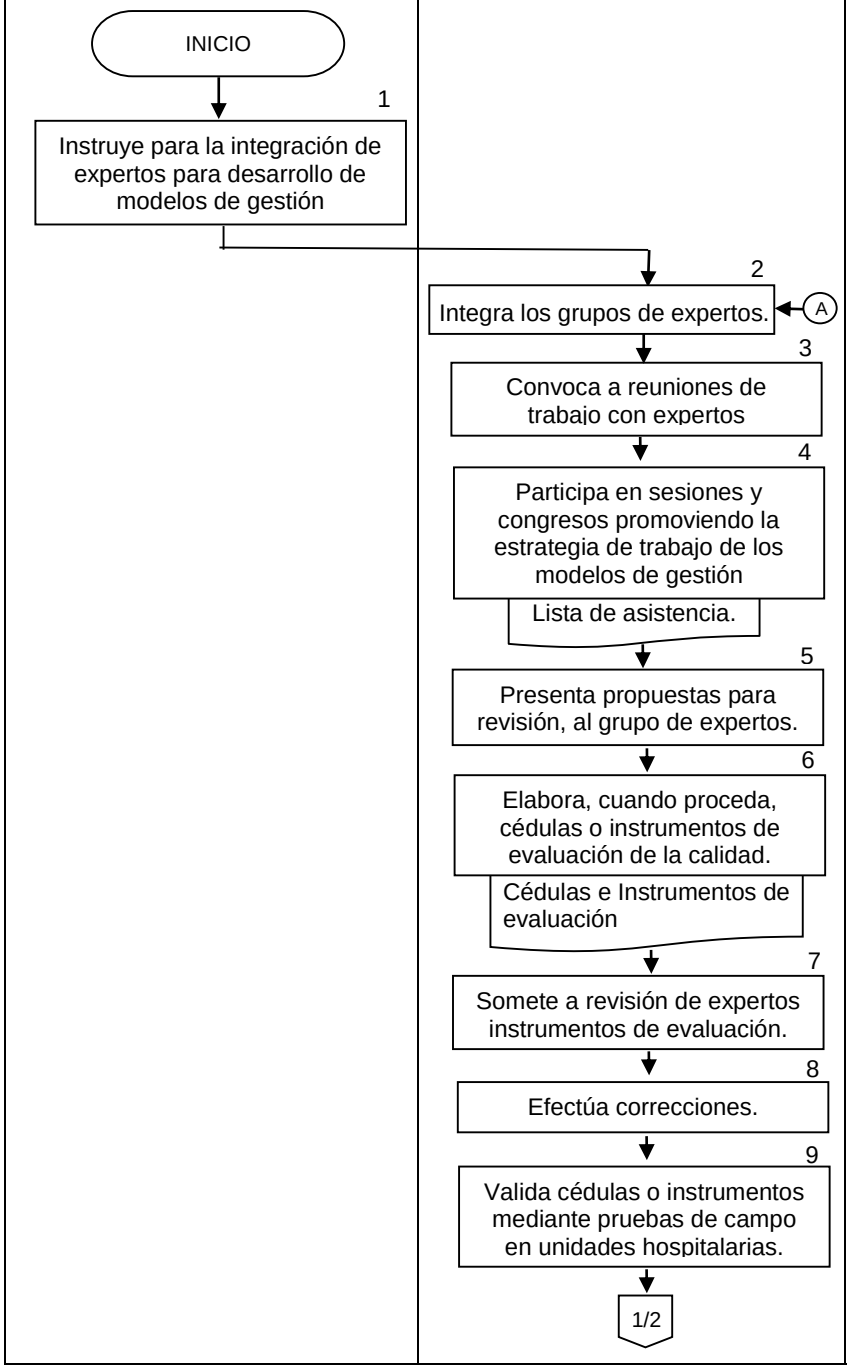
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

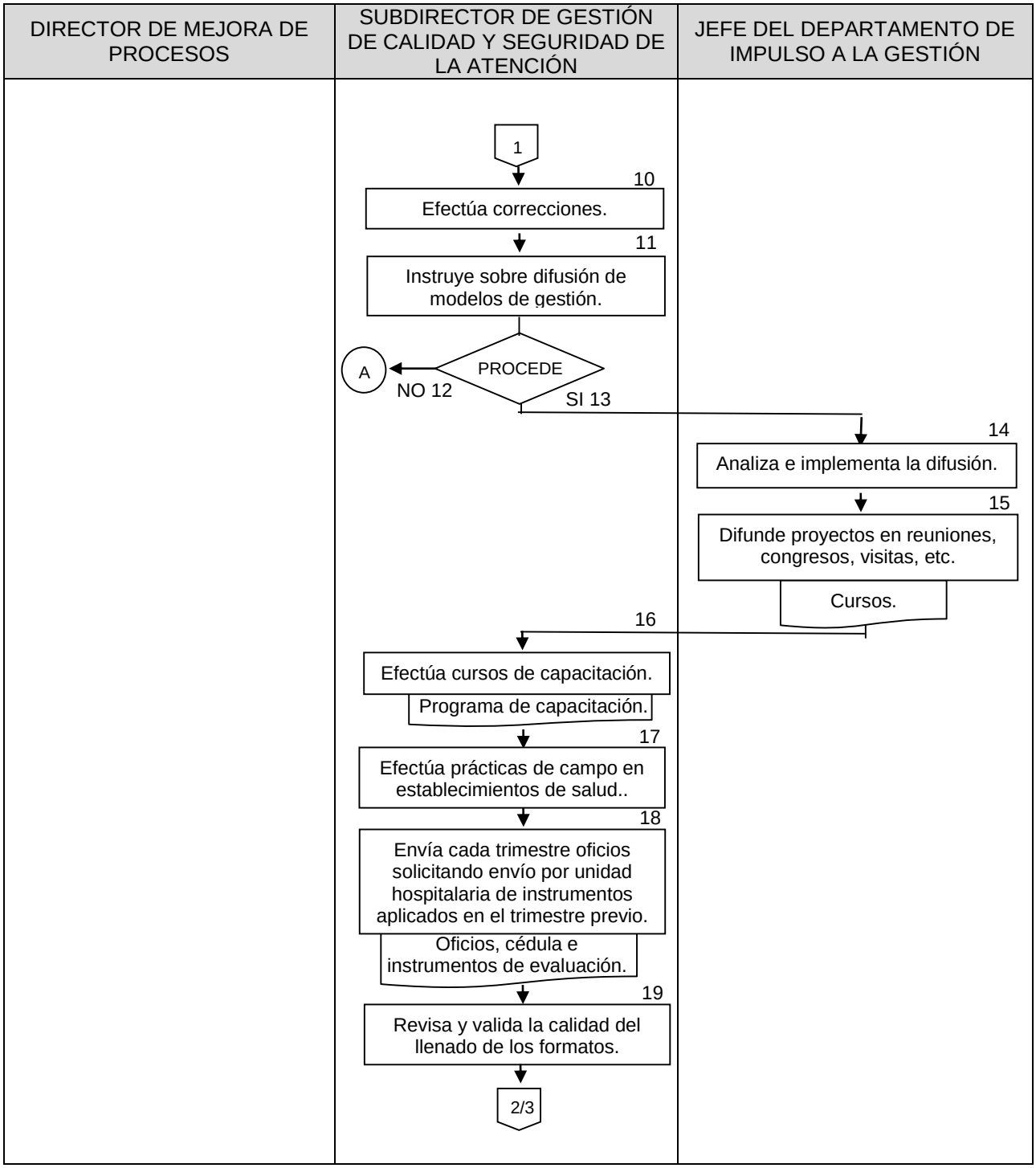
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Mejora de Procesos	1	Instruye a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención a integrar un grupos de expertos en materia de calidad, Expediente Clínico, Planes de Atención Domiciliaria, Calidad de Atención Materna, Cuidados Paliativos y Uso Racional de Medicamentos, Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial, Medicina Basada en Evidencia y Servicios de Urgencias que Mejoren la Atención y Resolución.	
Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	2	Recibe instrucción, analiza e implementa integración de los grupos de expertos.	
	3	Convoca a reuniones de trabajo con expertos, identifica y establece comunicación y coordinación con asociaciones científicas en materia de calidad, Expediente Clínico, Planes de Atención Domiciliaria, Calidad de Atención Materna, Cuidados Paliativos y Uso Racional de Medicamentos, Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial, Medicina Basada en Evidencia y Servicios de Urgencias que Mejoren la Atención y Resolución.	
	4	Participa en sesiones y congresos promoviendo la estrategia de trabajo de los modelos de gestión de la calidad técnica y seguridad del paciente en el marco de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica.	Lista de asistencia
	5	Con base en la literatura científica y la identificación de experiencias exitosas, presenta para su revisión, al grupo de expertos, las propuestas de modelo de gestión correspondiente	
	6	Elabora, cuando así proceda, las cédulas o instrumentos de evaluación de la calidad.	Cédulas de evaluación / Instrumentos de evaluación
	7	Somete a revisión de los grupos de expertos identificados la cédula o instrumentos de evaluación.	
	8	Efectúa las correcciones que proceden.	
	9	Valida la pertinencia de las cédulas o instrumentos mediante pruebas de campo en unidades hospitalarias.	

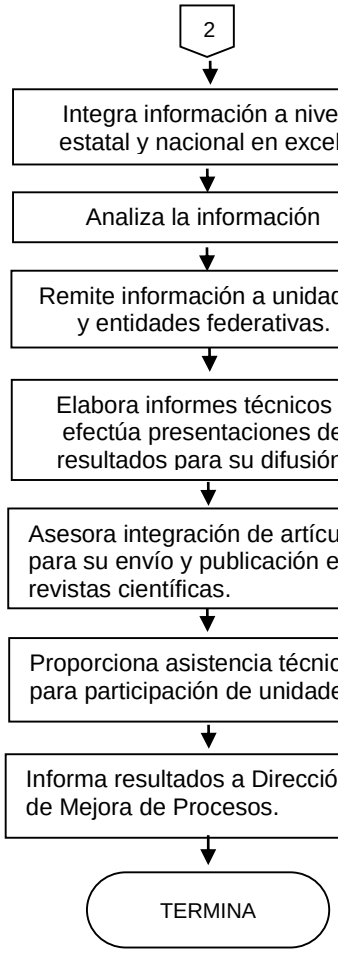
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	10	Efectúa las correcciones procedentes.	
	11	Instruye al Departamento de Impulso a la Gestión sobre la difusión de los modelos de gestión.	
		Procede:	
	12	No: Regresa a la actividad 2 para recibir instrucción, analiza e implementa integración de los grupos de expertos	
	13	Si: Continua el procedimiento	
Departamento de Impulso a la Gestión	14	Recibe instrucciones, analiza e implementa la difusión.	
	15	Difunde los proyectos en cuestión, en reuniones de trabajo, congresos, visitas a los servicios estatales de salud y reuniones de asociaciones científicas.	Cursos
Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	16	Efectúa cursos de capacitación con la participación de expertos dirigida a la aceptación y correcta aplicación de las cédulas de gestión de riesgos.	Programa de capacitación
	17	Efectúa prácticas de campo en los establecimientos de salud para la capacitación del uso de la cédula y el análisis de la información que se genera para la oportuna toma de decisiones dirigida a la mejora de la calidad técnica y seguridad el paciente.	
	18	Envía con periodicidad trimestral, oficios a los servicios estatales de salud y otras unidades del sector público y privado, asociados a los modelos de gestión de riesgos de evaluación de la calidad, Expediente Clínico, Planes de Atención Domiciliaria, Calidad de Atención Materna, Cuidados Paliativos y Uso Racional de Medicamentos, Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial, Medicina Basada en Evidencia y Servicios de Urgencias que Mejoren la Atención y Resolución, solicitando el envío por unidad hospitalaria de las cédulas o instrumentos aplicados en el trimestre previo, en el formato original de Excel.	Oficios Cédula de evaluación Instrumentos de evaluación

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	19	Revisa y valida la calidad del llenado de los formatos.	
	20	Utiliza el mismo formato (Excel), para integrar la información de nivel estatal y nacional.	
	21	Efectúa el análisis de la información concentrada.	
	22	Remite información consolidada a las unidades y entidades federativas asociadas, como un mecanismo de retroalimentación del proceso.	
	23	Elabora informes técnicos y efectúa presentaciones de los resultados para su difusión en foros científicos y en reuniones de trabajo de las entidades federativas.	
	24	Promueve y asesora la integración de artículos para su envío a publicación en revistas científicas.	
	25	Proporciona asistencia técnica para la participación de las unidades en que se observe mejores estándares en la aplicación de la cédula de gestión de riesgo para su participación en los Proyectos de Mejora de la Calidad, y Premio Nacional por la Calidad en Salud.	
	26	Informa a la Dirección de Mejora de Procesos resultados. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Informe técnico

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMPULSO A LA GESTIÓN
1
10
Efectúa correcciones.
11
Instruye sobre difusión de modelos de gestión.
PROCEDE
A
NO 12
SI 13
14
Analiza e implementa la difusión.
15
Difunde proyectos en reuniones, congresos, visitas, etc.
Cursos.
16
Efectúa cursos de capacitación.
Programa de capacitación.
17
Efectúa prácticas de campo en establecimientos de salud..
18
Envía cada trimestre oficios solicitando envío por unidad hospitalaria de instrumentos aplicados en el trimestre previo.
Oficios, cédula e instrumentos de evaluación.
19
Revisa y valida la calidad del llenado de los formatos.
2/3

DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMPULSO A LA GESTIÓN
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A
6.4 Programa de Acción Específico Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Número de oficio
7.2 Cédula de evaluación e Instrumentos de evaluación	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asesoría**: Aconsejar sobre aspectos relacionados con la correcta aplicación de los proyectos de calidad técnica y seguridad del paciente.

8.2 **Análisis:** Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.3 **Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.4 **Clasificación:** agrupación de categorías de acuerdo a criterios precisos.

8.5 **Difusión:** Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas y al público en general las experiencias de Monitoreo

8.6 **Gestión de la Calidad:** Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.7 **Mejora Continua:** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

8.8 **Modelo de gestión de riesgos en infecciones nosocomiale**s: planteamiento lógico de un conjunto de acciones interrelacionadas orientadas a limitar las posibilidades de ocurrencia de infecciones nosocomiales, basado en la aplicación de instrumentos y cédulas de gestión de calidad para la detección, prevención y control de factores asociados, identificación de áreas de oportunidad y aplicación de estrategias de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

8.9 **Validación del Instrumento de medición:** Dar crédito a la utilidad de la cédula de medición en el proceso del modelo de gestión de riesgos, mediante procesos de confiabilidad.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

138. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER Y PARTICIPAR EN EL ANÁLISIS DE INDICADORES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE SALUD EN LAS REDES DE ATENCIÓN

1. PROPÓSITO

Proponer y participar en el diseño de indicadores de mejora de la calidad de la atención médica en las unidades de salud en las redes de atención para monitorear el impacto en la calidad de la atención de salud de la población y la satisfacción de los usuarios así como para favorecer la toma de decisiones y el monitoreo del impacto de los proyectos de calidad técnica y de las líneas de acción relacionadas para mejorar la calidad de los servicios otorgados en los establecimientos médicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Mejora de Procesos con la intervención de la Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, así como al Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.

2.2 A nivel externo es aplicable en las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, públicas y privadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El desarrollo de indicadores de mejora de la calidad de la atención para el monitoreo del impacto del desarrollo de las líneas de calidad técnica y seguridad del paciente responde a los objetivos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece, entre otros, “Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”.

3.2 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención en coordinación con el Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud integran y proponen a la Dirección de Mejora de Procesos, los indicadores de estructura, proceso y resultados que favorezcan la evaluación del avance e impacto de la implantación de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad del paciente en particular, los de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR).

3.3 La Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención, es responsable de participar en el diseño de los indicadores de calidad y su difusión.

3.4. La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención con apoyo del Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud, desarrollan jornadas técnicas, sesiones o reuniones de trabajo con grupos de expertos reconocidos en la materia, para la integración y validación técnica de los indicadores propuestos.

3.5 El sustento técnico de este procedimiento debe considerar los indicadores establecidos en el Sistema INDICAS, así como los avances registrados en la literatura médica, lo mismo que las experiencias exitosas y el acervo proveniente de la atención basada en evidencias a través de guías de práctica clínica.

3.6 La integración de la información que se genere como efecto de la integración y aplicación de los indicadores que se deriven de este procedimiento, deben estar sujetos a análisis continuo y permanente para la toma oportuna de decisiones en el marco de los Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), haciendo copartícipe de este proceso y cuando así proceda, al Aval Ciudadano de los establecimientos de salud de primero, segundo y tercer nivel y, deben ser enviados con periodicidad trimestral a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con el propósito de servir como puntos de referencia para la medición de avances y en su caso, apoyo a las unidades en materia de previsión de riesgos y avance de los proyectos de calidad técnica y seguridad de la atención.

3.7 La difusión de los indicadores se efectúa respetando la confidencialidad del establecimiento de salud que la genera, utilizando los medios que la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud considere pertinentes, tales como Instrucciones y carteles.

3.8 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención promoverá la aplicación de estos indicadores, como elementos de análisis orientados a la publicación de artículos en revistas científicas.

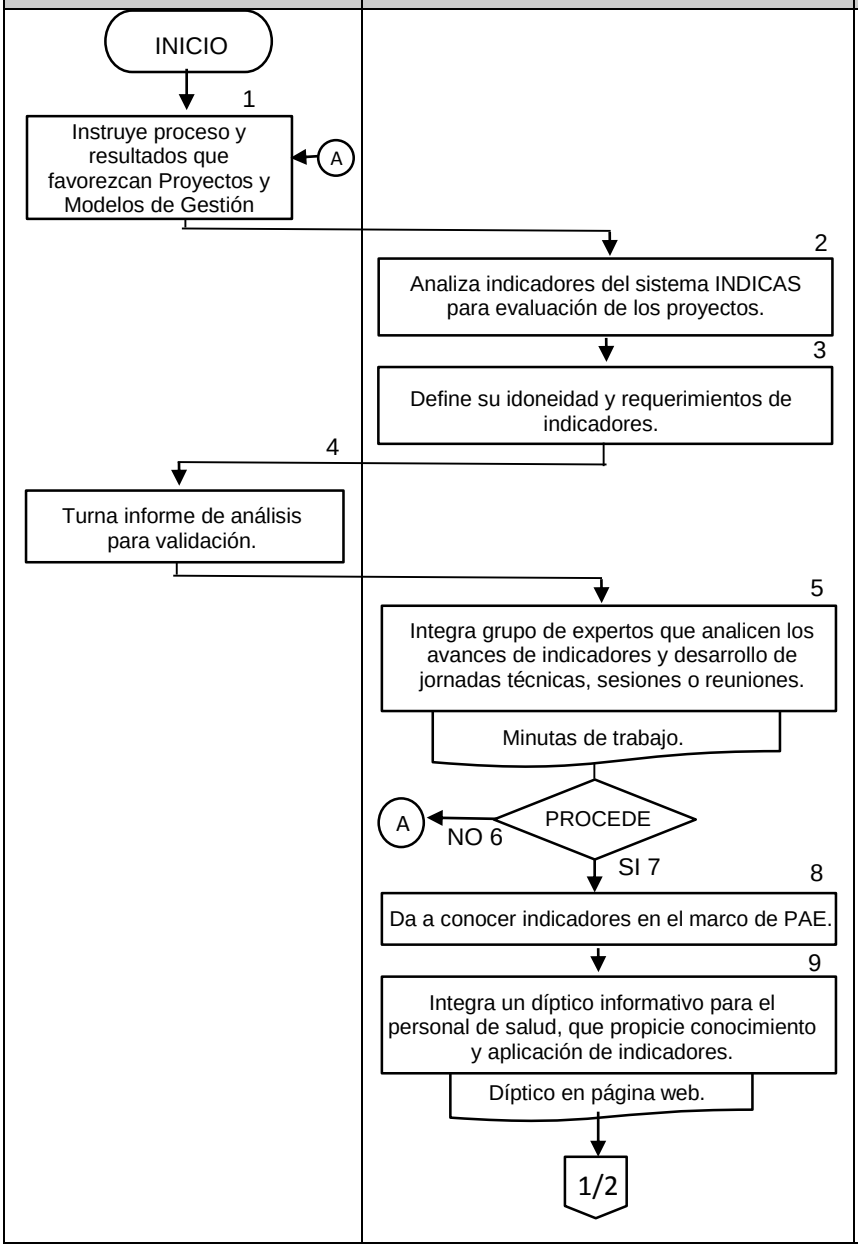
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Mejora de Procesos	1	Instruye a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención sobre la integración del análisis de indicadores de estructura, proceso y resultados que favorezcan la evaluación del avance e impacto de la implantación de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad de la atención.	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	2	Recibe instrucción y analiza los indicadores integrados en el Sistema INDICAS para evaluación de los proyectos de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PRIAAS), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), y Cuidados Paliativos (PALIAR).	
	3	Define su idoneidad y requerimientos de indicadores.	
Director de Mejora de Procesos	4	Turna a la Dirección de Mejora de Procesos informe de análisis de indicadores para validación.	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	5	Integra grupos de trabajo de expertos que analicen los avances de indicadores en sesiones vía Internet y el desarrollo de jornadas técnicas, sesiones o reuniones de trabajo dirigidas a la medición de avances e impacto de estos proyectos en la salud de la población.	Minutas de trabajo
		Procede:	
	6	No: Regresa a la actividad para instruir a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención sobre la integración del análisis de indicadores de estructura, proceso y resultados que favorezcan la evaluación del avance e impacto de la implantación de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad de la atención.1	
	7	Si: Continua el procedimiento	
	8	Elabora una Instrucción que en el marco de PAE, dé a conocer los indicadores.	
	9	Integra un díptico informativo dirigido al personal de salud, que propicie el conocimiento y aplicación de los indicadores para la toma oportuna de decisiones.	Díptico en página web

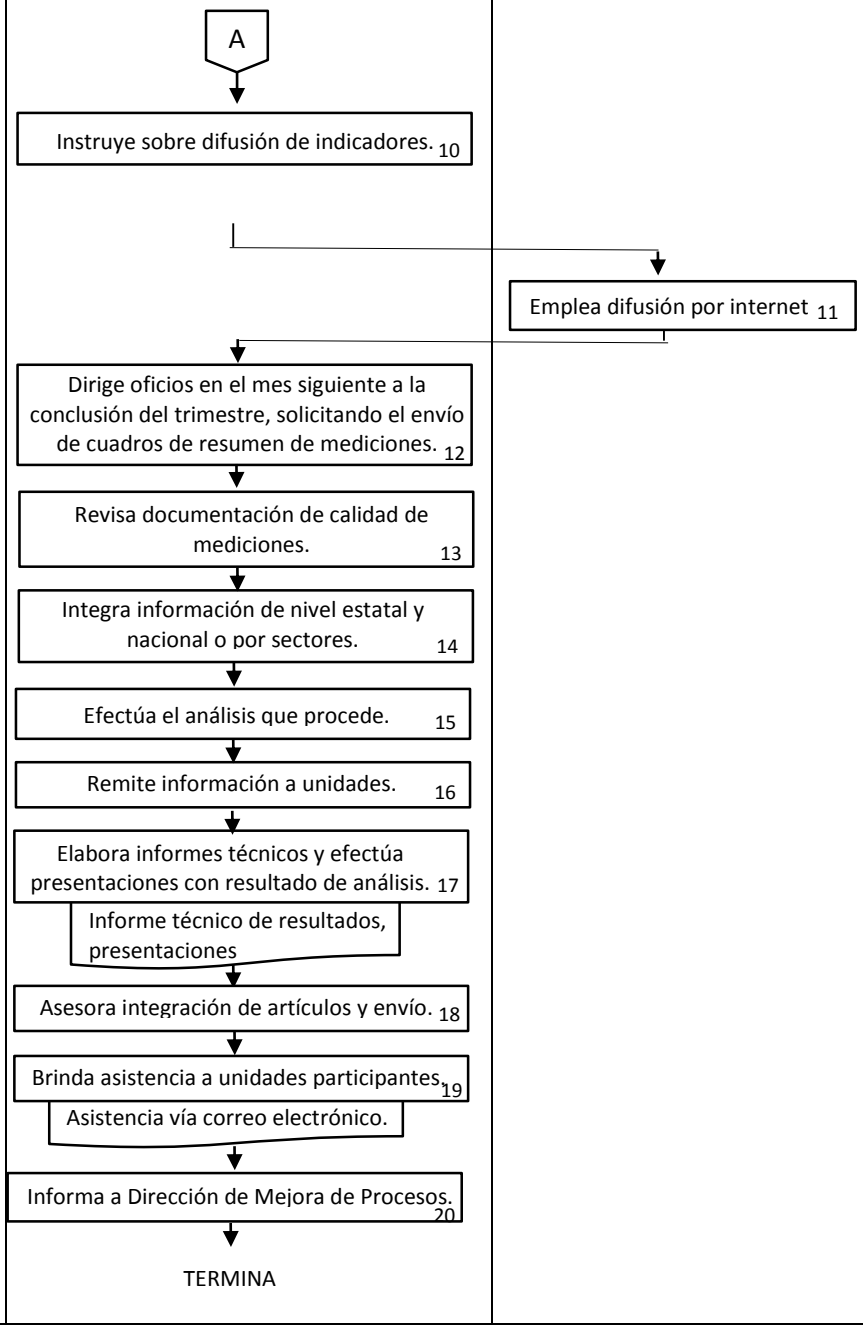
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	10	Instruye al Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud sobre la difusión de los indicadores.	Difusión de indicadores en página web
Jefe de Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.	11	Recibe instrucciones y efectúa la difusión de estos documentos empleando las redes de comunicación vía Internet, de la Secretaría de Salud y de la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	12	Dirige oficios a los Secretarios de Salud o Responsables Estatales de Calidad, en el mes siguiente a la conclusión de cada trimestre, solicitando le envío de cuadros resumen de las mediciones de los indicadores efectuadas y la toma de decisiones que se hayan generado, lo mismo que los avances relevantes.	Información de fechas de envío en página web.
	13	Revisa documentación de la calidad de las mediciones.	
	14	Integra la información de nivel estatal y nacional o por sectores (público o privado).	
	15	Efectúa el análisis que procede.	
	16	Remite información a las unidades y entidades federativas asociadas, como un mecanismo de retroalimentación del proceso.	
	17	Elabora informes técnicos y efectúa presentaciones con el resultado del análisis de los indicadores para su difusión en foros científicos y en reuniones de trabajo de las entidades federativas.	Informe técnico de resultados/ presentaciones.
	18	Promueve y asesora la integración de artículos que apliquen estos indicadores para su envío a publicación en revistas científicas.	
	19	Proporciona asistencia técnica para la participación de las unidades en que se observe mejores estándares en la aplicación de la cédula de gestión de riesgo para su participación en los concursos de modelo de gestión, capacitación y Premio Nacional por la Calidad en Salud y Premio de Innovación en Calidad en Salud.	Asistencia vía correo electrónico.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	20	Informa a la Dirección de Mejora de Procesos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN	JEFE DE DEPARTAMENTO DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Programa de Acción Especifico 2013-2018 Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A
6.3 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de Solicitud de información	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Número de oficio
7.2 Dípticos	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría: Aconsejar sobre aspectos relacionados con la correcta aplicación de los proyectos de calidad técnica y seguridad del paciente.

8.2 Análisis: Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.3 Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.4 Clasificación: agrupación de categorías de acuerdo a criterios precisos.

8.5 Difusión: Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas y al público en general las experiencias de Monitoreo

8.6 Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.7 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

8.8 Monitoreo: Medición sistemática de una o más variable durante periodos establecidos y con frecuencia determinada

8.9 Validación del Instrumento de medición: Dar crédito a la utilidad de la cédula de medición en el proceso de Monitoreo, mediante procesos de confiabilidad.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

139. PROCEDIMIENTO PARA ASESORAR A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE EL DESARROLLO DE PROCESOS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Favorecer la implantación, seguimiento y evaluación de los proyectos de calidad técnica y seguridad de la atención en las entidades federativas mediante un proceso de asesoría a las entidades federativas sobre el desarrollo de procesos de mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente para reducir los riesgos de salud de los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Mejora de Procesos con la intervención de la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención y al Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.

2.2 A nivel externo es aplicable en las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, públicas y privadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El procedimiento para el desarrollo de asesorías a las entidades federativas sobre el desarrollo de procesos de mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente responde a los objetivos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece, entre otros, asegurar el acceso a los servicios de salud.

3.2 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención en coordinación con el Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud integran y proponen a la Dirección de Mejora de Procesos, el plan de trabajo anual para el desarrollo de asesorías que puedan ejecutarse a través de comunicación por medios informáticos o bien, en visitas directas de supervisión que en ambos casos, debe generar la emisión de propuestas de mejora basadas en el análisis de cumplimiento de indicadores del avance e impacto de la implantación de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad del paciente en particular, los de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico integrado y de calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR). Las visitas de supervisión y asesoría, una vez autorizadas por la Dirección de Mejora de Procesos y la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud deben ser compatibles con las necesidades establecidas por los Responsables Estatales de Calidad o los directivos de los establecimientos de salud interesados en la asesoría

3.3 La información que se genere como efecto de supervisión y asesoría de los establecimientos de salud de primero, segundo y tercer nivel sirve como puntos de referencia para la medición de avances, determinación de riesgos y medición del avance de los proyectos de calidad técnica y seguridad de la atención.

3.4 La difusión de estos indicadores se efectúa respetando la confidencialidad del establecimiento de salud que la genera, utilizando los medios que la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud considere pertinentes, Instrucciones y carteles.

3.5 Es condición que el desarrollo de las visitas de supervisión, se sustente en elementos técnicos basados en los modelos de gestión de los proyectos de calidad técnica y seguridad de la atención, las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, Instrucciones y otros

documentos técnicos y sea orientado a la mejora de la calidad institucional como un mecanismo de retroalimentación y fortalecimiento al esfuerzo individual y de equipo.

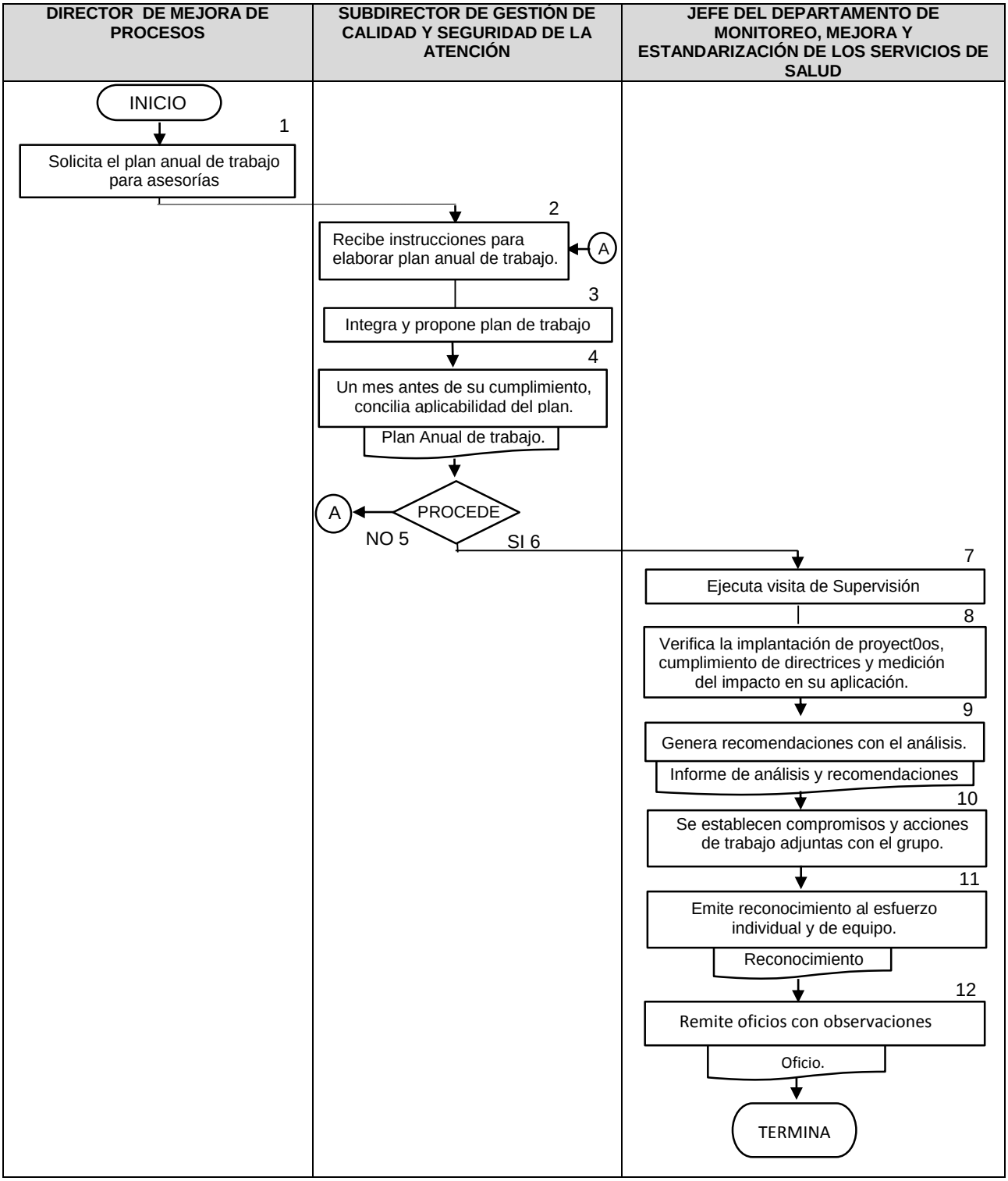
3.6 Al concluir el periodo anual de trabajo, la Dirección de Mejora de Procesos efectúa un proceso de evaluación del cumplimiento de lo programado, lo mismo que el impacto de las visitas de supervisión y asesoría proporcionados.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Mejora de Procesos	1	Solicita a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención el plan de trabajo anual para el desarrollo de las asesorías sobre procesos de mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente a las entidades federativas que puede efectuarse a través de comunicación por medios informáticos o a través de visitas de supervisión.	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	2	Recibe instrucciones de elaboración del plan anual de trabajo.	
	3	En reuniones de trabajo integra y propone a la Dirección de Mejora de Procesos y a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, el Plan Anual de Trabajo para la supervisión y asesoría a las entidades federativas, de los proyectos de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR).	
	4	Aprobado el plan de trabajo, y un mes antes de su cumplimiento, concilia su aplicabilidad con los Responsables Estatales de Calidad o directivos de establecimientos de salud. Procede:	Plan Anual de Trabajo
	5	No: Regresa a la actividad 2 para recibir instrucciones de elaboración del plan anual de trabajo.	
	6	Si: Continúa procedimiento.	
Jefe de Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.	7	Ejecuta visita de supervisión.	
	8	Verifica la implantación de los proyectos, el cumplimiento de sus directrices y en la medida de lo posible la medición del impacto de su aplicación en la salud de la población de referencia.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.		En congruencia con el marco técnico y normativo general del Programa de Calidad de la Atención Médica y en particular con las directrices generadas en cada uno de los proyectos de calidad técnica y seguridad de la atención, en la visita se supervisión propiciará: El intercambio de experiencias, análisis de indicadores y su congruencia con la toma oportuna de decisiones, en un marco de absoluto respeto mutuo. En la visita de trabajo, podrá ser enriquecida un proceso de análisis FODA u otras herramientas de calidad, que favorezcan el análisis de los avances logrados o las áreas de oportunidad	
	9	Genera una serie de recomendaciones congruentes con el análisis integral de los proyectos en cuestión, mismas que son avaladas por el equipo o personal de supervisión.	Informe de análisis y recomendaciones
	10	Al concluir la visita, emite en coordinación con el personal supervisor un mensaje al grupo supervisado en el que se establezcan compromisos y acciones de trabajo conjuntas	
	11	Conforme al caso, emite un reconocimiento al esfuerzo individual y de equipo.	Reconocimiento
	12	Cuando la complejidad de la recomendación lo requiera, puede remitir oficios señalando la observación o puntos de mejora relevantes. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Programa de Acción Especifico 2013-2018 Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A
6.3 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Plan anual de trabajo	3 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Registro
7.2 Oficios	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría: Aconsejar sobre aspectos relacionados con la correcta aplicación de los proyectos de calidad técnica y seguridad del paciente.

8.2 Análisis: Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.3 Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.4 Clasificación: agrupación de categorías de acuerdo a criterios precisos.

8.5 Matriz FODA: es una herramienta de análisis estratégico, que permite analizar elementos internos o externos de programas y proyectos, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas (FODA).

8.6 Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.7 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexo

140. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS DE ATENCIÓN MÉDICA Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

1. PROPÓSITO

1.1Coordinar intra e interinstitucionalmente la implementación de las mejores prácticas de atención médica y seguridad de la atención en el marco de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, para la integración de las políticas nacionales de calidad del Sector Salud, orientadas a elevar la mejora y seguridad de la atención en salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención y responde a las instrucciones de la Dirección de Mejora de Procesos y se apoya con el Departamentos de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento aplica en las unidades del Sector Salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, tanto públicas como privadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La coordinación intra e interinstitucional de las mejores prácticas de atención médica y seguridad de la atención responde a los objetivos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece, entre otros, asegurar el acceso a los servicios de salud.

3.2 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención en coordinación con el Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud y los propios Responsables de Proyectos, tienen la responsabilidad de proponer a la Dirección de Mejora de Procesos, estrategias y mecanismos para la difusión de las líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica en la diferentes instituciones del Sector Salud, públicas y privadas, dirigida a promover la implantación de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad del paciente, en particular, los de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR).

3.3 Para la difusión de las líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica en las diferentes instituciones del Sector Salud, se considera fundamental la participación de los Responsables Estatales de Calidad y de los Gestores de Calidad toda vez que ellos representan el punto de integración intra e interinstitucional; su gestión de coordinación debe efectuarse en el marco de los Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS).

3.4 Debe garantizarse a las diferentes instituciones del Sector Salud, la confidencialidad y respeto de la información que su integración a los proyectos de calidad técnica y seguridad en la atención, generen y únicamente puede hacerse del dominio público mediante su aprobación y cuando esta difusión tenga como propósito el reconocimiento del esfuerzo individual y de equipo, lo mismo que la comunicación de experiencias exitosas, utilizando los medios que la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud considere pertinentes, tales como Instrucciones y carteles.

3.5 En apoyo a la integración e implantación de las líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica en las diferentes instituciones públicas y privadas del Sector Salud, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud emite los lineamientos técnicos basados de los modelos de gestión de los proyectos de calidad técnica y seguridad de la atención, utilizando como referencia las Reglas de Operación del Programa de Calidad en la Atención Médica, Instrucciones y otros documentos.

3.6 Al concluir el periodo anual de trabajo, la Dirección de Mejora de Procesos efectúa un proceso de evaluación del avance en la integración e implantación de las líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica en instituciones públicas y privadas del Sector Salud.

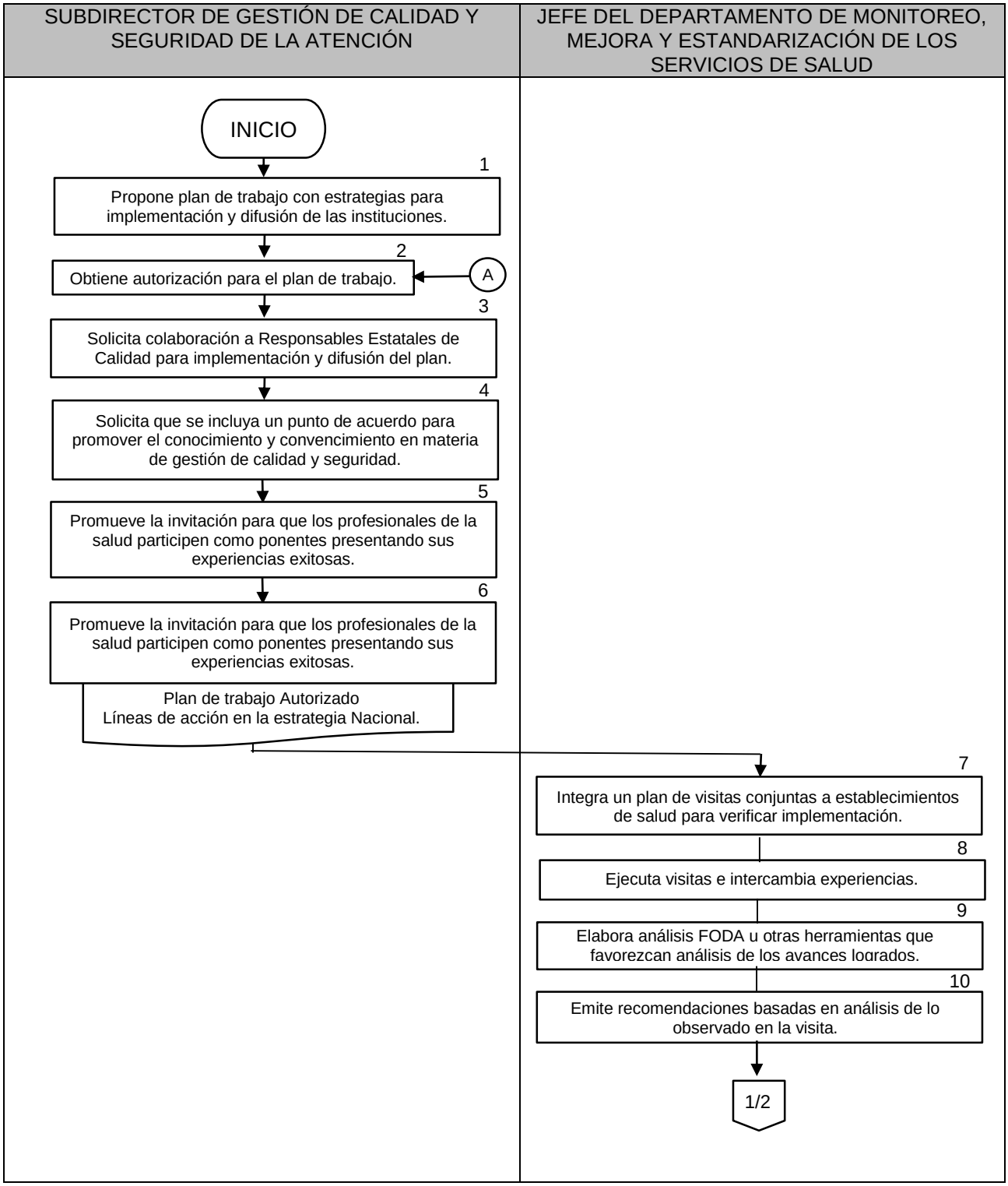
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

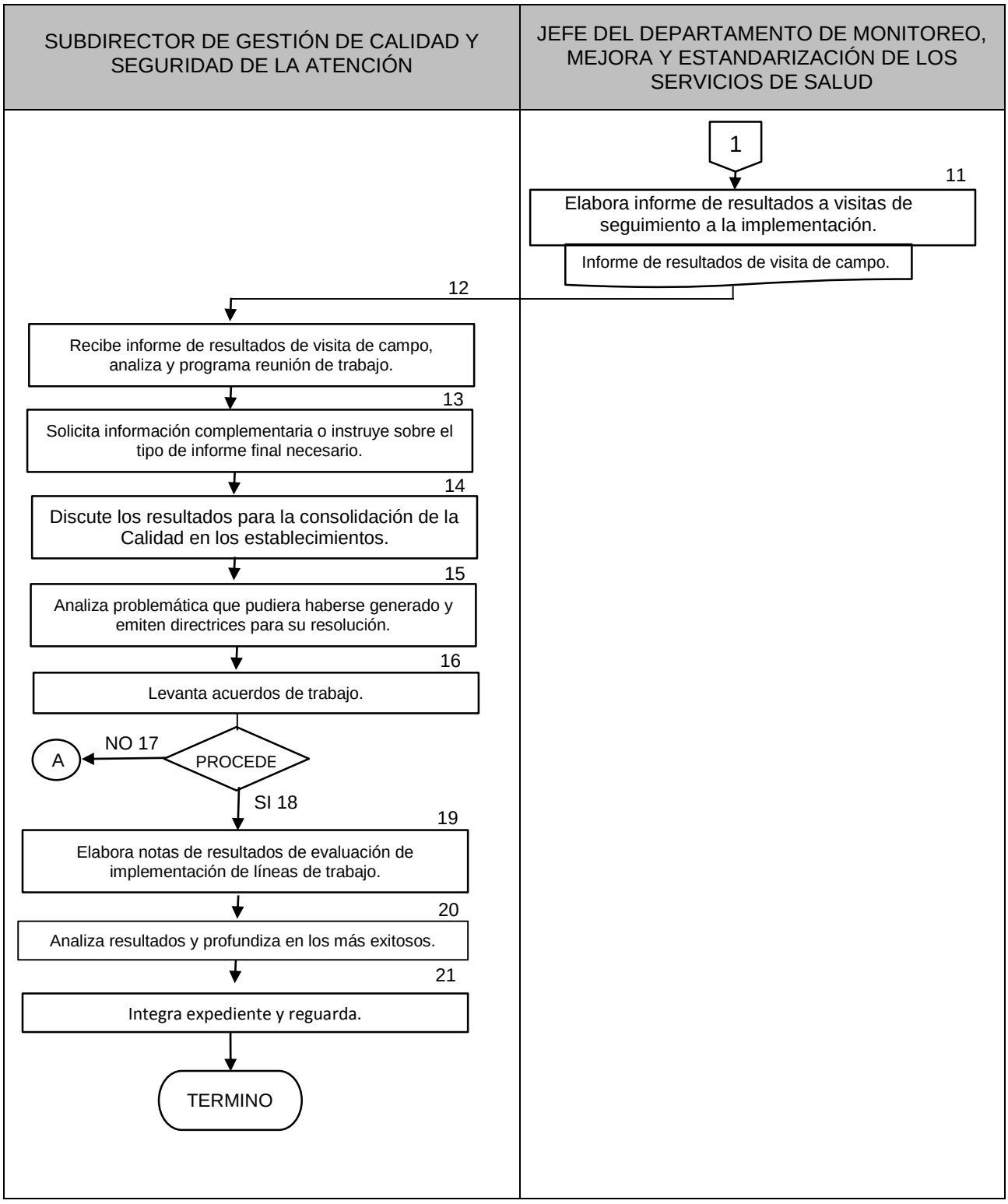
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	1	Propone a la Dirección de Mejora de Procesos y a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, plan de trabajo conteniendo las estrategias para implementación y difusión en las instituciones del Sector salud, públicas y privadas, de los estrategias de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR).	
	2	Obtiene de la Dirección de Mejora de Procesos y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud la autorización del plan de trabajo	
	3	Establece comunicación con los Responsables Estatales de Calidad a fin de solicitar su colaboración para la implementación y difusión de plan de trabajo	
	4	Solicita a los Responsables Estatales de Calidad que en la convocatoria y programa de trabajo de la reunión del Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS), se incluya un punto de acuerdo para una presentación técnica de las líneas en materia de gestión de calidad y seguridad de la atención orientado a promover el conocimiento y convencimiento de los representantes de las diferentes instituciones del Sector Salud.	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	5	Promueve ante los Responsables Estatales de Calidad la invitación para que los profesionales de la salud de instituciones públicas y privadas participen como ponentes, presentando sus experiencias exitosas; asimismo, deberán girarse invitaciones a los profesionales interesados en capacitarse en los temas de Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención	Plan de Trabajo autorizado

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	6	Médica, de modo que se conviertan en voceros ante sus autoridades para su convencimiento de la integración de su institución a las líneas de acción de Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica.	
Jefe del Departamento De Monitoreo, Mejora y Estandarización De los Servicios de Salud	7	Instruye al Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud respecto seguimiento de la implementación de las líneas de gestión de la calidad en las entidades federativas.	Líneas de Acción en la Estrategia Nacional para la consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica
	8	Ejecuta visitas e intercambia experiencias y analiza indicadores.	
	9	Conforme al caso, elabora análisis FODA u otras herramientas de calidad, que favorezcan el análisis de los avances logrados o las áreas de oportunidad.	
	10	En coordinación con el equipo o personal asesor, emite recomendaciones basadas en el análisis de lo observado en la visita.	
	11	Elabora informe de resultados a visitas de seguimiento a la implementación y turna a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención para validación.	
	12	Recibe informe de resultados de visita de campo, analiza y programa reunión de trabajo.	
	13	Conforme al caso, solicita información complementaria o instruye sobre el tipo de informe final necesario para la discusión y análisis de los sucesos encontrados	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	14	Discute junto con la Dirección de Evaluación de la Calidad y a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, los resultados de los avances en la integración de establecimientos de salud de otras instituciones del Sector Salud a las líneas de acción de la Estrategia Nacional para la consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica.	
	15	Analiza problemática que pudiera haberse generado de este proceso y emiten directrices para su resolución.	
	16	Levanta acuerdos de trabajo	Acuerdos de trabajo
		Procede:	
	17	No: Regresa a actividad 2 para obtener de la Dirección de Mejora de Procesos y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud la autorización del plan de trabajo	
	18	Si: continúa procedimiento	
Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	19	Elabora notas de resultados de la evaluación de la implementación de líneas de trabajo para gestión de la calidad en Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica.	
	20	Analiza los resultados, determina y profundiza en los más exitosos para su réplica en futuros programas de trabajo dentro de líneas de acción.	
	21	Integra expediente y resguarda.	Expediente
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
1
11
Elabora informe de resultados a visitas de seguimiento a la implementación.
Informe de resultados de visita de campo.
12
Recibe informe de resultados de visita de campo, analiza y programa reunión de trabajo.
13
Solicita información complementaria o instruye sobre el tipo de informe final necesario.
14
Discute los resultados para la consolidación de la Calidad en los establecimientos.
15
Analiza problemática que pudiera haberse generado y emiten directrices para su resolución.
16
Levanta acuerdos de trabajo.
A
NO 17
PROCEDE
SI 18
19
Elabora notas de resultados de evaluación de implementación de líneas de trabajo.
20
Analiza resultados y profundiza en los más exitosos.
21
Integra expediente y reguarda.
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A
6.4 Programa de Acción Específico Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de Solicitud de información	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Número de oficio
7.2 Acuerdos de trabajo	3 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asesoría**: Aconsejar sobre aspectos relacionados con la correcta aplicación de los proyectos de calidad técnica y seguridad del paciente.

8.2 **Análisis:** Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.3 **Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.4 **Clasificación:** agrupación de categorías de acuerdo a criterios precisos.

8.5 **Difusión:** Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas y al público en general las experiencias de Monitoreo

8.6 **Gestión de la Calidad:** Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.7 **Mejora Continua:** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

8.8 Monitoreo: Medición sistemática de una o más variable durante periodos establecidos y con frecuencia determinada

8.9 Validación del Instrumento de medición: Dar crédito a la utilidad de la cédula de medición en el proceso de Monitoreo, mediante procesos de confiabilidad.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

141. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA A NIVEL NACIONAL

1. PROPÓSITO

1.1 Implementar mecanismos de evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos de calidad y seguridad en la atención a nivel nacional a fin de favorecer la mejora de la calidad de la atención en salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención y responde a las instrucciones de la Dirección de Mejora de Procesos e interactúa y se apoya del Departamentos de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.

2.2 A nivel externo es aplicable en las unidades del Sector Salud del primero, segundo y tercer nivel de atención de las instituciones públicas y privadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El proceso de evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos de calidad y seguridad en la atención a nivel nacional responde a los objetivos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece, “Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención, en coordinación con el Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud y con los propios Responsables de Proyectos, proponer a la Dirección de Mejora de Procesos, mecanismos de evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos de calidad y seguridad en la atención a nivel nacional que considere la participación de las diferentes instituciones del Sector Salud, públicas y privadas, dirigida a promover la mayor y mejor implantación de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad de la atención, en particular, Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR).

3.3 La evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos de calidad y seguridad en la atención, con perspectiva nacional considera fundamental la integración de grupos de trabajo multidisciplinarios que propicien el análisis de los indicadores de estructura, proceso y resultados de cada una de las líneas de acción de PAE, de manera separada y con una perspectiva integral.

3.4 La evaluación tiene una perspectiva de toma de decisiones para la mejora de la calidad de la atención; debe garantizarse a las diferentes instituciones evaluadas, la confidencialidad y respeto de la información que en ningún caso puede aplicarse con fines restrictivos y únicamente podrá hacerse del dominio público mediante la aprobación institucional y cuando esta difusión tenga como propósito el reconocimiento del esfuerzo individual y de equipo, lo mismo que la comunicación de experiencias exitosas, utilizando los medios que la propia Dirección General de Calidad y Educación en Salud considere pertinentes, tales

como la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, Instrucciones y carteles.

3.5 El proceso de evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos de calidad y seguridad en la atención sirve de apoyo y como retroalimentación al proceso de integración e implantación de las líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica en las diferentes instituciones públicas y privadas del Sector Salud.

3.6 La periodicidad de este procedimiento es anual, si bien, la revisión y análisis de indicadores es permanente y alimenta el proceso de toma de decisiones inmediatas. Como efecto de este proceso, puede motivarse a los equipos de salud que observen mejores estándares de cumplimiento, su participación en los concursos de modelo de gestión, capacitación y Premio Nacional por la Calidad en Salud y Premio de Innovación en Calidad en Salud.

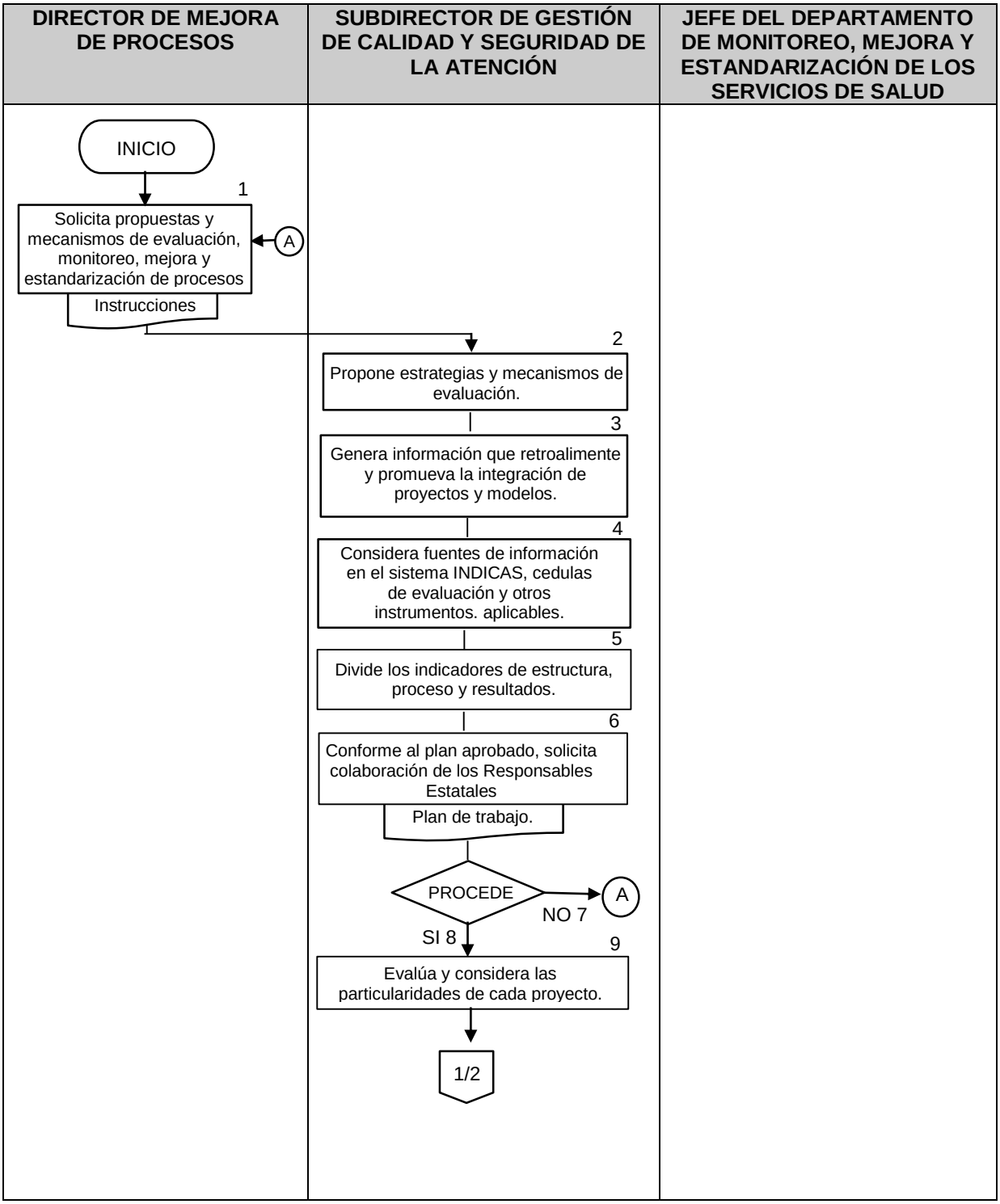
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

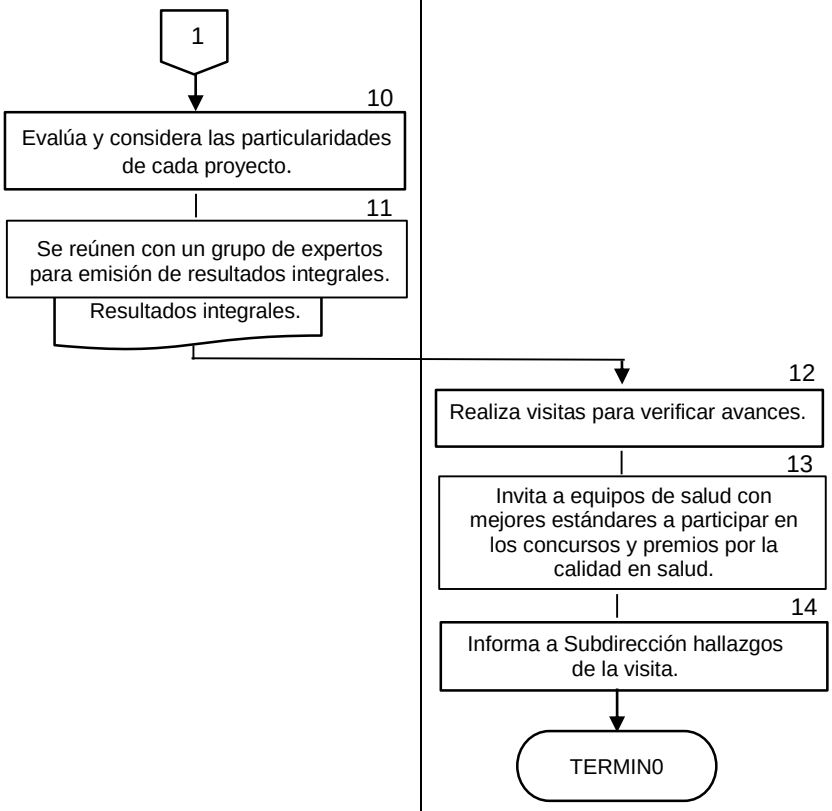
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Mejora de Procesos	1	Solicita propuestas de estrategias y mecanismos de evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos de calidad y seguridad en la atención a nivel nacional para favorecer la mejora de la calidad de la atención en salud.	Instrucciones
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	2	Propone a la Dirección de Mejora de Procesos y a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, estrategias y mecanismos de evaluación, monitoreo, mejora y estandarización de los procesos y seguridad de la atención con perspectiva nacional y considerando la participación de las diferentes instituciones del Sector Salud, públicas y privadas.	Plan de trabajo
	3	Genera información que retroalimente y promueva mayor y mejor integración de los proyectos y modelos de gestión de calidad técnica y seguridad de la atención en las instituciones del Sector Salud, públicas y privadas, en particular, la Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), Planes de Atención Domiciliaria (PAD), Calidad de la Atención Materna una Esperanza de Vida (CAMEV) y Cuidados Paliativos (PALIAR).	
	4	Considera como fuentes de información el Sistema INDICAS, las cédulas de evaluación de PREREIN, el Modelo de Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), y otros instrumentos aplicables.	
	5	Con fines de análisis y presentación de los resultados de la evaluación, divide los indicadores de estructura, proceso y resultados, favoreciendo así, la toma de decisiones.	
	6	Conforme al plan de trabajo aprobado establece comunicación con los Responsables Estatales de Calidad a fin de solicitar su colaboración y participación en este proceso de difusión.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad	7 8	No: Regresa a la actividad 1 Si: Continua el procedimiento	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención.	9 10 11	Evalúa cada uno de los proyectos considerando las particularidades de cada proyecto. Con los responsables de proyecto identifica y convoca a los diferentes grupos de expertos, promueve su participación y los congrega en sesiones de trabajo vía Internet y en jornadas de trabajo dirigidas a analizar en las diferentes perspectivas, los indicadores de cada uno. En coordinación con el Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud se reúnen con un grupo especializado de expertos para la emisión de resultados integrales	
Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud.	12 13 14	Con los Responsables Estatales de Calidad y con la aprobación de los Secretarios de Salud Estatales, realiza visitas para la verificación de avances y efectúa monitoreo de las líneas de acción de gestión de calidad y seguridad de la atención. Invita a los equipos de salud con mejores estándares de cumplimiento a participar en los concursos de Proyectos de Mejora de la Calidad y Premio Nacional por la Calidad en Salud. Informa a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención hallazgos de la visita. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Formato de verificación

5. DIAGRAMA DE FLUJO

A



DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO, MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interno de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Programa de Acción Especifico 2013-2018 Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica	N/A
6.3 Manual de Organización de la DGCES	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actual8ización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013. Rev. 06	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de Solicitud de información	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Número de oficio
7.2 Registro de información relacionado con el monitoreo solicitada a las entidades federativas	5 Años	Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad de la Atención	Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Análisis: Revisión, clasificación e interpretación de la información.

8.2 Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

8.3 Difusión: Acción de dar a conocer a las Entidades Federativas y al público en general las experiencias de los proyectos.

8.4 Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la Calidad en las diferentes estructuras de las Instituciones de Salud del País.

8.5 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados que impiden el cumplimiento de requisitos de Calidad para la Satisfacción de los Clientes o usuarios.

8.6 Validación del Instrumento de medición: Dar crédito a la utilidad de la cédula de medición en el proceso de Monitoreo, mediante procesos de confiabilidad.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin Anexos

142. PROCEDIMIENTO PARA EL EJERCICIO Y CONTROL DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO ASIGNADO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Ejercer y controlar el presupuesto federal asignado a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en forma veraz y oportuna, que dé certidumbre a los gastos de operación, en el marco de la normatividad establecida y con base a los criterios de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal, determinados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, instruye para el control del presupuesto asignado; Coordinación Administrativa, verifica que el presupuesto asignado se ejerza de acuerdo a la normatividad aplicable; Jefatura de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, realiza los registros presupuestales para pago en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto para el ejercicio de los recursos.

2.2 A nivel externo el procedimiento es sujeto a la normatividad y a las políticas emitidas por las unidades globalizadoras como lo son la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, emite los techos presupuestales para su ejercicio; Secretaría de la Función Pública, emite y supervisa que los recursos se ejerzan de acuerdo a la normatividad aplicable; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, revisa que las solicitudes de pago se encuentren con la documentación comprobatoria completa y de conformidad con el clasificador por objeto del gasto; las áreas globalizadoras se encargan de recepcionar la información que genera la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para el ejercicio y control del presupuesto.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por conducto de su Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, y a través del área de recursos financieros, será la responsable de elaborar sus registros presupuestales, con objeto de proporcionar las disponibilidades financieras entre el presupuesto original y el presupuesto modificado por concepto de gasto, que permita la oportuna toma de decisiones para un buen manejo del ejercicio presupuestal. Así mismo vigilar y reportar las variaciones presupuestales derivadas de los reportes que se extraen a través del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP).

3.2 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales es el responsable de aplicar y dar seguimiento al proceso de registro y trámite de los diferentes tipos de adecuaciones presupuestarias (internas y/o externas), ampliaciones, reducciones, transferencias, cambios de calendario, reserva de recursos y solicitudes de pago a proveedores, derivados de los procesos licitatorios y pago de servicios subrogados, en este el responsable deberá tener en cuenta, no incurrir en:

- Utilizar una clave presupuestal distinta a la naturaleza del gasto.
- Elaborar solicitudes de pago que no cuenten con suficiencia presupuestal.
- Omitir normatividad.
- Justificaciones con fundamento genérico.

3.3 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por conducto de su Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, y a través del área de recursos financieros, será la responsable de clasificar las erogaciones por partida específica de gasto y conforme al Clasificador por Objeto del Gasto vigente emitido por la SHCP, así mismo otorgar las claves presupuestales para la elaboración de las solicitudes de pago, cerrando el proceso con el descargo del presupuesto a ejercer en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP).

3.4 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por conducto de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, y a través del área de recursos financieros, será la responsable de emitir los reportes e informes presupuestales conforme a las disposiciones emitidas en la materia.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

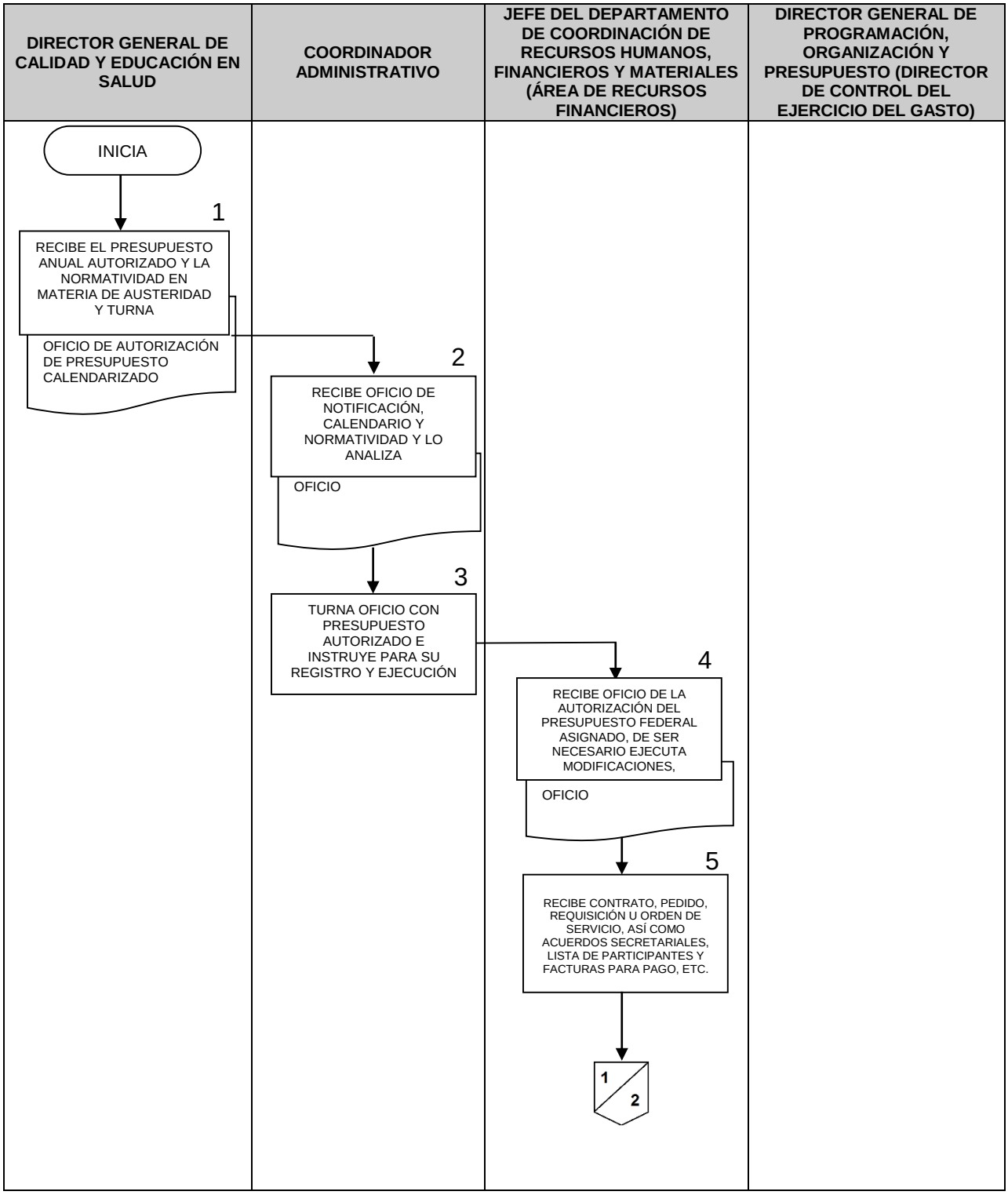
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), de la Secretaría de Salud, el oficio con el presupuesto anual autorizado, por programa, capítulo, concepto de gasto y partida presupuestal calendarizado, así como la normatividad en materia de austeridad, racionalidad y disciplina presupuestal para el ejercicio del gasto y lo turna a la Coordinación Administrativa de la DGCES, para su atención, revisión y conducción.	▪ Oficio de autorización de presupuesto calendarizado
Coordinador Administrativo	2	Recibe oficio de notificación, calendario presupuestal y normatividad, lo analiza conjuntamente con su Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, con base al Programa Anual de Trabajo (PAT), y de ser necesario se realizan los ajustes presupuestales.	▪ Oficio y adecuaciones a realizar
	3	Turna oficio con presupuesto autorizado e instruye al área de recursos financieros para su registro y ejecución.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	4	Recibe oficio de la autorización del presupuesto federal asignado, de ser necesario ejecuta las modificaciones y corrobora los gastos centralizados, descarga información del SICOP para sus registros presupuestales por capítulo y concepto de gasto y ejerce las disponibilidades de acuerdo al calendario autorizado por capítulo, concepto de gasto y partida presupuestal, verificando siempre que la erogación cuente con solvencia presupuestal.	▪ Oficio
	5	Recibe contrato, pedido, requisición u orden de servicio, así como acuerdos secretariales, lista de participantes, oficio de liberación de eventos y servicios, remisiones con sello de entrada al almacén derivado de	

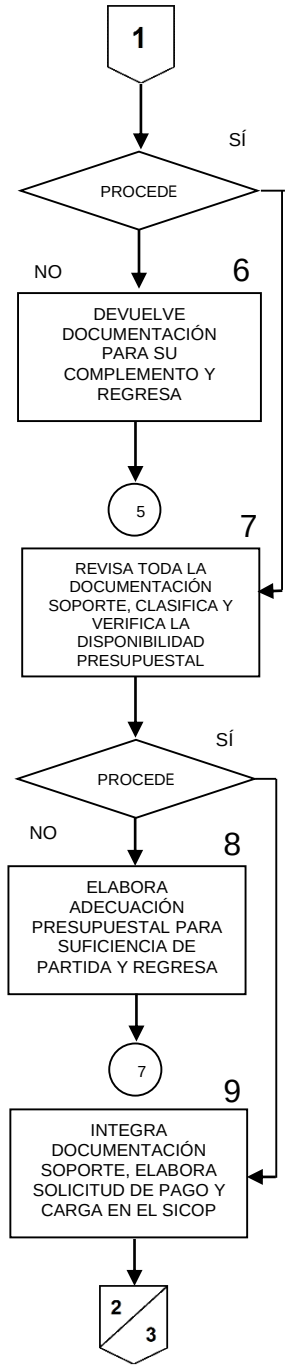
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		las adquisiciones y facturas para pago al proveedor.	
		Procede:	
	6	No: Devuelve documentación para su complemento y regresa a la actividad 5.	
	7	Sí: Revisa toda la documentación soporte, emite verificación de comprobantes fiscales digitales por internet, clasifica de acuerdo al clasificador por objeto del gasto y verifica la disponibilidad presupuestal de acuerdo al calendario autorizado.	
		Procede:	
	8	No: Elabora adecuación presupuestal para suficiencia de partida, regresa a la actividad 7.	
	9	Sí: Integra documentación soporte, elabora solicitud de pago y carga en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) para su registro presupuestal, afectando la partida de gasto correspondiente y avanza hasta el concepto de presupuesto devengado.	
	10	Descarga del SICOP formatos con la información previamente cargada: “Solicitud de pago para su revisión”, “Informe de la captura de solicitud de pago” y “Documentación comprobatoria”, genera oficio de solicitud de pago, e integra con documentación soporte, revisa y turna para firma.	
Coordinador Administrativo	11	Recibe oficio de solicitud de pago con la documentación soporte. Revisa que la documentación se encuentre completa, firma y la envía.	▪ Oficio y anexos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	12	Recibe oficio de solicitud de pago con la documentación soporte. Revisa que la documentación se encuentre completa y firmada, la envía a la DGPOP para su revisión y autorización del pago al proveedor.	▪ Oficio y anexos
Director General de Programación, Organización y Presupuesto (Director de Control del Ejercicio del Gasto)	13	Recibe oficio de solicitud de pago con la documentación soporte. Revisa que la documentación se encuentre completa y firmada y verifica que el proceso se encuentre avanzado en el SICOP hasta el concepto de presupuesto devengado. Procede:	▪ Oficio y anexos
	14	No: Elabora oficio de solicitud, regresa a la actividad 12 y reinicia el procedimiento.	
	15	Sí: Envía el proceso del SICOP al Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF) para el pago al proveedor a través de transferencia electrónica.	
Coordinador Administrativo; Jefe del Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	16	Extrae base de datos del SICOP en formato de texto plano con valores separados por comas (CSV), el cual es convertido a libro de Excel con información programática – presupuestal, la cual contiene el presupuesto original, adiciones, ampliaciones, reducciones, modificado, reducciones en trámite, comprometido, ejercido, devengado, reserva presupuestaria y disponible.	
	17	Extrae base de datos del SIAFF en archivo plano el cual es convertido a libro de Excel, mismo que contiene el status de las solicitudes tramitadas para pago, el cual contiene principalmente: folio y número de CLC, status de CLC, importe de CLC, beneficiario, fecha de captura, fecha propuesta de pago, fecha de pago y proceso.	

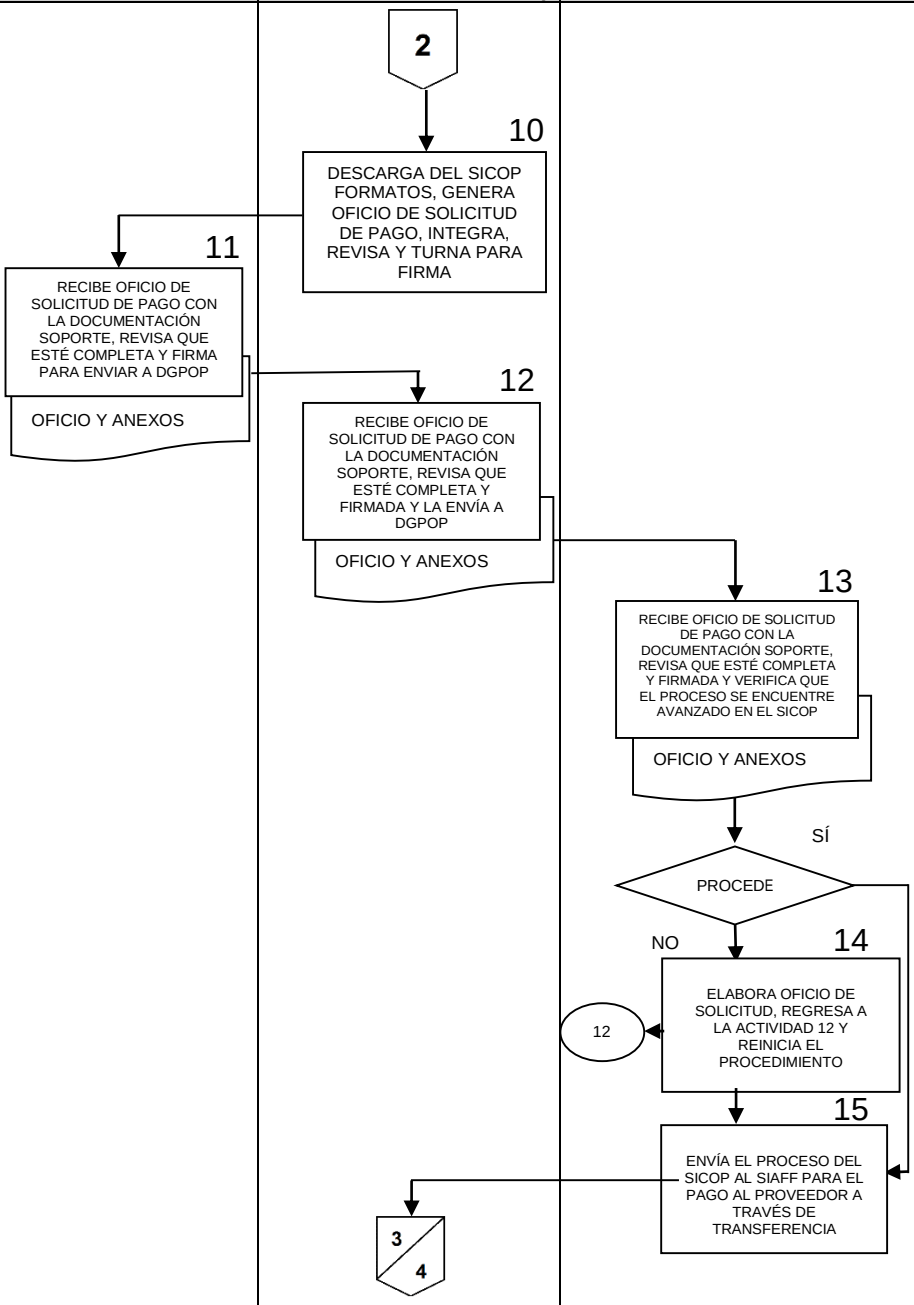
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	18	Revisa en ambos informes que la aplicación de los recursos sea correcta y se informa del estado del ejercicio presupuestal. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

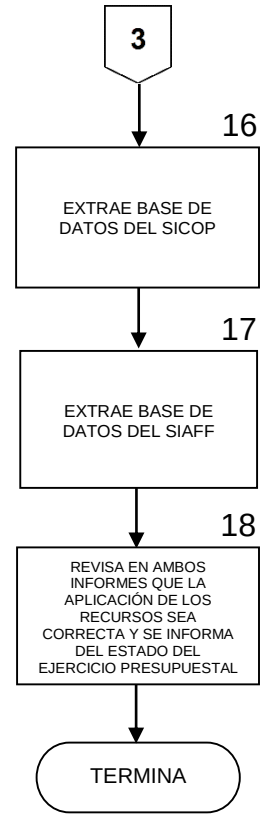
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO DEL GASTO)
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO DEL GASTO)



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO DEL GASTO)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.3 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.6 Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente	N/A
6.7 Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal	N/A
6.8 Manual de Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros	N/A
6.9 Manual de Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.10 Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Presupuesto autorizado	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A
7.2 Programa Anual de Trabajo	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A
7.3 Clasificador por Objeto del Gasto	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actividad.** Acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un Programa o Subprograma, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas mediante la utilización de los recursos humanos, materiales o financieros.

8.2 **Adecuaciones presupuestarias.** son las modificaciones al presupuesto que pueden impactar las estructuras administrativa, funcional y programática, económica y geográfica, a los calendarios de presupuesto y las ampliaciones y reducciones al Presupuesto de Egresos o a los flujos de efectivo correspondientes, durante el ejercicio Fiscal.

8.3 **Adjudicaciones de pedidos y contratos.** Procedimiento a través del cual las entidades recaban, analizan, comparan y seleccionan las cotizaciones formuladas por los proveedores de los Bienes y Servicios del Gobierno Federal, con objeto de formalizar los compromisos para el Ejercicio del Gasto Público por concepto de Adquisiciones, Servicios Generales y Obras.

8.4 **Anteproyecto del presupuesto.** Estimación preliminar de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas sustantivos y de apoyo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; para su elaboración se deben observar las normas, lineamientos y políticas de gasto que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; esta información permite a la SHCP integrar el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.5 **Asignación modificada.** Importe de la asignación original, esto es, más o menos los importes de las afectaciones presupuestarias que pueden ser compensadas o líquidas. Se le denomina también asignación neta o presupuesto modificado.

8.6 **Asignación original**. Importe consignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aprobado por la H. Cámara de Diputados.

8.7 **Clasificador por objeto del gasto.** Es el instrumento que permite registrar de manera ordenada, sistemática y homogénea las compras, los pagos y las erogaciones autorizados en capítulos, conceptos y partidas.

8.8 **Control presupuestario.** Fase del Proceso Presupuestario que verifica la correcta utilización de los Recursos en relación al cumplimiento de metas y objetivos, a través de la comparación entre el registro de las operaciones presupuestarias realizadas durante el Ejercicio Fiscal y las acciones emprendidas a fin de que se determinen las medidas correctivas a realizar.

8.9 **Cuenta por liquidar certificada.** Documento presupuestario mediante el cual las dependencias cubren obligaciones de pago, realizan ministración de fondos o regularizar erogaciones con cargo a presupuesto aprobado y/o modificado autorizado.

8.10 **Egresos.** Erogación o salida de Recursos Financieros, motivada por el compromiso de liquidación de algún Bien o Servicio recibido o por algún otro concepto.

8.11 **Monto del ejercicio presupuestario.** Constituye un aspecto de la Gestión Pública del Presupuesto en los cuales se identifican cuatro etapas del Ejercicio Presupuestario:

- **a.** Actualización del Ejercicio que contempla autorizaciones previas y determinación del Calendario de pagos;
- **b.** Compromisos Presupuestarios, donde se fincan Pedidos o Contratos;
- **c.** Radicación de Recursos, que identifican el lugar geográfico y el Calendario de Pagos respectivo, y
- **d.** Pago de Compromisos, a través de la Red Bancaria y la Tesorería de la Federación.

8.12 **Presupuesto.** Estimación Financiera previstos, generalmente anual, de los Ingresos y Egresos del Gobierno, necesarios para cumplir con los propósitos de un Programa determinado. Así mismo constituye el instrumento operativo básico para la ejecución de las decisiones de política, economía y planeación.

8.13 **Programa Anual de Trabajo.** Es un conjunto de acciones organizadas a fin de costear las necesidades de insumos y servicios para estar en condiciones óptimas de prestar los servicios de salud y cumplir con los objetivos, estrategias y líneas de acción que permite traducir los Lineamientos Generales de la Planeación Nacional de Desarrollo Económico del País en objetivos y metas concretos a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las

disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de solicitud de pago

10.1 **Oficio de solicitud de pago**

"REGULARIZACIÓN DEL FONDO ROTATORIO."

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Oficio No. DGCES-CA- 01789 -2017.
México, Ciudad de México, a 7 de Junio de 2017.

LIC. JOSÉ GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
REFORMA No. 156 PISO Nº 16
COL. JUÁREZ
DEL. CUAUHTÉMOC C.P. 06600

AT´N: C. P. HILDA ROMERO OSORIO
DIRECTORA DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

Por este medio, me permito enviar a usted, documentación comprobatoria de gastos efectuados con cargo al presupuesto autorizado de esta Dirección General, con el propósito de que se efectúe el trámite de la solicitud de pago para recuperación de fondo rotatorio. La información se detalla a continuación:

PARTIDA	DENOMINACION	IMPORTE
37201	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISIÓN	$ 1,330.00
37504	VIATICOS NACIONALES PARA SERVIDORES PÚBLICOS EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	$ 3,920.00
	TOTAL SOLICITUD DE PAGO Nº 21964	**$ 5,250.00**

Se indican los procesos generados en la captura de la solicitud de pago en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP).

Solicitud de Pago Directo			Documentación Comprobatoria	
No. Proceso	**Folio**	**No. Solicitud**	**No. Proceso**	**Folio**
69465	44	21964	68566	44

SE ANEXA: FUC's originales, Facturas, Validación de Comprobantes Fiscales, Nota Informativa y Reportes de SICOP.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTÍZ YESCAS

12:18

SALUD
08 JUN. 2017
RECIBIDO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente
Sección/Serie: SC.14

143. PROCEDIMIENTO PARA LAS TRANSFERENCIAS Y/O ADECUACIONES PRESUPUESTALES EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Mantener un control financiero, ágil, oportuno y eficiente del ejercicio del presupuesto federal asignado para el financiamiento y gastos de operación que demandan las diferentes áreas de la Dirección General, en la consecución y desarrollo de sus objetivos y metas programadas, así como el registro presupuestal de las operaciones que se requieran.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, revisa el presupuesto autorizado e instruye para actualizar el presupuesto asignado de acuerdo a las necesidades de operación; Coordinación Administrativa, verifica la disponibilidad presupuestal y acuerda los ajustes que correspondan; Jefatura de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, realiza las modificaciones o adecuaciones presupuestales en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto.

2.2 A nivel externo ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, recibe a través del Sistema de Contabilidad y Presupuesto la propuesta de adecuación presupuestal para su autorización; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, envía a la Secretaría de Hacienda vía sistema la propuesta de adecuación presupuestal; una vez autorizada la propuesta de adecuación presupuestal, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Coordinación Administrativa verifica en sistema que la adecuación presupuestal se encuentre aplicada y de acuerdo a la propuesta solicitada.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales reportará a la Coordinación Administrativa las disponibilidades y sub-ejercicios identificados en el estado del ejercicio del presupuesto, para que ésta delibere respecto a la implementación de transferencias necesarias para solventar los déficits presupuestales y se subsanen los sub-ejercicios.

3.2 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, será la responsable de autorizar la solicitud de adecuación presupuestal.

3.3 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, será el responsable de instruir la realización del registro de acuerdo a la transferencia presupuestal.

3.4 Es responsabilidad del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos financieros, registrar y enviar la transferencia y/o adecuación presupuestal vía Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, para realizar los ajustes presupuestales.

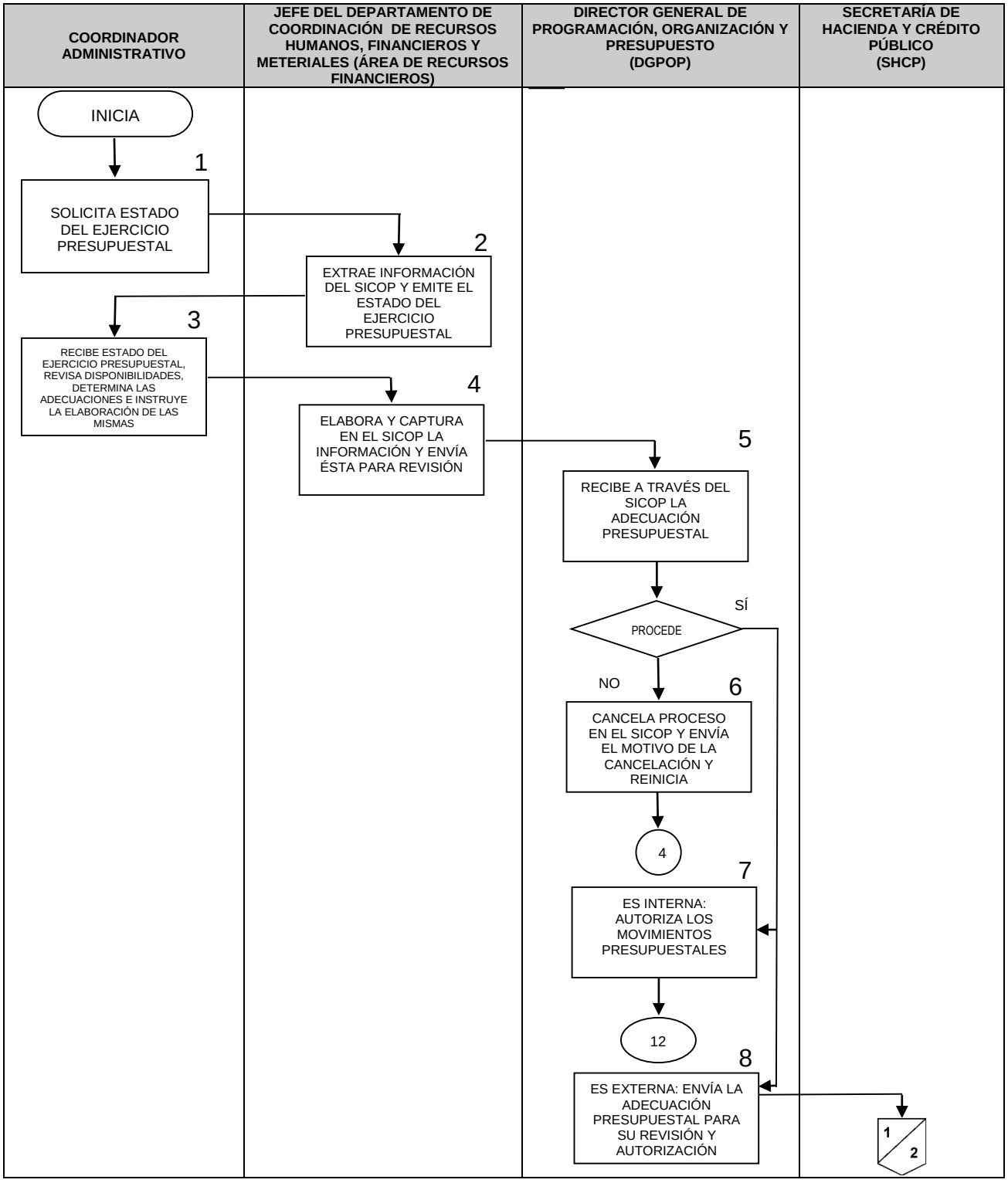
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

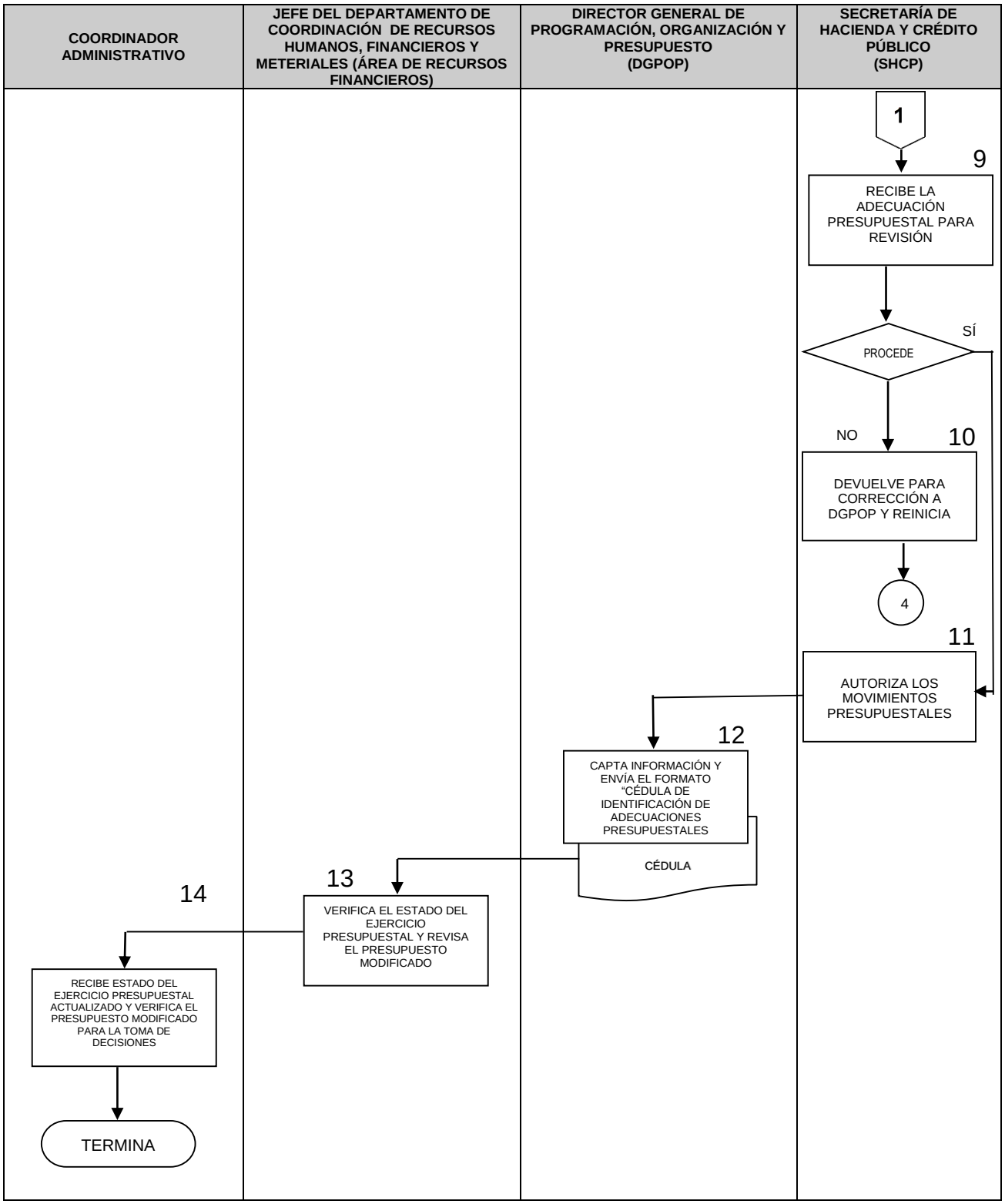
	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Solicita al Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales el estado del ejercicio presupuestal por programa, concepto, capítulo y partida presupuestal, para detectar el posible déficit o sub-ejercicio.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	2	Extrae información del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP), emite el estado del ejercicio presupuestal y envía a la Coordinación Administrativa.	
Coordinador Administrativo	3	Recibe estado del ejercicio presupuestal, revisa disponibilidades, determina las adecuaciones presupuestales por programa, capítulo y partida presupuestal e instruye al Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales a la elaboración de las mismas.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	4	Elabora y captura en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) la información, de conformidad con el tipo de adecuación presupuestal que se requiera, especificando los programas, capítulos y partidas presupuestales, justificación (fundamento legal) y monto por concepto ya sea reducción o ampliación, interna, externa, compensada o calendario y envía la información para revisión, a través del sistema a la DGPOP.	
Director General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP)	5	Recibe a través del SICOP la adecuación presupuestal con justificación para revisión.	

		Procede: 6 No: Cancela proceso en el SICOP y envía por correo electrónico el motivo de la cancelación y reinicia en el punto 4 Sí: 7 Es interna: Autoriza a través del SICOP los movimientos presupuestales, actualizándose automáticamente los programas capítulos y partidas, así como los montos solicitados en la adecuación. Continúa en la actividad 12. 8 Es externa: Envía a través del SICOP a la SHCP la adecuación presupuestal para su revisión y autorización.	
Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)	9 10 11	Recibe a través del SICOP la adecuación presupuestal con justificación para revisión. Procede: No: Devuelve para corrección, vía SICOP a la DGPOP la cual a su vez notifica a la unidad ejecutora de gasto para corrección y reinicia en el punto 4. Sí: Autoriza a través del SICOP los movimientos presupuestales, actualizándose automáticamente los programas, capítulos y partidas, así como los montos solicitados en la adecuación.	
Director General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP)	12	Capta información a través del SICOP y envía por correo electrónico el formato “Cedula de identificación de adecuaciones presupuestales”, a la unidad ejecutora de gasto.	Cédula
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos financieros.	13	Verifica el estado del ejercicio presupuestal en el SICOP, revisa el presupuesto modificado y que los movimientos requeridos en la adecuación presupuestal estén acordes a lo solicitado, e informa a la Coordinación Administrativa.	

Coordinador Administrativo	14	Recibe el estado del ejercicio presupuestal actualizado y verifica el presupuesto modificado para la toma de decisiones. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y METERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DGPOP)
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (SHCP)
1
9
RECIBE LA ADECUACIÓN PRESUPUESTAL PARA REVISIÓN
PROCEDE
SÍ
NO
10
DEVUELVE PARA CORRECCIÓN A DGPOP Y REINICIA
4
11
AUTORIZA LOS MOVIMIENTOS PRESUPUESTALES
12
CAPTA INFORMACIÓN Y ENVÍA EL FORMATO "CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE ADECUACIONES PRESUPUESTALES
CÉDULA
13
VERIFICA EL ESTADO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL Y REVISA EL PRESUPUESTO MODIFICADO
14
RECIBE ESTADO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL ACTUALIZADO Y VERIFICA EL PRESUPUESTO MODIFICADO PARA LA TOMA DE DECISIONES
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.3 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaría	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.6 Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente	N/A
6.7 Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal	N/A
6.8 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros	N/A
6.9 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.10 Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Anual de Trabajo	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A
7.2 Presupuesto autorizado	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A
7.3 Estado del Ejercicio Presupuestal	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A
7.4 Adecuaciones presupuestarias	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A
7.5 Clasificador por Objeto del Gasto	Ejercicio presupuestal (año)	Recursos Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actividad.** Acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas mediante la utilización de los recursos humanos, materiales o financieros.

8.2 **Adecuaciones presupuestarias.** son las modificaciones al presupuesto que pueden impactar las estructuras administrativa, funcional y programática, económica y geográfica, a los calendarios de presupuesto y las ampliaciones y reducciones al Presupuesto de Egresos o a los flujos de efectivo correspondientes, durante el ejercicio Fiscal.

8.3 **Adecuaciones presupuestarias externas.** Traspaso de recursos derivado de modificaciones durante el ejercicio fiscal y que requieren de la autorización expresa de la SHCP por variaciones: funcional, programática – presupuestal, administrativa, económica, conceptos.

8.4 **Adecuaciones presupuestarias internas.** Traspaso de recursos derivado de modificaciones efectuadas durante el ejercicio fiscal y que no requieren autorización de la SHCP, por ajustes entre conceptos del gasto que contengan la misma naturaleza para las operaciones de programas autorizados.

8.5 **Adjudicaciones de pedidos y contratos.** Procedimiento a través del cual las entidades recaban, analizan, comparan y seleccionan las cotizaciones formuladas por los proveedores de los bienes y servicios del gobierno federal, con objeto de formalizar los compromisos para el ejercicio del gasto público por concepto de adquisiciones, servicios generales y obras.

8.6 **Anteproyecto del presupuesto.** Estimación preliminar de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas sustantivos y de apoyo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; para su elaboración se deben observar las normas, lineamientos y políticas de gasto que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; esta información permite a la SHCP integrar el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.7 **Asignación modificada.** Importe de la asignación original, esto es, más o menos los importes de las afectaciones presupuestarias que pueden ser compensadas o líquidas. Se le denomina también asignación neta o presupuesto modificado.

8.8 **Asignación original.** Importe consignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aprobado por la H. Cámara de Diputados.

8.9 **Clasificador por objeto del gasto.** Es el instrumento que permite registrar de manera ordenada, sistemática y homogénea las compras, los pagos y las erogaciones autorizados en capítulos, conceptos y partidas.

8.10 **Control presupuestario.** Fase del proceso presupuestario que verifica la correcta utilización de los recursos en relación al cumplimiento de metas y objetivos, a través de la comparación entre el registro de las operaciones presupuestarias realizadas durante el ejercicio fiscal y las acciones emprendidas a fin de que se determinen las medidas correctivas a realizar.

8.11 **Egresos.** Erogación o salida de recursos financieros, motivada por el compromiso de liquidación de algún bien o servicio recibido o por algún otro concepto.

8.12 **Monto del ejercicio presupuestario.** Constituye un aspecto de la gestión pública del presupuesto en los cuales se identifican cuatro etapas del ejercicio presupuestario:

a. Actualización del ejercicio que contempla autorizaciones previas y determinación del calendario de pagos;
b. Compromisos presupuestarios, donde se fincan pedidos o contratos;
c. Radicación de recursos, que identifican el lugar geográfico y el calendario de pagos respectivo, y
d. Pago de compromisos, a través de la red bancaria y la Tesorería de la Federación.

8.13 **Presupuesto.** Estimación Financiera previstos, generalmente anual, de los Ingresos y Egresos del Gobierno, necesarios para cumplir con los propósitos de un Programa determinado. Así mismo constituye el instrumento operativo básico para la ejecución de las decisiones de política, economía y planeación.

8.14 **Programa Anual de Trabajo (PAT).** Es un conjunto de acciones organizadas a fin de costear las necesidades de insumos y servicios para estar en condiciones óptimas de prestar los servicios de salud y cumplir con los objetivos, estrategias y líneas de acción que permite traducir los Lineamientos Generales de la Planeación Nacional de Desarrollo Económico del País en objetivos y metas concretos a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

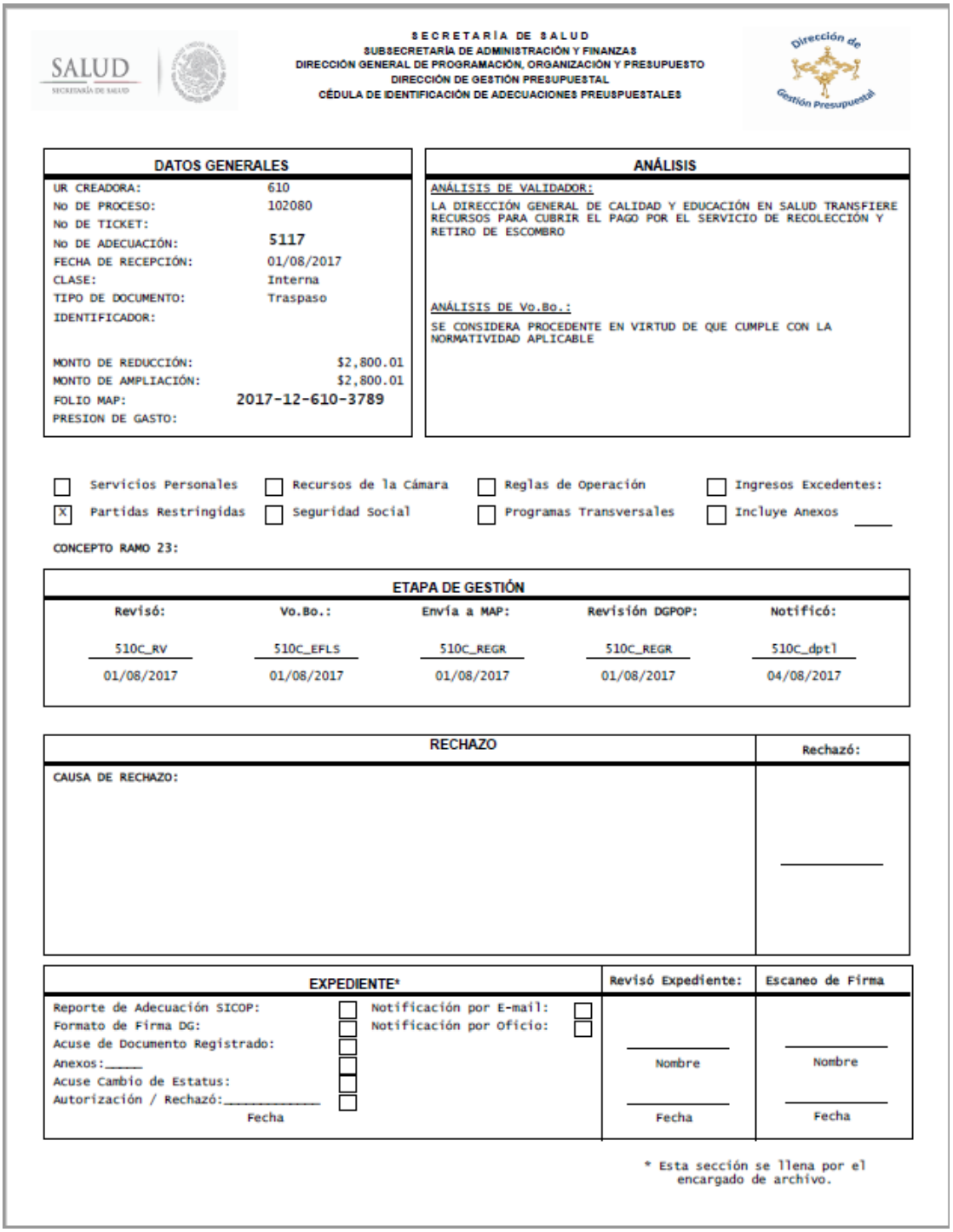
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cédula.

10.1 **Cédula**



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESUPUESTAL
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE ADECUACIONES PREUSPUESTALES

DATOS GENERALES

UR CREADORA:	610
No DE PROCESO:	102080
No DE TICKET:	
No DE ADECUACIÓN:	5117
FECHA DE RECEPCIÓN:	01/08/2017
CLASE:	Interna
TIPO DE DOCUMENTO:	Traspaso
IDENTIFICADOR:	
MONTO DE REDUCCIÓN:	$2,800.01
MONTO DE AMPLIACIÓN:	$2,800.01
FOLIO MAP:	2017-12-610-3789
PRESION DE GASTO:	

ANÁLISIS

ANÁLISIS DE VALIDADOR:

LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD TRANSFIERE RECURSOS PARA CUBRIR EL PAGO POR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN Y RETIRO DE ESCOMBRO

ANÁLISIS DE Vo.Bo.:

SE CONSIDERA PROCEDENTE EN VIRTUD DE QUE CUMPLE CON LA NORMATIVIDAD APLICABLE

☐ Servicios Personales ☐ Recursos de la Cámara ☐ Reglas de Operación ☐ Ingresos Excedentes:
☒ Partidas Restringidas ☐ Seguridad Social ☐ Programas Transversales ☐ Incluye Anexos ____

CONCEPTO RAMO 23:

ETAPA DE GESTIÓN

Revisó:	Vo.Bo.:	Envía a MAP:	Revisión DGPOP:	Notificó:
510C_RV	510C_EFLS	510C_REGR	510C_REGR	510C_dptl
01/08/2017	01/08/2017	01/08/2017	01/08/2017	04/08/2017

RECHAZO

CAUSA DE RECHAZO:

Rechazó: _____

EXPEDIENTE*

Reporte de Adecuación SICOP: ☐ Notificación por E-mail: ☐
Formato de Firma DG: ☐ Notificación por Oficio: ☐
Acuse de Documento Registrado: ☐
Anexos:_____ ☐
Acuse Cambio de Estatus: ☐
Autorización / Rechazó:_____ ☐
Fecha

Revisó Expediente:	Escaneo de Firma
_____ Nombre	_____ Nombre
_____ Fecha	_____ Fecha

* Esta sección se llena por el encargado de archivo.

144. PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN POR ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1. Programar y coordinar las adquisiciones de bienes y servicios requeridos por las diferentes áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para el debido cumplimiento de las funciones que tienen a su cargo, derivadas de diversa normatividad, de conformidad con el presupuesto asignado a la DGCES.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien revisa, autoriza y firma los documentos para la adquisición del bien o servicio, las Direcciones Generales Adjuntas, Direcciones de Área como áreas requirentes, supervisan la adquisición del bien o servicio y la Coordinación Administrativa en su caso como solicitante, coordinadora, gestora y contratante.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto (DGPOP), emitiendo las autorizaciones presupuestales para la realización de los procedimientos de contratación; a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMYSG) coadyuvando en la realización de los procesos y contratos en la modalidad de adjudicación directa, Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) y Dirección General de Comunicación Social (DGCS) analizando y emitiendo las autorizaciones en materia de informática y de imagen institucional que se requieran en los procesos de contratación por adjudicación directa de adquisición de bienes o contratación de servicios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, (a través del área de recursos materiales), será la responsable de efectuar las adquisiciones de los bienes o servicios que requieran las diversas áreas que integran a la DGCES, de conformidad con las atribuciones que tienen encomendadas y de conformidad con el Programa Anual de Trabajo.

3.2 La adquisición de los bienes o servicios se efectuará considerando primeramente el presupuesto asignado a la DGCES, y de conformidad con el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), Programa Anual de Trabajo (PAT) y de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Salud y su reglamento, el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Acuerdo por el que se delegan facultades en materia de adquisiciones con cargo a presupuesto asignado publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de marzo de 2006; y a las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud (POBALINES); adquisiciones que tendrán que priorizarse, de acuerdo a la importancia que represente el contar con los bienes o servicios para el cumplimiento de los objetivos y metas diseñadas anualmente.

3.2 Los criterios de contratación, que deberán prevalecer en las adquisiciones, de conformidad con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se fundamentarán en la eficiencia, eficacia, transparencia imparcialidad y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados; asimismo, serán de conformidad con lo dispuesto en los Lineamientos por los que se establecen las medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. Por lo que la Coordinación Administrativa a través de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, será la responsable de ejercitar la modalidad de adquisición directa de los distintos bienes y servicios conforme a las necesidades de las distintas áreas que integran a la DGCES.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

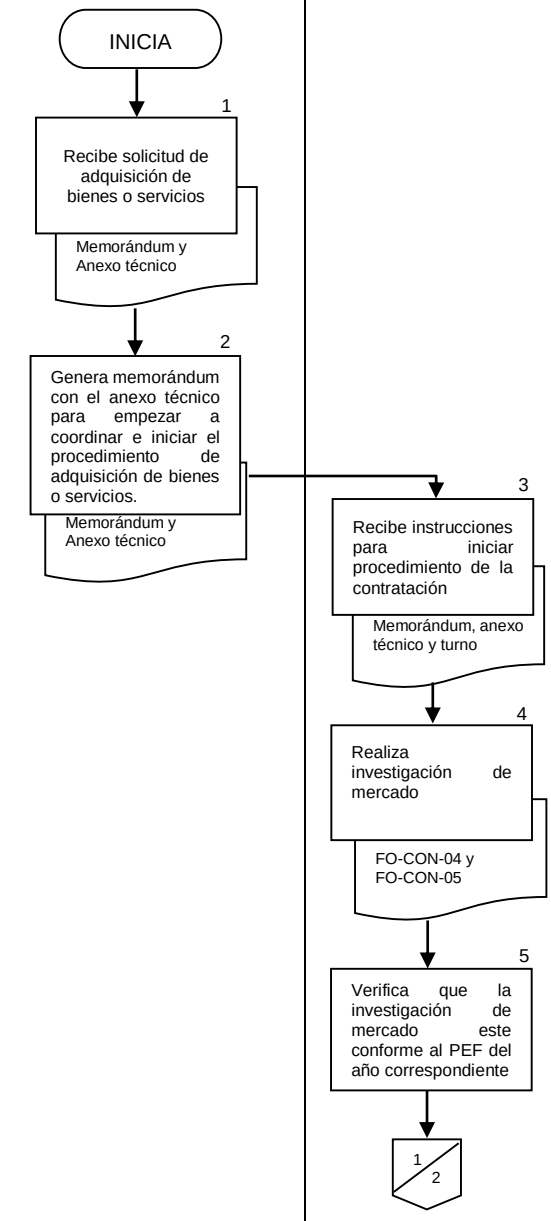
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Recibe de las áreas usuarias (Dirección General, Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área) a través de memorándum firmado por el titular del área, la solicitud de adquisición de bienes o contratación de servicios y anexo técnico conteniendo las especificaciones técnicas.	▪ Memorándum y Anexo Técnico.
	2	Genera memorándum con el anexo técnico para empezar a coordinar e iniciar el procedimiento de adquisición de bienes o servicios.	▪ Memorándum y Anexo Técnico.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	3	Recibe de la Coordinación Administrativa memorándum y anexos, así como instrucción para iniciar el procedimiento de adquisición de bienes o contratación de servicios.	▪ Memorándum, anexo técnico y turno.
	4	Realiza investigación de mercado, con objeto de seleccionar al proveedor que ofrezca las mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad.	▪ FO-CON-04 y FO-CON-05
	5	Verifica que los precios obtenidos en la investigación de mercado se encuentren dentro de los montos máximos de actuación para realizar adjudicaciones directas conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación y evalúa y valida con el área requirente, las propuestas recibidas e identifica al posible proveedor al cual se le asignará el contrato.	
	6	Solicita mediante memorándum la suficiencia presupuestal (al área de recursos financieros), considerando el monto de la mejor oferta obtenida en la investigación de mercado, indicando el programa presupuestal y la partida presupuestal que se afectará de conformidad con la normatividad aplicable.	▪ Memorándum
	7	Comprueba y en caso de que resulte ser otra dependencia o institución se remite mediante oficio la documentación debidamente formalizada a la DGRMSG, para que de acuerdo a sus atribuciones elabore el contrato, correspondiente. Analiza y en caso de que el proveedor no resulte ser otra dependencia o institución el procedimiento para la	▪ Oficio

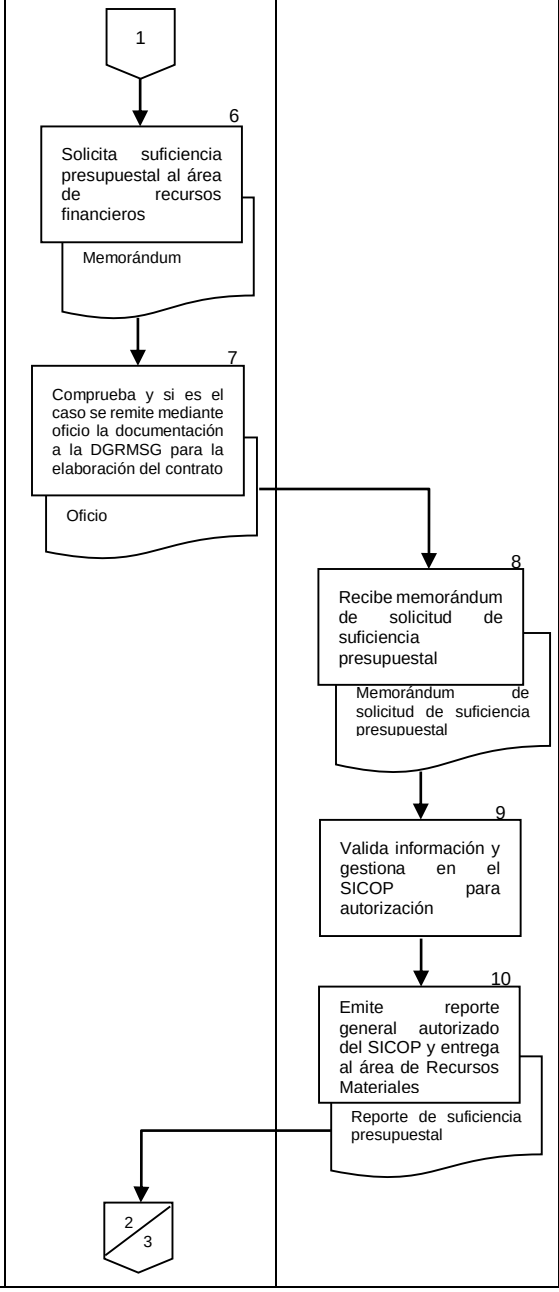
		elaboración del contrato se continúa en la DGCES.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	8 9 10	Recibe memorándum de solicitud de suficiencia presupuestal (del área de recursos materiales). Valida información y gestiona en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, la autorización de la suficiencia presupuestal. Emite reporte general de suficiencia presupuestal con autorización obtenida a través del SICOP y lo entrega (al área de recursos materiales) con la validación de la Coordinación Administrativa.	▪ Memorándum de Solicitud de suficiencia presupuestal. ▪ Reporte General de Suficiencia Presupuestal.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	11 12	Recibe reporte general de suficiencia presupuestal validado por la Coordinación Administrativa e integra en el expediente. Elabora documentación e integra expediente conforme a la normatividad vigente a lo establecido en las POBALINES y en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y se obtiene el visto bueno a través de la firma en los documentos que lo requieran de los titulares de las áreas que solicitaron la adquisición o servicio y entrega expediente a la Coordinación Administrativa para la gestión de la autorización y firma del Director General en los documentos que lo requieren conforme a los POBALINES.	▪ Reporte General de Suficiencia Presupuestal. ▪ Expediente
Coordinador Administrativo	13 14	Recibe expediente, para la gestión de la autorización y firma del Director General. Envía expediente completo a la Dirección General para su revisión, autorización y firma.	▪ Expediente ▪ Expediente, y Memorándum
Director General	15 16	Acepta expediente a través de memorándum, revisa, autoriza y firma los documentos para la adquisición del bien o servicio. Autoriza la elaboración del contrato y regresa a la Coordinación Administrativa el expediente debidamente firmado.	▪ Memorándum, Expediente y Turno ▪ Turno y Expediente
Coordinador Administrativo	17	Recibe turno con expediente de la Dirección General firmado y autorizado, envía al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de	▪ Turno y Expediente

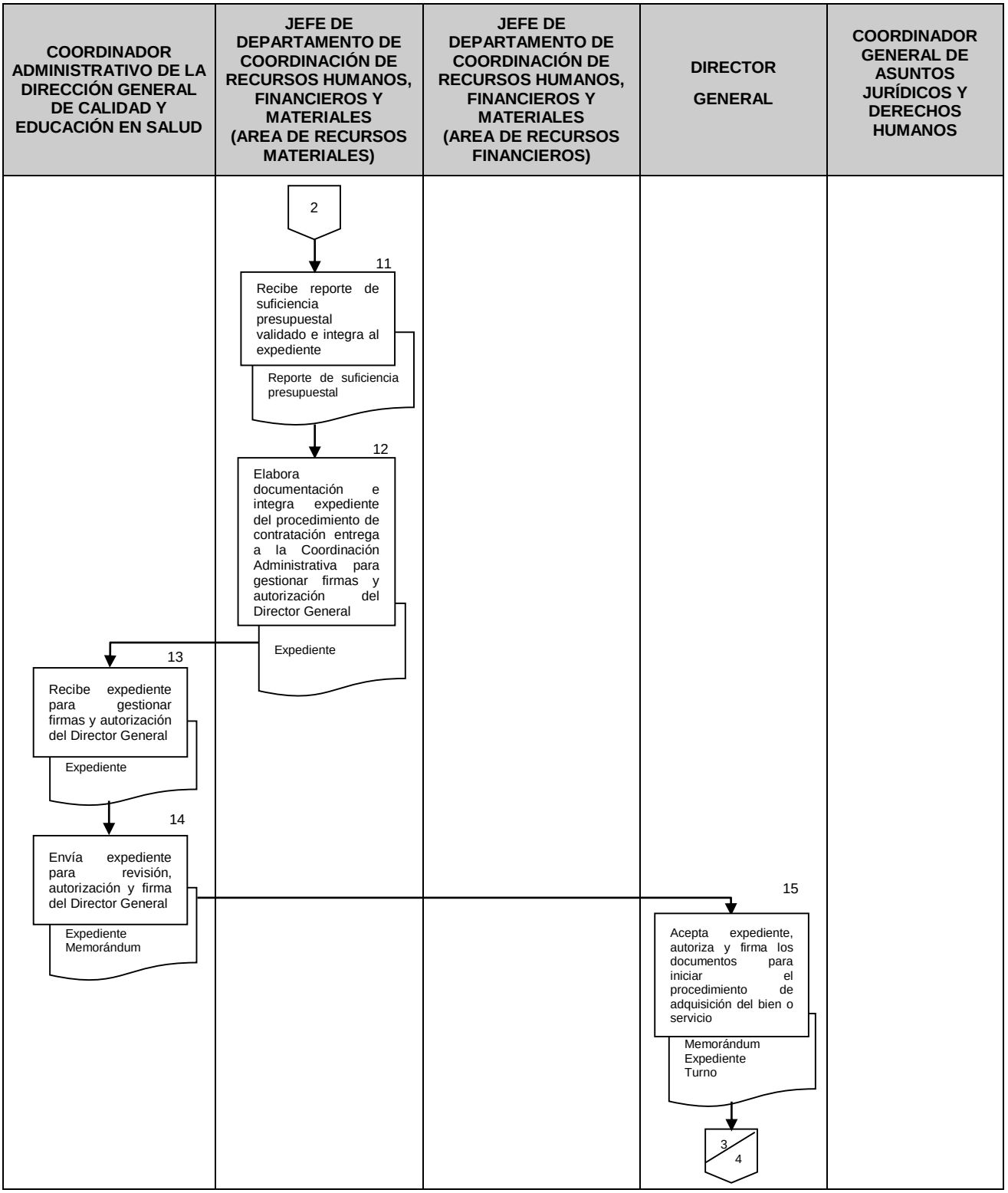
		recursos materiales) y coordina la elaboración del contrato.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	18	Recibe el turno de la Coordinación Administrativa con expediente firmado y autorizado, así como la instrucción de elaboración y formalización del contrato.	▪ Turno y Expediente
	19	Elabora proyecto de contrato y lo envía mediante oficio a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, para su opinión y visto bueno	▪ Proyecto de Contrato y Oficio
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	20	Recibe proyecto de contrato, revisa y emite opinión y visto bueno	▪ Proyecto de Contrato
	21	Envía mediante oficio proyecto de contrato con la opinión y visto bueno a la Coordinación Administrativa.	▪ Oficio
Coordinador Administrativo	22	Recibe proyecto de contrato con la opinión y visto bueno de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos y lo turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales).	▪ Oficio y Turno
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	23	Recibe turno de la Coordinación Administrativa con oficio y proyecto de contrato con la opinión y visto bueno de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	▪ Turno
	24	Realiza las adecuaciones procedentes al contrato derivadas de la opinión y visto bueno de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	▪ Contrato
	25	Notifica la adjudicación del contrato al proveedor que de acuerdo a la evaluación de las propuestas ofreció las mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad, señalando fecha y hora en la que deberá pasar a firmar y recibir el contrato original y la fecha en que deberá entregar la garantía de cumplimiento del contrato.	▪ Oficio
	26	Emite cuatro ejemplares originales del contrato, recaba firmas autógrafas de los servidores públicos responsables de la adjudicación y del proveedor.	▪ Contrato formalizado
	27	Elabora memorándum de entrega de contrato original para trámite de pago (área de recursos financieros).	▪ Memorándum

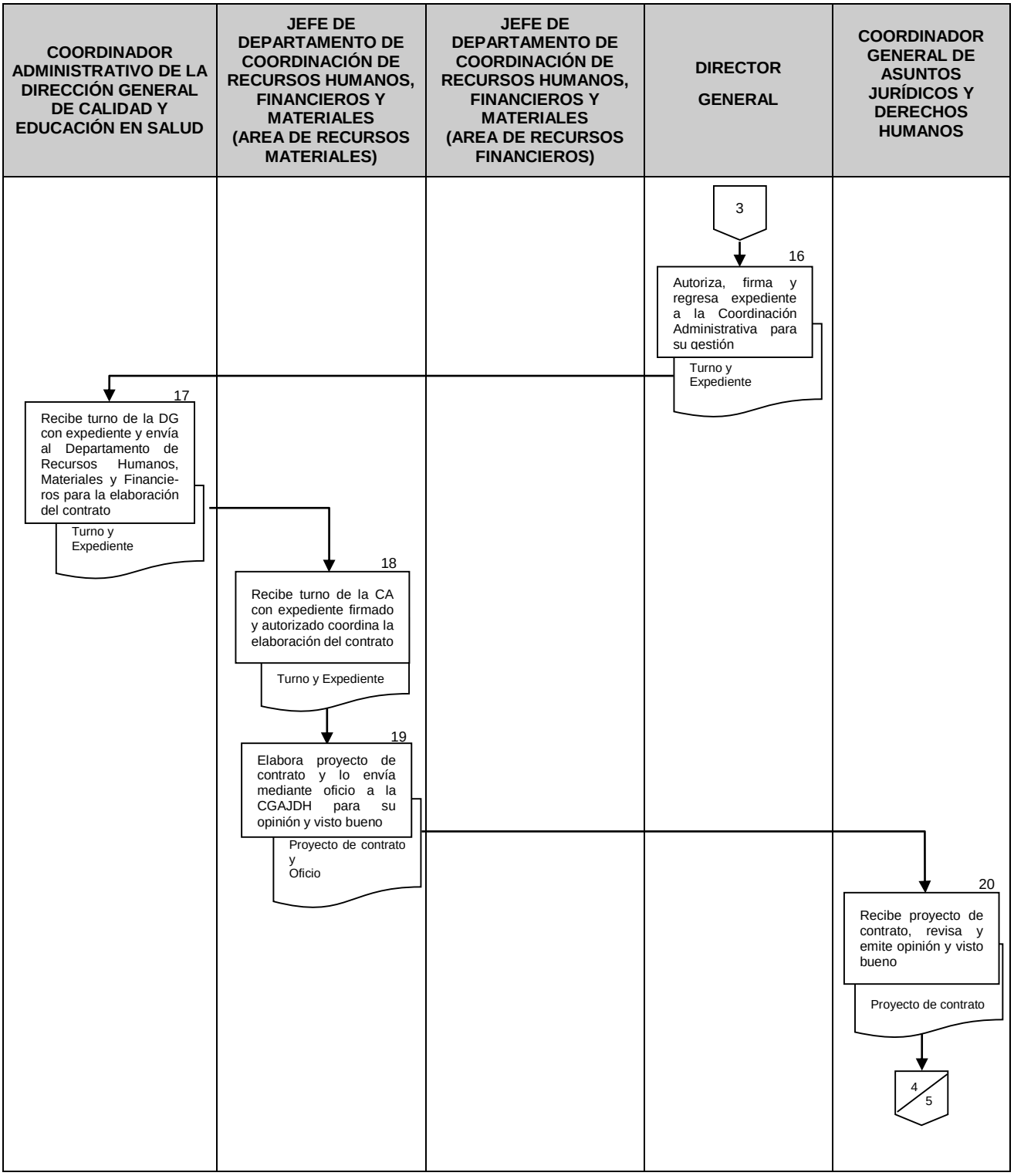
	28	Otorga un original al proveedor.	▪ Copia de caratula de contrato como acuse de recibo.
	29	Integra contrato original, garantía de cumplimiento de contrato (fianza) en caso de aplicar según la normatividad y se entrega original para pago al área de recursos financieros. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Expediente

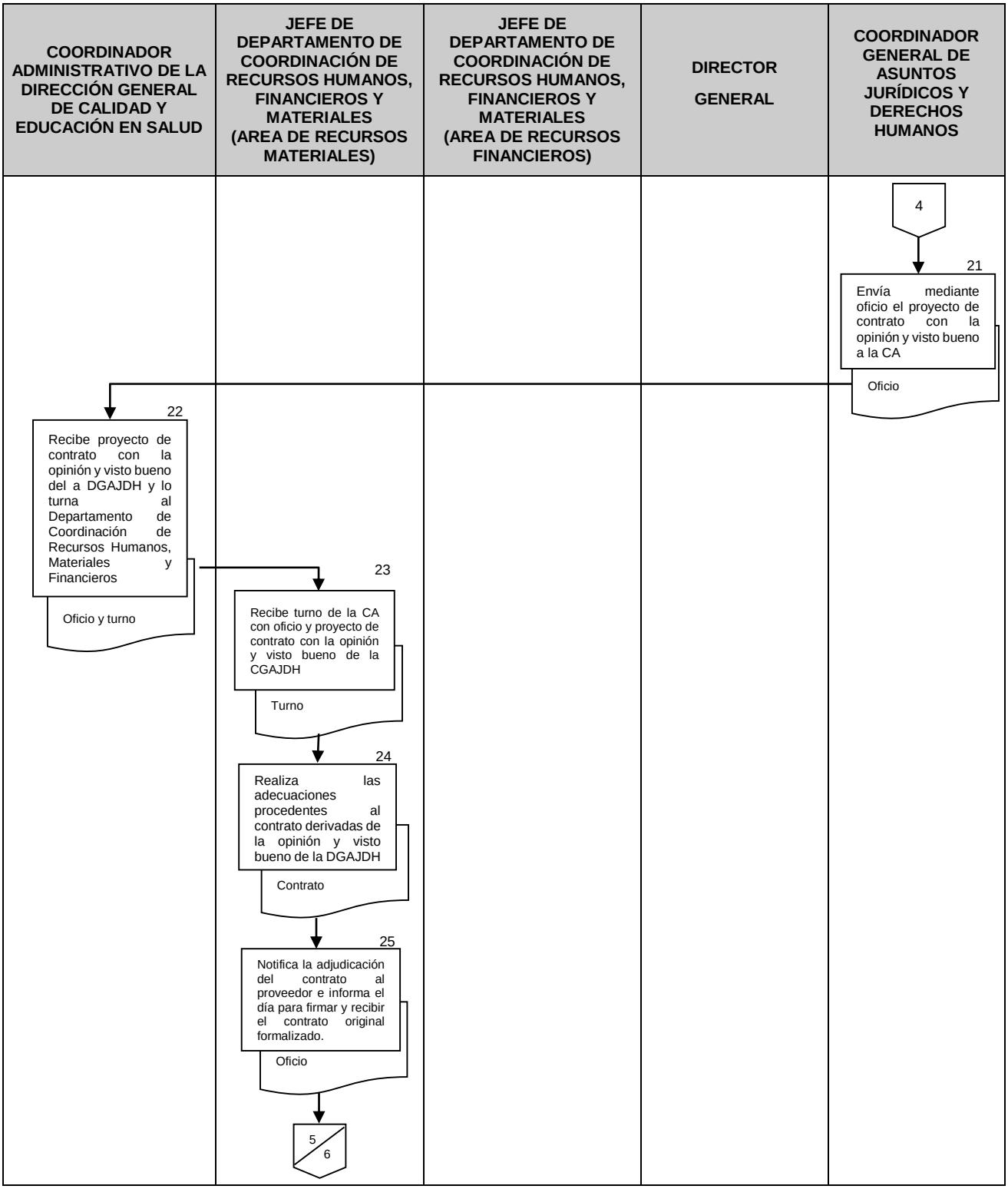
5. DIAGRAMA DE FLUJO

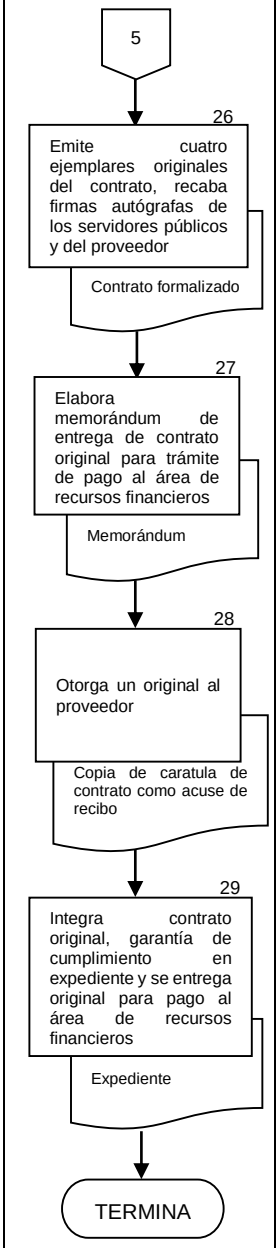
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL	COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
				

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL	COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
				


COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
2
11
Recibe reporte de suficiencia presupuestal validado e integra al expediente
Reporte de suficiencia presupuestal
12
Elabora documentación e integra expediente del procedimiento de contratación entrega a la Coordinación Administrativa para gestionar firmas y autorización del Director General
Expediente
13
Recibe expediente para gestionar firmas y autorización del Director General
Expediente
14
Envía expediente para revisión, autorización y firma del Director General
Expediente
Memorándum
15
Acepta expediente, autoriza y firma los documentos para iniciar el procedimiento de adquisición del bien o servicio
Memorándum
Expediente
Turno
3
4


COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
3
16
Autoriza, firma y regresa expediente a la Coordinación Administrativa para su gestión
Turno y Expediente
17
Recibe turno de la DG con expediente y envía al Departamento de Recursos Humanos, Materiales y Financie-ros para la elaboración del contrato
Turno y Expediente
18
Recibe turno de la CA con expediente firmado y autorizado coordina la elaboración del contrato
Turno y Expediente
19
Elabora proyecto de contrato y lo envía mediante oficio a la CGAJDH para su opinión y visto bueno
Proyecto de contrato y Oficio
20
Recibe proyecto de contrato, revisa y emite opinión y visto bueno
Proyecto de contrato
4
5


COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
4
21
Envía mediante oficio el proyecto de contrato con la opinión y visto bueno a la CA
Oficio
22
Recibe proyecto de contrato con la opinión y visto bueno del a DGAJDH y lo turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros
Oficio y turno
23
Recibe turno de la CA con oficio y proyecto de contrato con la opinión y visto bueno de la CGAJDH
Turno
24
Realiza las adecuaciones procedentes al contrato derivadas de la opinión y visto bueno de la DGAJDH
Contrato
25
Notifica la adjudicación del contrato al proveedor e informa el día para firmar y recibir el contrato original formalizado.
Oficio
5
6

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL	COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Manual General de Organización de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Contrato de servicio	6 AÑOS	Coordinación Administrativa o adquisiciones	N/A
7.2 Contrato de arrendamiento	6 AÑOS	Coordinación Administrativa o adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adjudicación directa.** Mecanismos de adquisición de un bien o servicio de forma inmediata atendiendo a los importes permitidos para la compra así como a los criterios de racionalidad y austeridad en el ejercicio del gasto.

8.2 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adquiere un bien o un derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.3 **Arrendamiento.** Procedimiento mediante el cual la DGCES obtiene el derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.4 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal**.**

8.5 **Servicio.** La prestación de servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con obra pública.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada al 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 FO-CON-04
10.2 FO-CON-05

10.1 FO-CON-04

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Fecha.

ASUNTO:

Estimado
Apoderado Legal de la Empresa
DIRECCIÓN:
Tel.
Correo electrónico

xxxx

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Anexo 1

Para formular su cotización deberá considerar los siguientes aspectos:

- 1.- Los datos de los bienes, arrendamientos o servicios a cotizar (mismos que se especifican en el anexo técnico de la solicitud de cotización).
- 2.- Condiciones de entrega: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
  - Entregas parciales con una vigencia máxima (fechas o plazo): Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
  - El lugar de entrega será: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

  3.-Considerar en su cotización que el pago es a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la factura, previa entrega de los bienes o prestación de los servicios a satisfacción.
- 4.- Señalar en su caso, el porcentaje del anticipo: **xxx**
- 5.- El porcentaje de garantía de cumplimiento será del: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- 6.- Penas convencionales por atraso en la entrega de bienes y/o servicios será del: **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

10.2 FO-CON-05

Nombre del proveedor	Número de identificación del bien, arrendamiento o servicio	Proporciona las condiciones solicitadas en el Anexo Técnico	TITULO (1)	TITUTLO (2)	TITULO (3)	Precio I.V.A. incluido

Fecha:
No. de requisición:

No. de Partida	CUCOP	DESCRIPCIÓN

FUENTES CONSULTADAS

CompraNet	
Histórico	
Cotizaciones	

Elaboró

145. PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD POR INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS

1. PROPÓSITO

1.1. Programar y coordinar las adquisiciones de bienes y servicios requeridos por las diferentes áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para el debido cumplimiento de las funciones que tienen a su cargo, derivadas de diversa normatividad, de conformidad con el presupuesto asignado a la DGCES.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien revisa, autoriza y firma los documentos para la adquisición del bien o servicio, las Direcciones Generales Adjuntas, Direcciones de Área como áreas requirentes, supervisan la adquisición del bien o servicio y la Coordinación Administrativa en su caso como solicitante, coordinadora, gestora y contratante.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto (DGPOP), emitiendo las autorizaciones presupuestales para la realización de los procedimientos de contratación; a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMYSG) coadyuvando en la realización de los procesos y contratos en la modalidad de invitación a cuando menos tres personas, Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) y Dirección General de Comunicación Social (DGCS) analizando y emitiendo las autorizaciones en materia de informática y de imagen institucional que se requieran en los procesos de adquisición de bienes o contratación de servicios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, (a través del área de recursos materiales), será la responsable de efectuar la integración de los expedientes de adquisición de los bienes o servicios que requieran las diversas áreas que integran a la DGCES, de conformidad con las atribuciones que tienen encomendadas y de conformidad con el Programa Anual de Trabajo.

3.2 La adquisición de los bienes o servicios se efectuará considerando primeramente el presupuesto asignado a la DGCES, de conformidad con el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), Programa Anual de Trabajo (PAT) y de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Salud y su reglamento, el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Acuerdo por el que se delegan facultades en materia de adquisiciones con cargo a presupuesto asignado publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de marzo de 2006; y a las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud (POBALINES); adquisiciones que tendrán que priorizarse, de acuerdo a la importancia que represente el contar con los bienes o servicios para el cumplimiento de los objetivos y metas diseñadas anualmente.

3.3 Los criterios de contratación, que deberán prevalecer en las adquisiciones, de conformidad con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se fundamentarán en la eficiencia, eficacia, transparencia imparcialidad y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados; asimismo, serán de conformidad con lo dispuesto en los Lineamientos por los que se establecen las medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. Por lo que la Coordinación Administrativa a través de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, será la responsable de ejercitar la modalidad de adquisición por invitación a cuando menos tres proveedores de los distintos bienes y servicios conforme a las necesidades de las distintas áreas que integran a la DGCES.

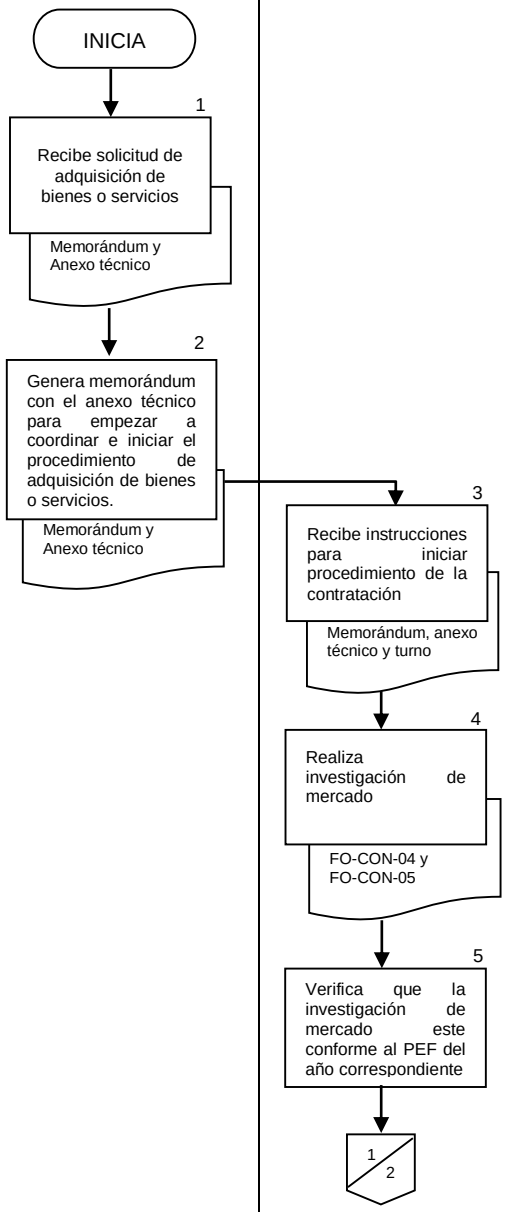
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

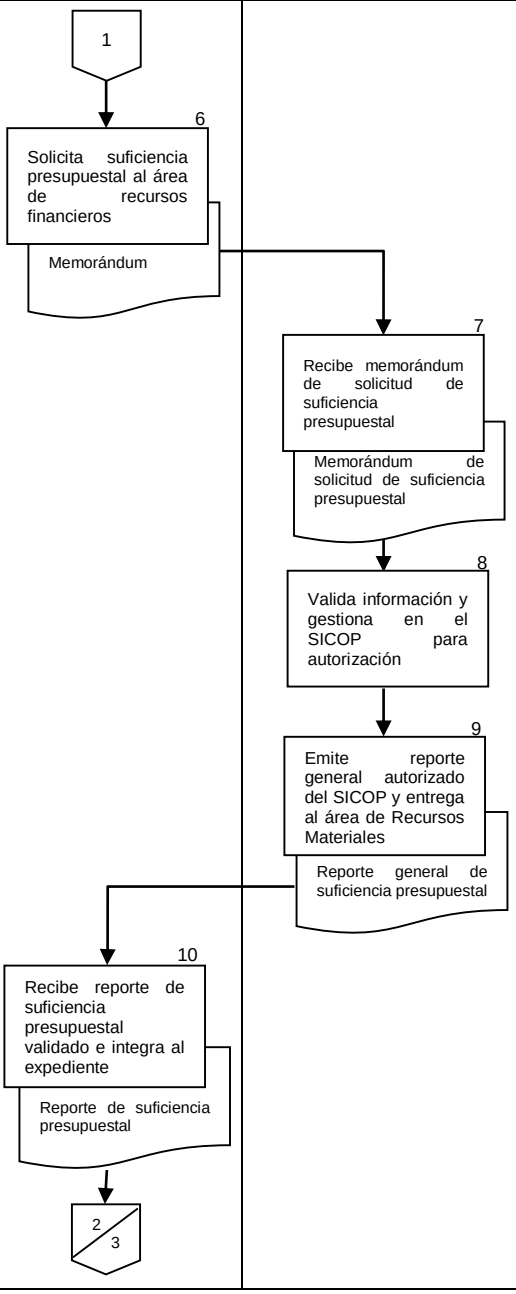
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Recibe de las áreas usuarias (Dirección General, Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área) a través de memorándum firmado por el titular del área, la solicitud de adquisición de bienes o contratación de servicios y anexo técnico conteniendo las especificaciones técnicas.	▪ Memorándum y Anexo Técnico.
	2	Genera memorándum con el anexo técnico para empezar a coordinar e iniciar el procedimiento de adquisición de bienes o servicios.	▪ Memorándum y Anexo Técnico
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	3	Recibe de la Coordinación Administrativa memorándum y anexos, así como instrucción para iniciar el procedimiento de adquisición de bienes o contratación de servicios.	▪ Memorándum, Anexo técnico y Turno.
	4	Realiza investigación de mercado, con objeto de identificar la existencia de los bienes o servicios a adquirir en el mercado; así como proveedores en el mercado nacional o internacional y obtener el precio estimado para la adquisición o servicio.	▪ FO-CON-04 y FO-CON-05
	5	Verifica que los precios obtenidos en la investigación de mercado se encuentren dentro de los montos máximos de actuación para realizar adjudicaciones mediante el procedimiento de invitación a cuando menos tres personas conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación y evalúa y valida con el área requirente, las propuestas recibidas e identifica al posible proveedor al cual se le asignará el contrato.	
	6	Solicita mediante memorándum la suficiencia presupuestal (al área de recursos financieros), considerando el monto de la mejor oferta obtenida en la investigación de mercado, indicando el programa presupuestal y la partida presupuestal que se afectará de conformidad con la normatividad aplicable.	▪ Memorándum

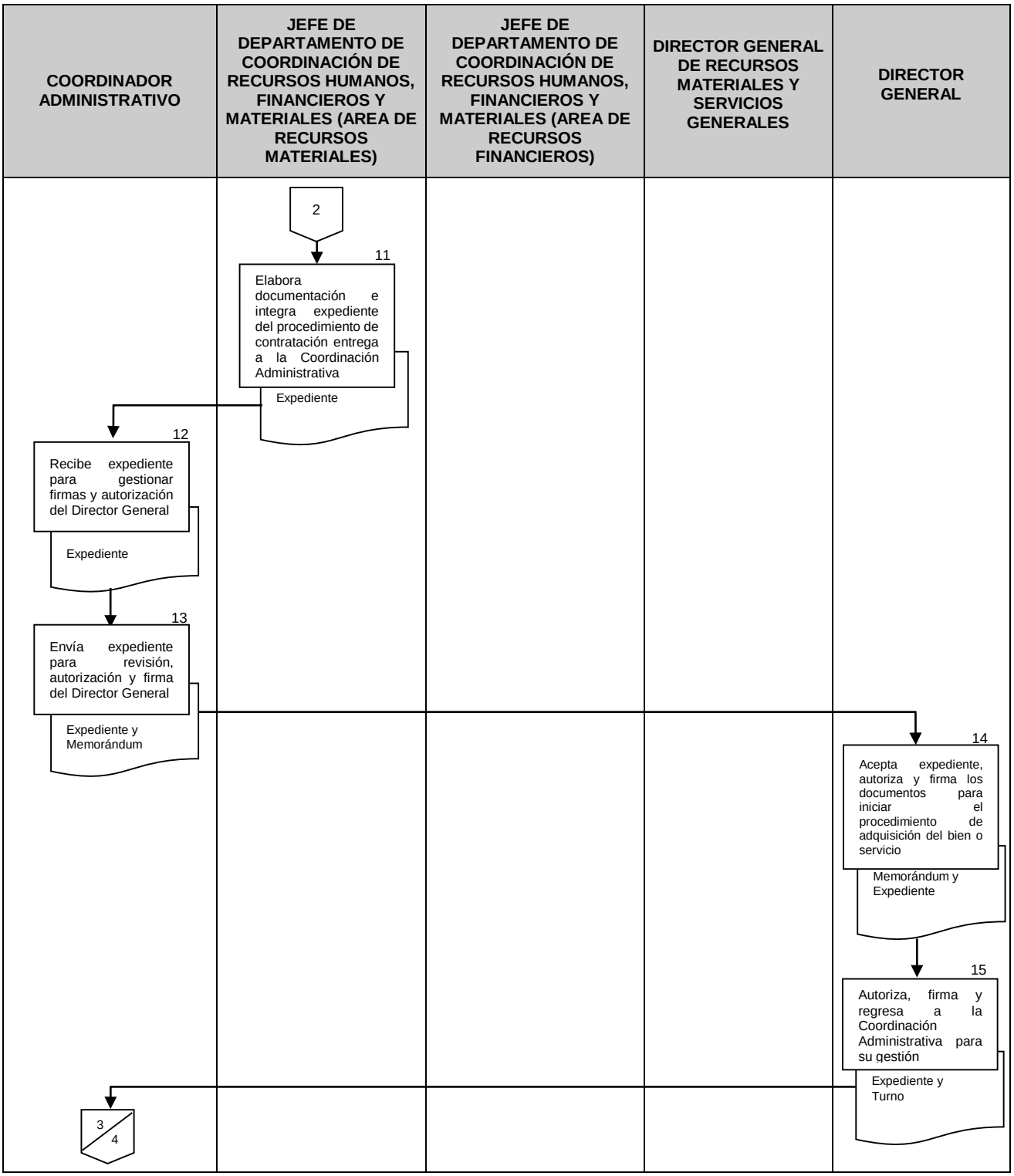
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	7	Recibe memorándum de solicitud de suficiencia presupuestal (del área de recursos materiales).	▪ Memorándum de Solicitud de suficiencia presupuestal.
	8	Valida información y gestiona en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, la autorización de la suficiencia presupuestal.	
	9	Emite reporte general de suficiencia presupuestal con autorización obtenida a través del SICOP y lo entrega (al área de recursos materiales) con la validación de la Coordinación Administrativa.	▪ Reporte General de Suficiencia Presupuestal.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	10	Recibe reporte general de suficiencia presupuestal validado por la Coordinación Administrativa e integra en el expediente.	▪ Reporte General de Suficiencia Presupuestal.
	11	Elabora documentación e integra expediente conforme a la normatividad vigente a lo establecido en las POBALINES y en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y se obtiene el visto bueno a través de la firma en los documentos que lo requieran de los titulares de las áreas que solicitaron la adquisición o servicio y entrega expediente a la Coordinación Administrativa para la gestión de la autorización y firma del Director General en los documentos que lo requieren conforme a los POBALINES.	▪ Expediente
Coordinador Administrativo	12	Recibe expediente, para la gestión de la autorización y firma del Director General.	▪ Expediente
	13	Envía expediente completo a la Dirección General para su revisión, autorización y firma.	▪ Expediente y Memorándum
Director General	14	Acepta expediente a través de memorándum, revisa, autoriza y firma los documentos para iniciar el procedimiento de adquisición del bien o servicio.	▪ Memorándum y Expediente
	15	Autoriza, firma y regresa a la Coordinación Administrativa para su gestión.	▪ Expediente y Turno
Coordinador Administrativo	16	Recibe turno con expediente de la Dirección General firmado y autorizado, envía al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales) e instruye	▪ Turno y Expediente

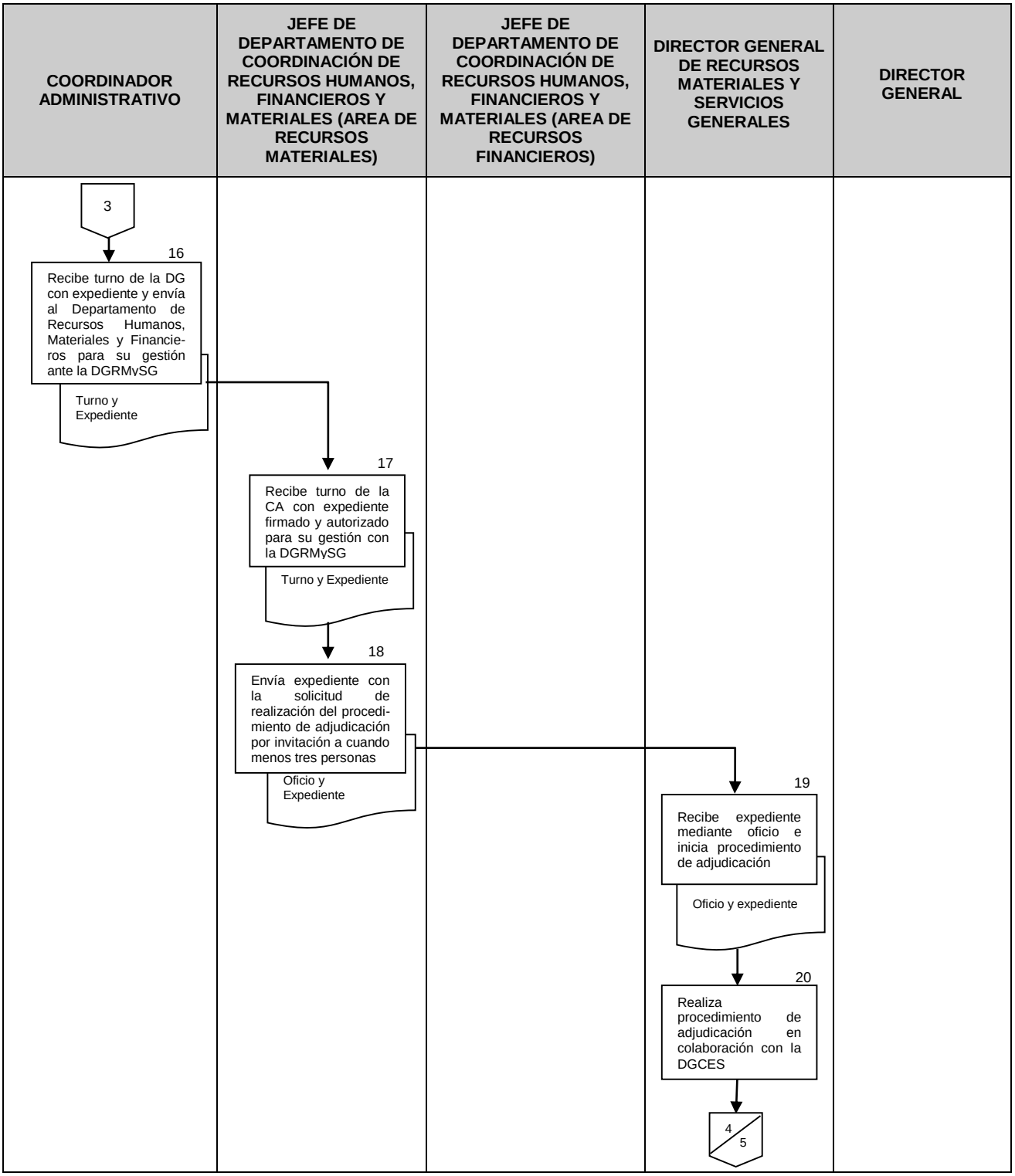
		el envío del expediente a la DGRMySG para que se continúe con el procedimiento de adquisición.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	17	Recibe el turno de la Coordinación Administrativa con expediente firmado y autorizado; así como la instrucción del envío del expediente a la DGRMySG para que se continúe con el procedimiento de adquisición.	▪ Turno y Expediente
	18	Envía expediente con la solicitud de realización del procedimiento de adjudicación mediante la modalidad de invitación a cuando menos tres proveedores.	▪ Oficio y Expediente
Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales	19	Recibe expediente mediante oficio, e inicia procedimiento de adjudicación.	▪ Oficio y Expediente
	20	Realiza procedimiento de adjudicación en colaboración con la DGCES, conforme a lo establecido en la normatividad aplicable.	
	21	Emite fallo, adjudica y formaliza el contrato o contrato-pedido correspondiente.	
	22	Envía mediante oficio o memorándum original de contrato o contrato-pedido a la DGCES.	▪ Oficio o Memorándum
Director General	23	Recibe oficio y contrato o contrato-pedido original y turna a la Coordinación Administrativa para trámite de pago y archivo.	▪ Oficio y Contrato o Contrato - Pedido
Coordinador Administrativo	24	Recibe turno y contrato o contrato-pedido para trámite de pago y archivo y turna a la Jefatura de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales) e instruye se realice el trámite de pago y archivo en expediente.	▪ Turno Contrato o Contrato - Pedido
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	25	Recibe turno de la Coordinación Administrativa con contrato o contrato-pedido e instrucción de trámite de pago y archivo en expediente.	▪ Turno y Contrato o contrato - pedido formalizado.
	26	Archiva expediente original, elabora memorándum para entrega del contrato o contrato-pedido original y envía para trámite de pago al área de recursos financieros. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Memorándum, Contrato o Contrato - Pedido y Expediente

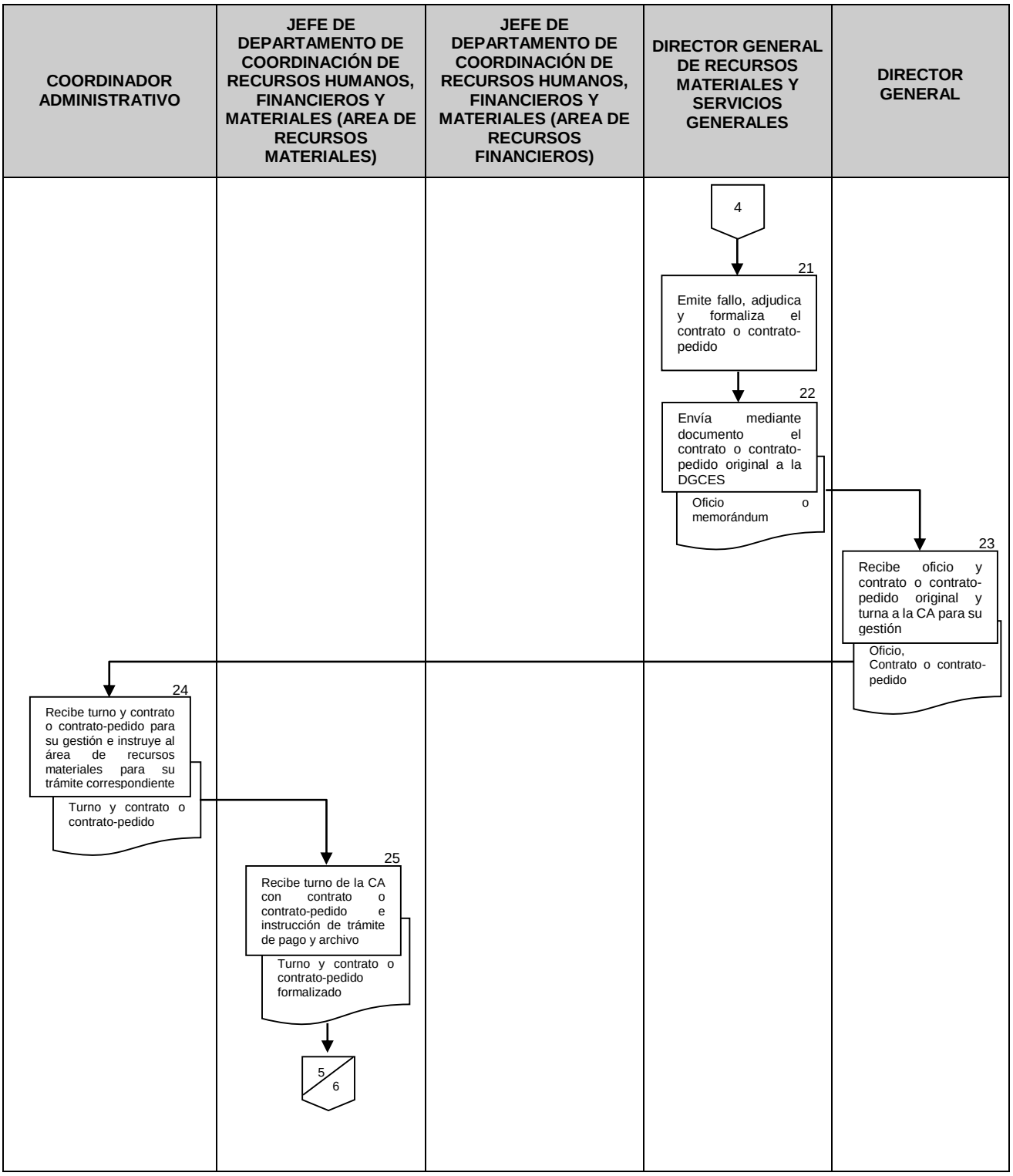
5. DIAGRAMA DE FLUJO

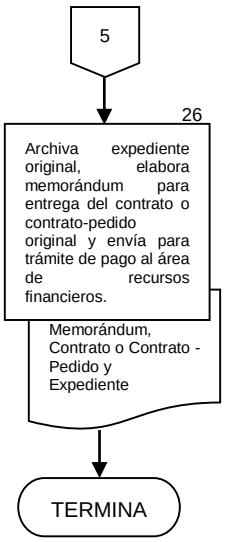
COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
				

COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
				


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECTOR GENERAL
2
11
Elabora documentación e integra expediente del procedimiento de contratación entrega a la Coordinación Administrativa
Expediente
12
Recibe expediente para gestionar firmas y autorización del Director General
Expediente
13
Envía expediente para revisión, autorización y firma del Director General
Expediente y Memorándum
14
Acepta expediente, autoriza y firma los documentos para iniciar el procedimiento de adquisición del bien o servicio
Memorándum y Expediente
15
Autoriza, firma y regresa a la Coordinación Administrativa para su gestión
Expediente y Turno
3
4


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECTOR GENERAL
3
16
Recibe turno de la DG con expediente y envía al Departamento de Recursos Humanos, Materiales y Financie-ros para su gestión ante la DGRMySG
Turno y Expediente
17
Recibe turno de la CA con expediente firmado y autorizado para su gestión con la DGRMySG
Turno y Expediente
18
Envía expediente con la solicitud de realización del procedi-miento de adjudicación por invitación a cuando menos tres personas
Oficio y Expediente
19
Recibe expediente mediante oficio e inicia procedimiento de adjudicación
Oficio y expediente
20
Realiza procedimiento de adjudicación en colaboración con la DGCES
4
5


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECTOR GENERAL
4
21
Emite fallo, adjudica y formaliza el contrato o contrato-pedido
22
Envía mediante documento el contrato o contrato-pedido original a la DGCES
Oficio o memorándum
23
Recibe oficio y contrato o contrato-pedido original y turna a la CA para su gestión
Oficio, Contrato o contrato-pedido
24
Recibe turno y contrato o contrato-pedido para su gestión e instruye al área de recursos materiales para su trámite correspondiente
Turno y contrato o contrato-pedido
25
Recibe turno de la CA con contrato o contrato-pedido e instrucción de trámite de pago y archivo
Turno y contrato o contrato-pedido formalizado
5
6

COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Manual General de Organización de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Contrato de servicio	6 AÑOS	Coordinación Administrativa o adquisiciones	N/A
7.2 Contrato de arrendamiento	6 AÑOS	Coordinación Administrativa o adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adquiere un bien o un derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.2 **Arrendamiento.** Procedimiento mediante el cual la DGCES obtiene el derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.3 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal.

8.4 **Compra directa.** Mecanismos de adquisición de un bien o servicio de forma inmediata atendiendo a los importes permitidos para la compra así como a los criterios de racionalidad y austeridad en el ejercicio del gasto.

8.5 **Servicio.** La prestación de servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con obra pública.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada al 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 FO-CON-04
10.2 FO-CON-05

10.1 FO-CON-04

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Fecha.

ASUNTO:

Estimado
Apoderado Legal de la Empresa
DIRECCIÓN:
Tel.
Correo electrónico

xxxx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Anexo 1

Para formular su cotización deberá considerar los siguientes aspectos:

- 1.- Los datos de los bienes, arrendamientos o servicios a cotizar (mismos que se especifican en el anexo técnico de la solicitud de cotización).
- 2.- Condiciones de entrega: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
  - Entregas parciales con una vigencia máxima (fechas o plazo): Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
  - El lugar de entrega será: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

  3.-Considerar en su cotización que el pago es a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la factura, previa entrega de los bienes o prestación de los servicios a satisfacción.
- 4.- Señalar en su caso, el porcentaje del anticipo: **xxx**
- 5.- El porcentaje de garantía de cumplimiento será del: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- 6.- Penas convencionales por atraso en la entrega de bienes y/o servicios será del: **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

10.2 FO-CON-05

Nombre del proveedor	Número de identificación del bien, arrendamiento o servicio	Proporciona las condiciones solicitadas en el Anexo Técnico	TITULO (1)	TITUTLO (2)	TITULO (3)	Precio I.V.A. incluido

Fecha:	
No. de requisición:	

No. de Partida	CUCOP	DESCRIPCIÓN

FUENTES CONSULTADAS	
CompraNet	
Histórico	
Cotizaciones	

Elaboró

146. PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD POR LICITACIÓN PÚBLICA

1. PROPÓSITO

1.1. Programar y coordinar las adquisiciones de bienes y servicios requeridos por las diferentes áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para el debido cumplimiento de las funciones que tienen a su cargo, derivadas de diversa normatividad, de conformidad con el presupuesto asignado a la DGCES.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien revisa, autoriza y firma los documentos para la adquisición del bien o servicio, las Direcciones Generales Adjuntas, Direcciones de Área como áreas requirentes, supervisan la adquisición del bien o servicio y la Coordinación Administrativa en su caso como solicitante, coordinadora, gestora y contratante.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto (DGPOP), emitiendo las autorizaciones presupuestales para la realización de los procedimientos de contratación; a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMYSG) coadyuvando en la realización de los procesos y contratos en la modalidad de Licitación Pública, Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) y Dirección General de Comunicación Social (DGCS) analizando y emitiendo las autorizaciones en materia de informática y de imagen institucional que se requieran en los procesos de adquisición de bienes o contratación de servicios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, (a través del área de recursos materiales), será la responsable de efectuar la integración de los expedientes de adquisición de los bienes o servicios que requieran las diversas áreas que integran a la DGCES, de conformidad con las atribuciones que tienen encomendadas y de conformidad con el Programa Anual de Trabajo.

3.2 La adquisición de los bienes o servicios se efectuará considerando primeramente el presupuesto asignado a la DGCES, de conformidad con el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), Programa Anual de Trabajo (PAT) y de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Salud y su reglamento, el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Acuerdo por el que se delegan facultades en materia de adquisiciones con cargo a presupuesto asignado publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de marzo de 2006; y a las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud (POBALINES); adquisiciones que tendrán que priorizarse, de acuerdo a la importancia que represente el contar con los bienes o servicios para el cumplimiento de los objetivos y metas diseñadas anualmente.

3.3 Los criterios de contratación, que deberán prevalecer en las adquisiciones, de conformidad con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se fundamentarán en la eficiencia, eficacia, transparencia imparcialidad y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados; asimismo, serán de conformidad con lo dispuesto en los Lineamientos por los que se establecen las medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. Por lo que la Coordinación Administrativa a través de su Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, será la responsable de ejercitar la modalidad de adquisición por Licitación Pública de los distintos bienes y servicios conforme a las necesidades de las distintas áreas que integran a la DGCES.

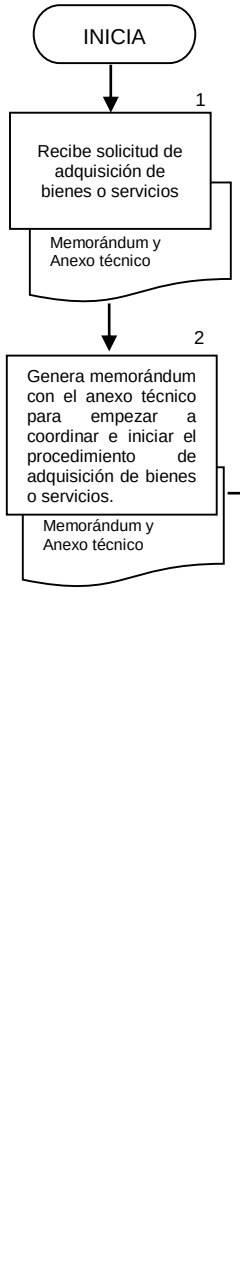
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

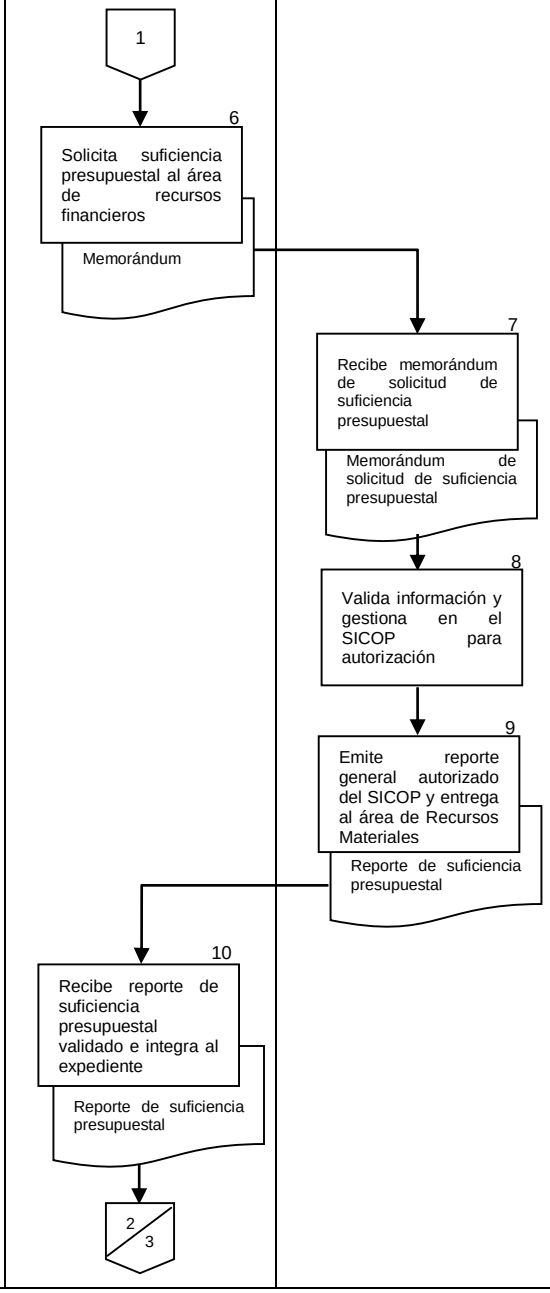
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Recibe de las áreas usuarias (Dirección General, Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área) a través de memorándum firmado por el titular del área, la solicitud de adquisición de bienes o contratación de servicios y anexo técnico conteniendo las especificaciones técnicas.	▪ Memorándum y Anexo Técnico.
	2	Genera memorándum con el anexo técnico para empezar a coordinar e iniciar el procedimiento de adquisición de bienes o servicios.	▪ Memorándum y Anexo Técnico.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	3	Recibe de la Coordinación Administrativa memorándum y anexos, así como instrucción para iniciar el procedimiento de adquisición de bienes o contratación de servicios.	▪ Memorándum, Anexo técnico y Turno.
	4	Realiza investigación de mercado, con objeto de identificar la existencia de los bienes o servicios a adquirir en el mercado; así como proveedores en el mercado nacional o internacional y obtener el precio estimado para la adquisición o servicio.	▪ FO-CON-04 y FO-CON-05
	5	Verifica que los precios obtenidos en la investigación de mercado se encuentren dentro de los montos para realizar adjudicaciones mediante el procedimiento Licitación Pública conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación.	
	6	Solicita mediante memorándum la suficiencia presupuestal (al área de recursos financieros), considerando el precio de la mejor oferta obtenida en la investigación de mercado, indicando el programa presupuestal y la partida presupuestal que se afectará de conformidad con la normatividad aplicable.	▪ Memorándum

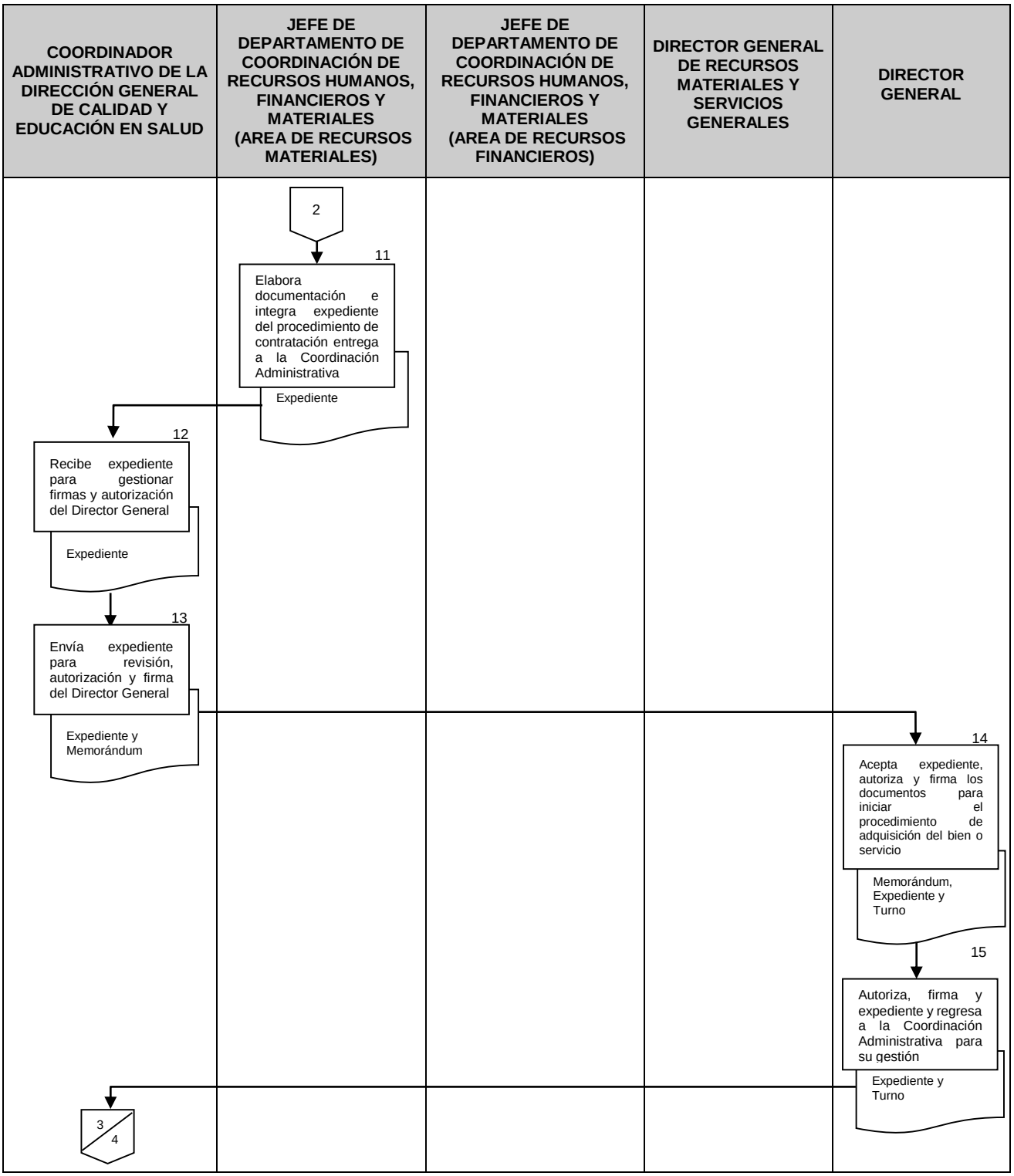
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	7	Recibe memorándum de solicitud de suficiencia presupuestal (del área de recursos materiales).	▪ Memorándum de Solicitud de suficiencia presupuestal.
	8	Valida información y gestiona en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, la autorización de la suficiencia presupuestal.	
	9	Emite reporte general de suficiencia presupuestal con autorización obtenida a través del SICOP y lo entrega (al área de recursos materiales) con la validación de la Coordinación Administrativa. Recibe reporte general de suficiencia presupuestal validado por la Coordinación Administrativa e integra en el expediente.	▪ Reporte General de Suficiencia Presupuestal.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	10	Recibe reporte general de suficiencia presupuestal validado por la Coordinación Administrativa e integra en el expediente.	▪ Reporte General de Suficiencia Presupuestal.
	11	Elabora documentación e integra expediente del procedimiento de contratación conforme a la normatividad vigente a lo establecido en las POBALINES y en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y se obtiene el visto bueno a través de la firma en los documentos que lo requieran de los titulares de las áreas que solicitaron la adquisición o servicio y entrega expediente a la Coordinación Administrativa para la gestión de la autorización y firma del Director General en los documentos que lo requieren conforme a los POBALINES.	▪ Expediente
Coordinador Administrativo	12	Recibe expediente, para la gestión de la autorización y firma del Director General.	▪ Expediente
	13	Envía expediente completo a la Dirección General para su revisión, autorización y firma.	▪ Expediente y Memorándum
Director General	14	Acepta expediente a través de memorándum, revisa, autoriza y firma los documentos para iniciar el procedimiento de adquisición del bien o servicio.	▪ Memorándum, Expediente y Turno
	15	Autoriza el inicio del procedimiento y regresa a la Coordinación Administrativa el expediente debidamente firmado.	▪ Expediente y Turno
Coordinador Administrativo	16	Recibe turno con expediente de la Dirección General firmado y autorizado, envía al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales) e instruye el envío del expediente a la DGRMySG para que se continúe con el procedimiento de adquisición.	▪ Turno y Expediente

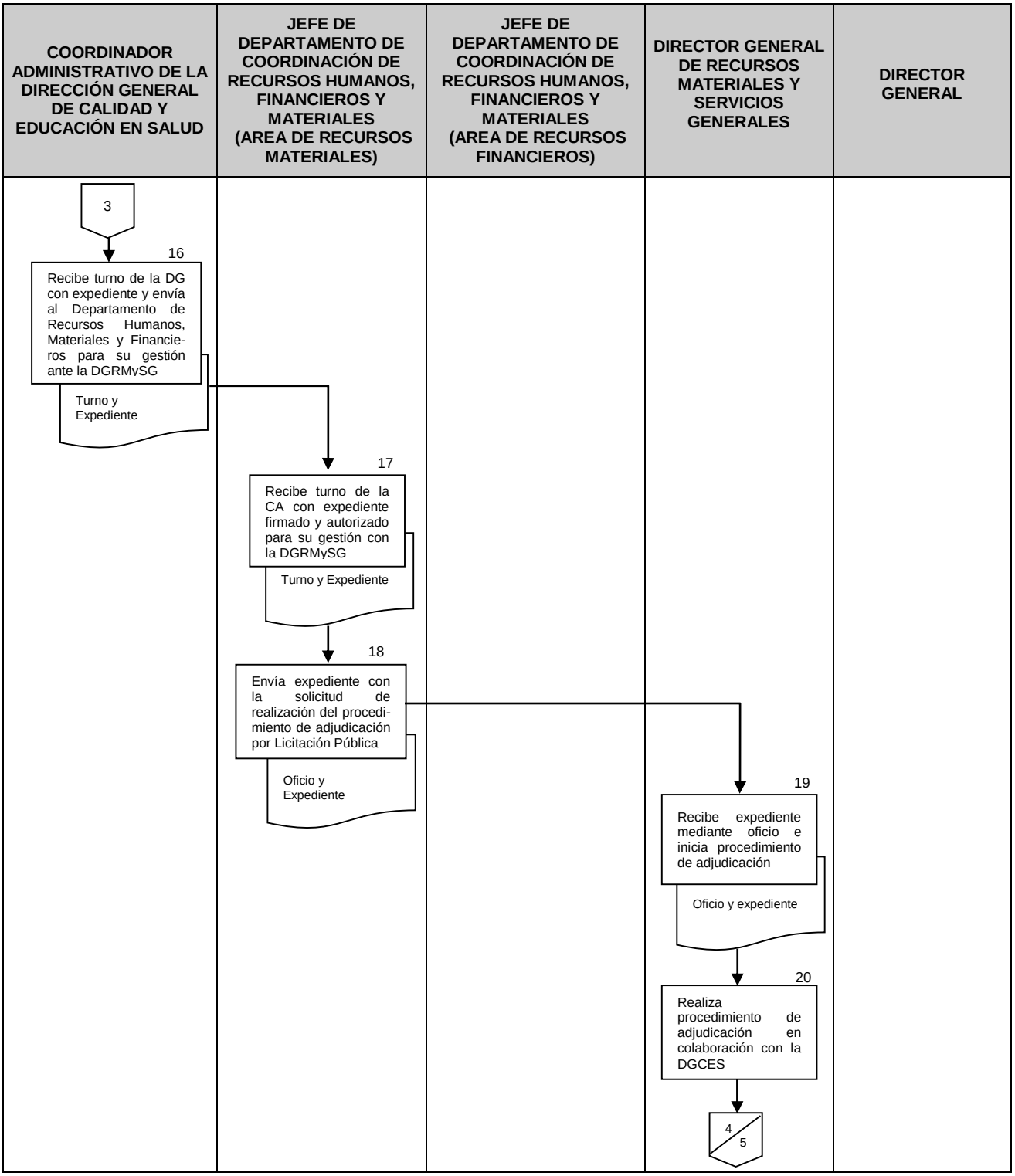
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	17 18	Recibe el turno de la Coordinación Administrativa con expediente firmado y autorizado; así como la instrucción del envío del expediente a la DGRMySG para que se continúe con el procedimiento de adquisición. Envía expediente con la solicitud de realización del procedimiento de adjudicación mediante la modalidad de Licitación Pública.	▪ Turno y Expediente ▪ Oficio y Expediente
Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales	19 20 21 22	Recibe expediente mediante oficio, e inicia procedimiento de adjudicación. Realiza procedimiento de adjudicación en colaboración con la DGCES, conforme a lo establecido en la normatividad aplicable. Emite fallo, adjudica y formaliza el contrato o contrato-pedido correspondiente. Envía mediante oficio o memorándum original de contrato o contrato-pedido a la DGCES.	▪ Oficio y Expediente ▪ Oficio ó memorándum
Director General	23	Recibe oficio y contrato o contrato-pedido original y turna a la Coordinación Administrativa para trámite de pago y archivo.	▪ Oficio y Contrato o Contrato - Pedido
Coordinador Administrativo	24	Recibe turno y contrato o contrato-pedido para trámite de pago y archivo y turna a la Jefatura de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales) e instruye se realice el trámite de pago y archivo en expediente.	▪ Turno
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	25 26	Recibe turno de la Coordinación Administrativa con contrato o contrato-pedido e instrucción de trámite de pago y archivo en expediente. Archiva expediente original, elabora memorándum para entrega del contrato o contrato-pedido original y envía para trámite de pago al área de recursos financieros. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Turno y Contrato o contrato pedido formalizado. ▪ Memorándum, Contrato o Contrato – Pedido y Expediente

5. DIAGRAMA DE FLUJO

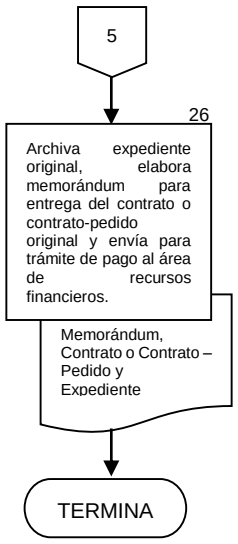
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
				

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
				


COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECTOR GENERAL
2
11
Elabora documentación e integra expediente del procedimiento de contratación entrega a la Coordinación Administrativa
Expediente
12
Recibe expediente para gestionar firmas y autorización del Director General
Expediente
13
Envía expediente para revisión, autorización y firma del Director General
Expediente y Memorándum
14
Acepta expediente, autoriza y firma los documentos para iniciar el procedimiento de adquisición del bien o servicio
Memorándum, Expediente y Turno
15
Autoriza, firma y expediente y regresa a la Coordinación Administrativa para su gestión
Expediente y Turno
3
4


COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECTOR GENERAL
3
16
Recibe turno de la DG con expediente y envía al Departamento de Recursos Humanos, Materiales y Financie-ros para su gestión ante la DGRMySG
Turno y Expediente
17
Recibe turno de la CA con expediente firmado y autorizado para su gestión con la DGRMySG
Turno y Expediente
18
Envía expediente con la solicitud de realización del procedi-miento de adjudicación por Licitación Pública
Oficio y Expediente
19
Recibe expediente mediante oficio e inicia procedimiento de adjudicación
Oficio y expediente
20
Realiza procedimiento de adjudicación en colaboración con la DGCES
4
5

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
			4	
			21 Emite fallo, adjudica y formaliza el contrato o contrato-pedido	
			22 Envía mediante documento el contrato o contrato-pedido original a la DGCES	
			Oficio o memorándum	
				23 Recibe oficio y contrato o contrato-pedido original y turna a la CA para su gestión
				Oficio y Contrato o contrato-pedido
24 Recibe turno y contrato o contrato-pedido para su gestión e instruye al área de recursos materiales para su trámite correspondiente				
Turno				
	25 Recibe turno de la CA con contrato o contrato-pedido e instrucción de trámite de pago y archivo			
	Turno y contrato o contrato-pedido formalizado			
	5/6			

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (AREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	DIRECTOR GENERAL
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Manual General de Organización de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Contrato de servicio	6 años	Coordinación Administrativa o adquisiciones	N/A
7.2 Contrato de arrendamiento	6 años	Coordinación Administrativa o adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adquiere un bien o un derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.2 **Arrendamiento.** Procedimiento mediante el cual la DGCES obtiene el derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.3 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal.

8.4 **Licitación Pública.** Procedimiento de adjudicación a través de convocatoria pública que asegure al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad.

8.5 **Servicio.** La prestación de servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con obra pública.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada al 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 FO-CON-04
10.2 FO-CON-05

10.1 FO-CON-04

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Fecha.

ASUNTO:

Estimado
Apoderado Legal de la Empresa
DIRECCIÓN:
Tel.
Correo electrónico

xxxx

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Anexo 1

Para formular su cotización deberá considerar los siguientes aspectos:

- 1.- Los datos de los bienes, arrendamientos o servicios a cotizar (mismos que se especifican en el anexo técnico de la solicitud de cotización).
- 2.- Condiciones de entrega: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
  - Entregas parciales con una vigencia máxima (fechas o plazo): Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
  - El lugar de entrega será: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

  3.-Considerar en su cotización que el pago es a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la factura, previa entrega de los bienes o prestación de los servicios a satisfacción.
- 4.- Señalar en su caso, el porcentaje del anticipo: **xxx**
- 5.- El porcentaje de garantía de cumplimiento será del: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
- 6.- Penas convencionales por atraso en la entrega de bienes y/o servicios será del: **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

10.2 FO-CON-05

Nombre del proveedor	Número de identificación del bien, arrendamiento o servicio	Proporciona las condiciones solicitadas en el Anexo Técnico	TITULO (1)	TITUTLO (2)	TITULO (3)	Precio I.V.A. incluido

Fecha:	
No. de requisición:	

No. de Partida	CUCOP	DESCRIPCIÓN

FUENTES CONSULTADAS

CompraNet	
Histórico	
Cotizaciones	

Elaboró

_____

147. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (PAT) DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.

1. PROPÓSITO

1.1 Integrar el Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), considerando sus objetivos y atribuciones contenidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y conforme al ejercicio fiscal presupuestal autorizado.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), autoriza el Programa Anual de Trabajo (PAT), la Coordinación Administrativa organiza con las direcciones generales adjuntas y direcciones de área de la DGCES la integración del PAT, el Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales apoya en la integración del PAT a las direcciones generales adjuntas y direcciones de área que remiten la información pada la integración del Programa.

2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la DGCES, coordinará las acciones de planeación, programación y presupuestación, indispensables para cumplir con las atribuciones y funciones asignadas a la DGCES.

3.2 La Coordinación Administrativa, por conducto del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, enviará vía memorándum a las direcciones generales adjuntas y a las direcciones de área de la DGCES: Educación en Salud, Automatización de Procesos y Soporte Técnico, Estomatología, Enfermería, la normatividad y los formatos para la formulación del PAT, en forma escrita y magnética, así como los calendarios de ejecución, con objeto de costear los requerimientos y el establecimiento de los calendarios de las asignaciones presupuestales por concepto de gasto.

3.3 La Coordinación Administrativa auxiliará a las direcciones generales adjuntas y direcciones de área en el llenado de los formatos, así como en la Presupuestación de los requerimientos programados en el PAT, que garantice la asignación presupuestal en el calendario de ejecución, designado por las áreas que conforman la DGCES.

3.4 El PAT se realizará conforme a la estructura vigente y se efectuará en el mes de mes de junio del año anterior al ejercicio del presupuesto.

3.5 La Coordinación Administrativa de la DGCES con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros es responsable de validar los registros que las áreas de estructura previamente han llenado en el sistema informático, para gestionar el llenado y la actualización de la guía simple de archivos de la DGCES dentro de los primeros 15 días del mes de enero del año en curso.

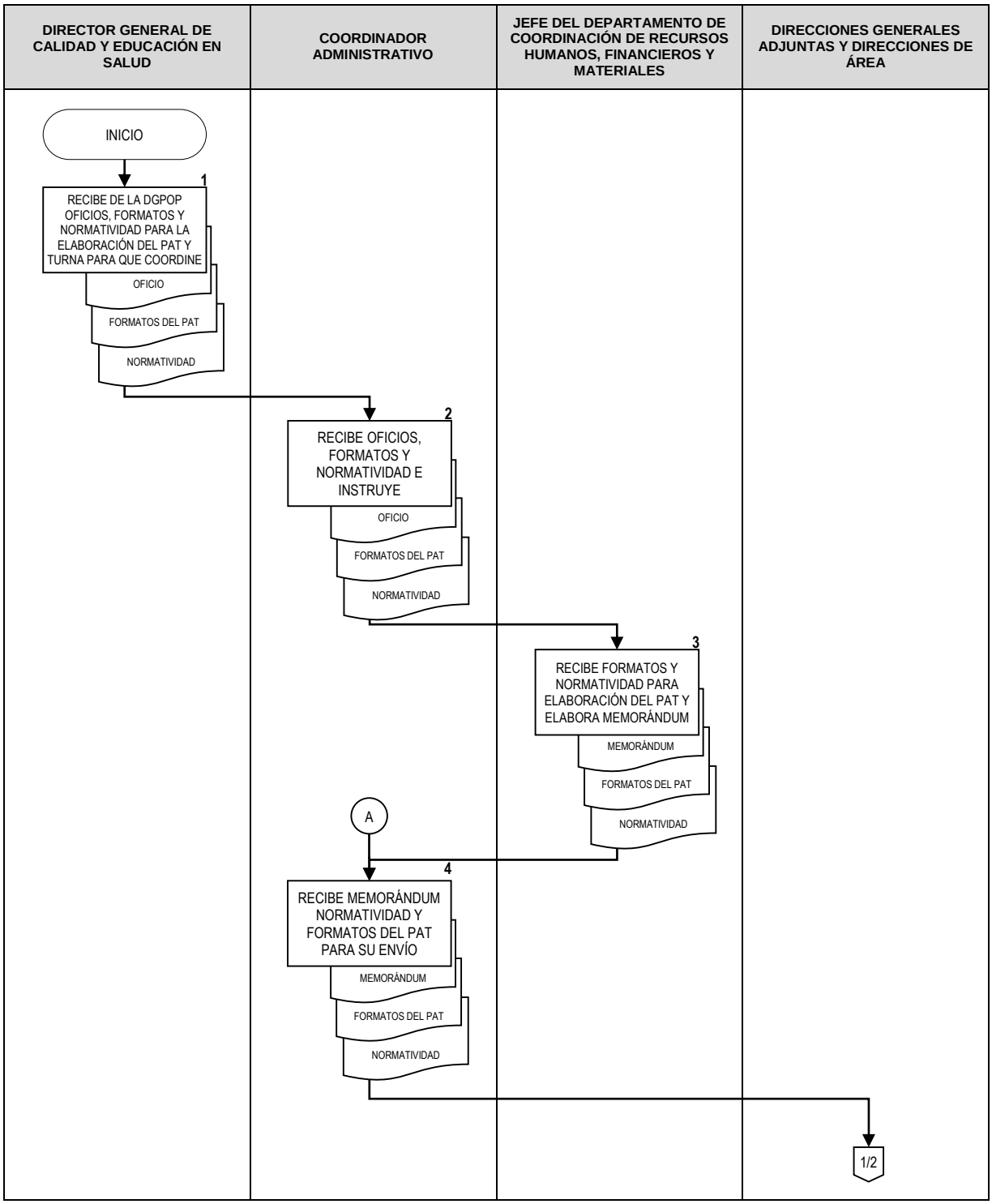
3.6 La Coordinación Administrativa, por conducto del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, recabará la información vertida por las direcciones generales adjuntas y direcciones de área, así como lo requerimientos de la oficina de la dirección general y la propia Coordinación Administrativa. La Coordinación Administrativa presentará a la dirección general, el anteproyecto del PAT y recabará el visto bueno para su difusión entre el personal de la Dirección General.

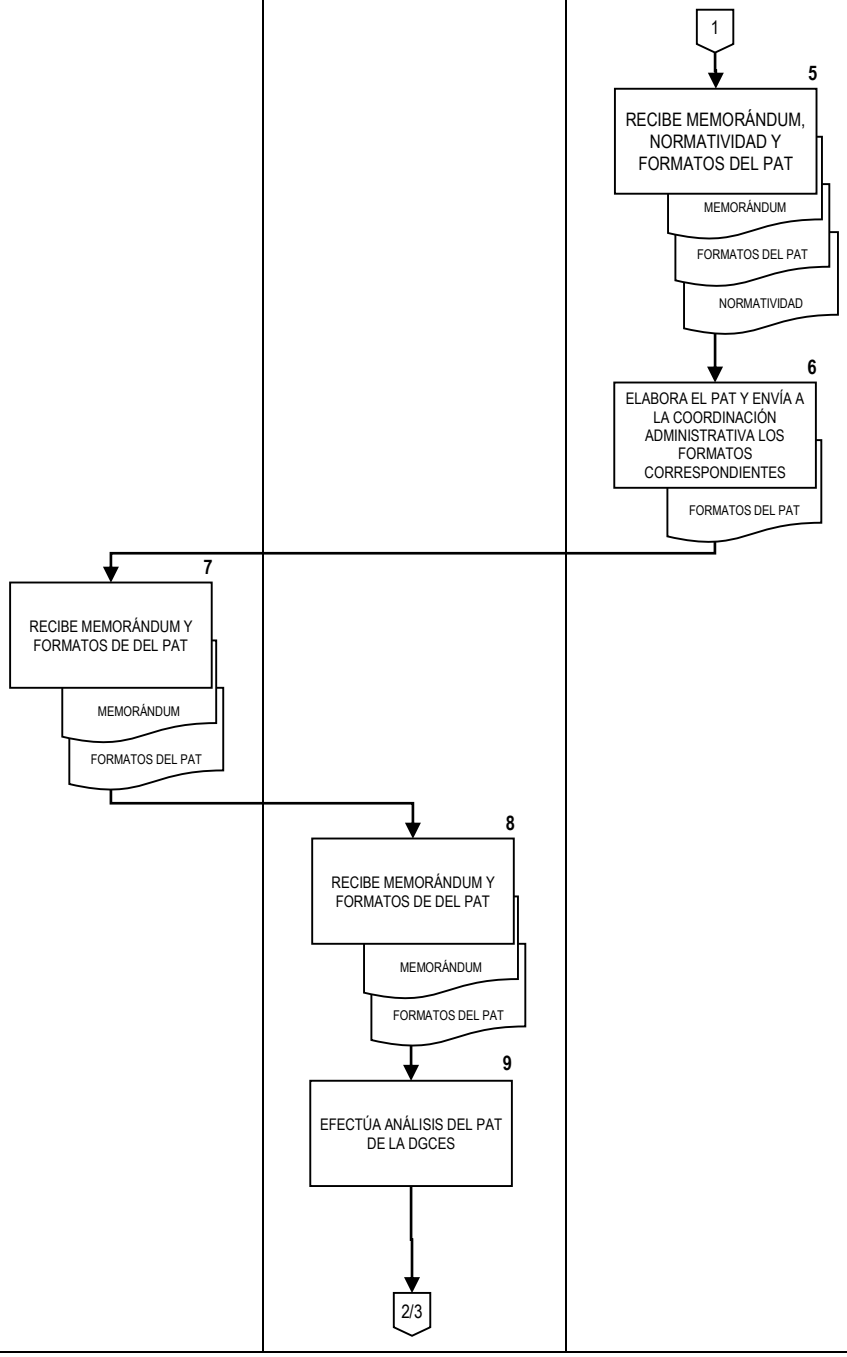
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

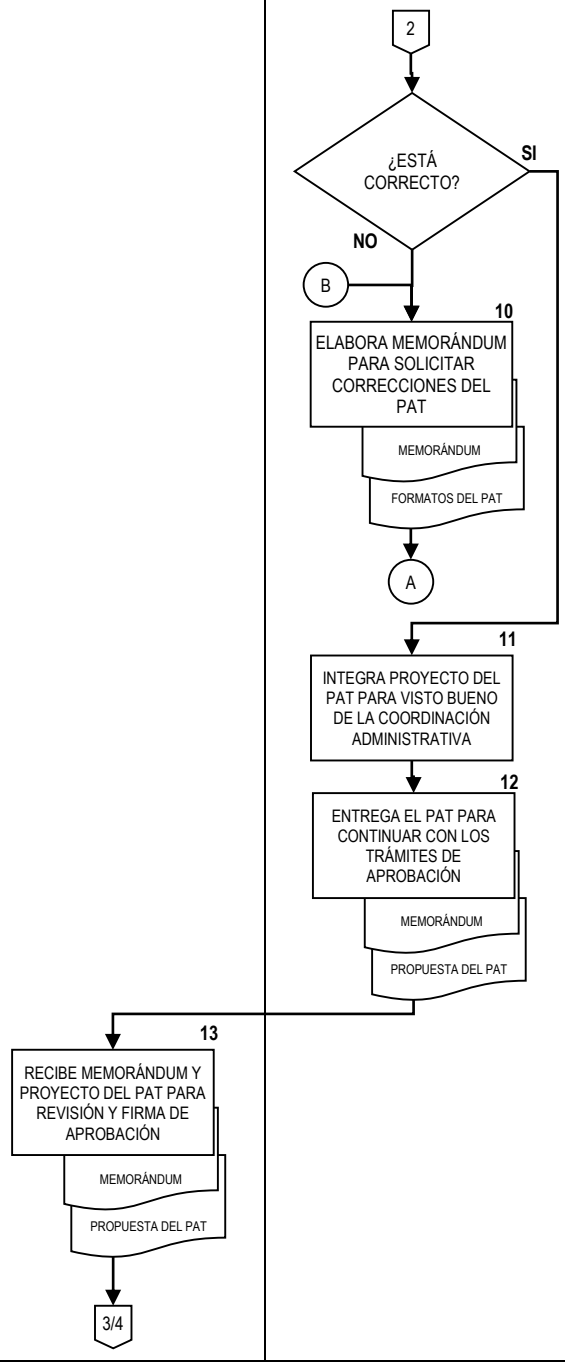
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) oficio, formatos y normatividad para la elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT) y turna a la Coordinación Administrativa para que coordine su aplicación y desarrollo.	▪ Oficio ▪ Formatos del PAT ▪ Normatividad
Coordinador Administrativo	2	Recibe oficio, formatos y normatividad para la elaboración del PAT e instruye al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales.	▪ Oficio ▪ Formatos del PAT ▪ Normatividad
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	3	Recibe formatos y normatividad para la elaboración del PAT y elabora memorándum para solicitar a las direcciones de área la elaboración del PAT y turna a la Coordinación Administrativa para firma.	▪ Memorándum ▪ Formatos del PAT ▪ Normatividad
Coordinador Administrativo	4	Recibe memorándum, normatividad y formatos y firma para su envío a las direcciones de área.	▪ Memorándum ▪ Formatos del PAT ▪ Normatividad
Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área.	5 6	Recibe memorándum, normatividad y formatos de requerimiento del PAT. Elabora PAT y envía información a la Coordinación Administrativa en los formatos correspondientes.	▪ Memorándum ▪ Formatos del PAT ▪ Normatividad
Coordinador Administrativo	7	Recibe memorándum y PAT de las direcciones generales adjuntas y direcciones de área de la DGCES e instruye al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para el análisis e integración de la información.	▪ Memorándum ▪ Formatos del PAT
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	8 9	Recibe memorándum y PAT de las direcciones generales adjuntas y direcciones de área. Efectúa análisis del PAT de la DGCES ¿Está correcto?	▪ Memorándum ▪ Formatos del PAT ▪ Memorándum Programa Anual de Trabajo

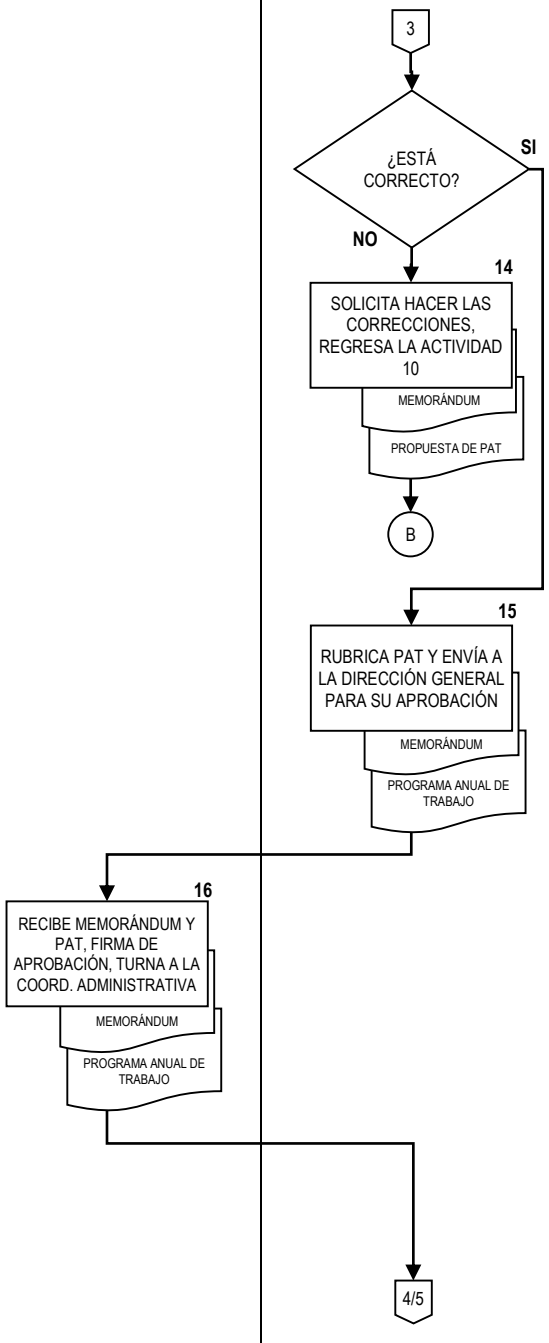
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	10	No: Elabora memorándum para solicitar al área se realicen las corrección, regresa a la actividad 4.	
	11	Si: Integra PAT para visto bueno de la Coordinación Administrativa.	
	12	Entrega el PAT para continuar con los trámites de aprobación.	
Coordinador Administrativo	13	Recibe memorándum y proyecto de PAT para revisión y firma de aprobación. ¿Está correcto?	▪ Memorándum ▪ Propuesta de Programa Anual de Trabajo
	14	No: Solicita hacer las correcciones, regresa a la actividad 10.	
	15	Si: Rúbrica PAT y envía la Dirección General para su aprobación.	
Director General de Calidad y Educación en Salud	16	Recibe memorándum y PAT, firma de aprobación, turna a la Coordinación Administrativa.	▪ Memorándum ▪ Programa Anual de Trabajo
Coordinador Administrativo	17	Recibe PAT autorizado y gira instrucciones al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para su difusión en las áreas de las Dirección General.	▪ Programa Anual de Trabajo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	18	Recibe PAT autorizado, realiza difusión a través de correo electrónico y archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Programa Anual de Trabajo ▪ Correo electrónico

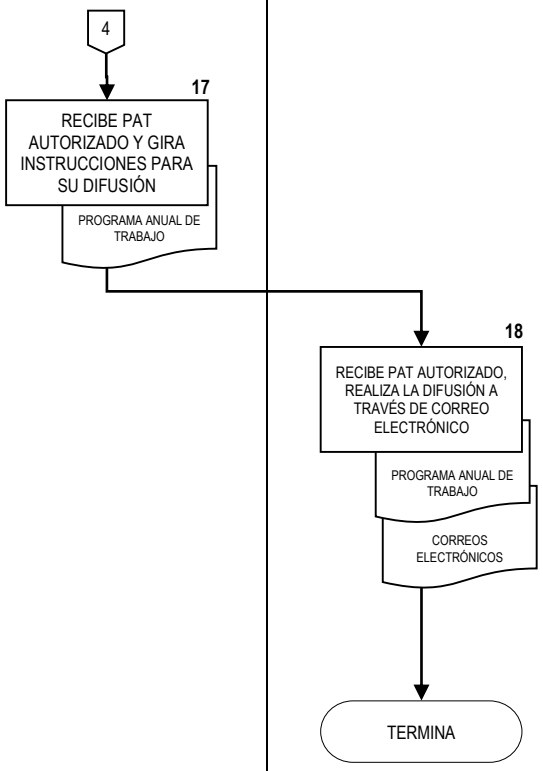
5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	DIRECCIONES GENERALES ADJUNTAS Y DIRECCIONES DE ÁREA
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	DIRECCIONES GENERALES ADJUNTAS Y DIRECCIONES DE ÁREA
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	DIRECCIONES GENERALES ADJUNTAS Y DIRECCIONES DE ÁREA
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	DIRECCIONES GENERALES ADJUNTAS Y DIRECCIONES DE ÁREA
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Manual General de Organización de la Secretaría de Salud	N/A
6.2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.3. Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.4. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.5. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.6. Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Programa Anual de Trabajo	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales).	N/A
7.2. Presupuesto autorizado	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales).	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actividad.** Acciones que deben contemplar tanto el Programa como el Subprograma de Operación para poder alcanzar su meta.

8.2 **Anteproyecto del presupuesto.** Estimación de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas sustantivos de dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; para su elaboración se deben observar las normas, lineamientos y políticas de gasto que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), esta información permita a la SHCP, integrar el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.3 **Presupuesto.** Estimación financiera anticipada, generalmente anual, de los ingresos y egresos del gobierno necesarios para cumplir con los propósitos de un programa determinado. Así mismo constituye el instrumento operativo básico para la ejecución de las decisiones de política, economía y planeación.

8.4 **Programa Anual de Trabajo (PAT).** Instrumento que permite traducir los Lineamientos Generales de la Planeación Nacional de Desarrollo Económico del País en objetivos y metas concretos a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de recursos humanos, materiales y financieros.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Gráficas de Gantt.

10.2 Metas e Indicadores.

10.1 Gráficas de Gantt

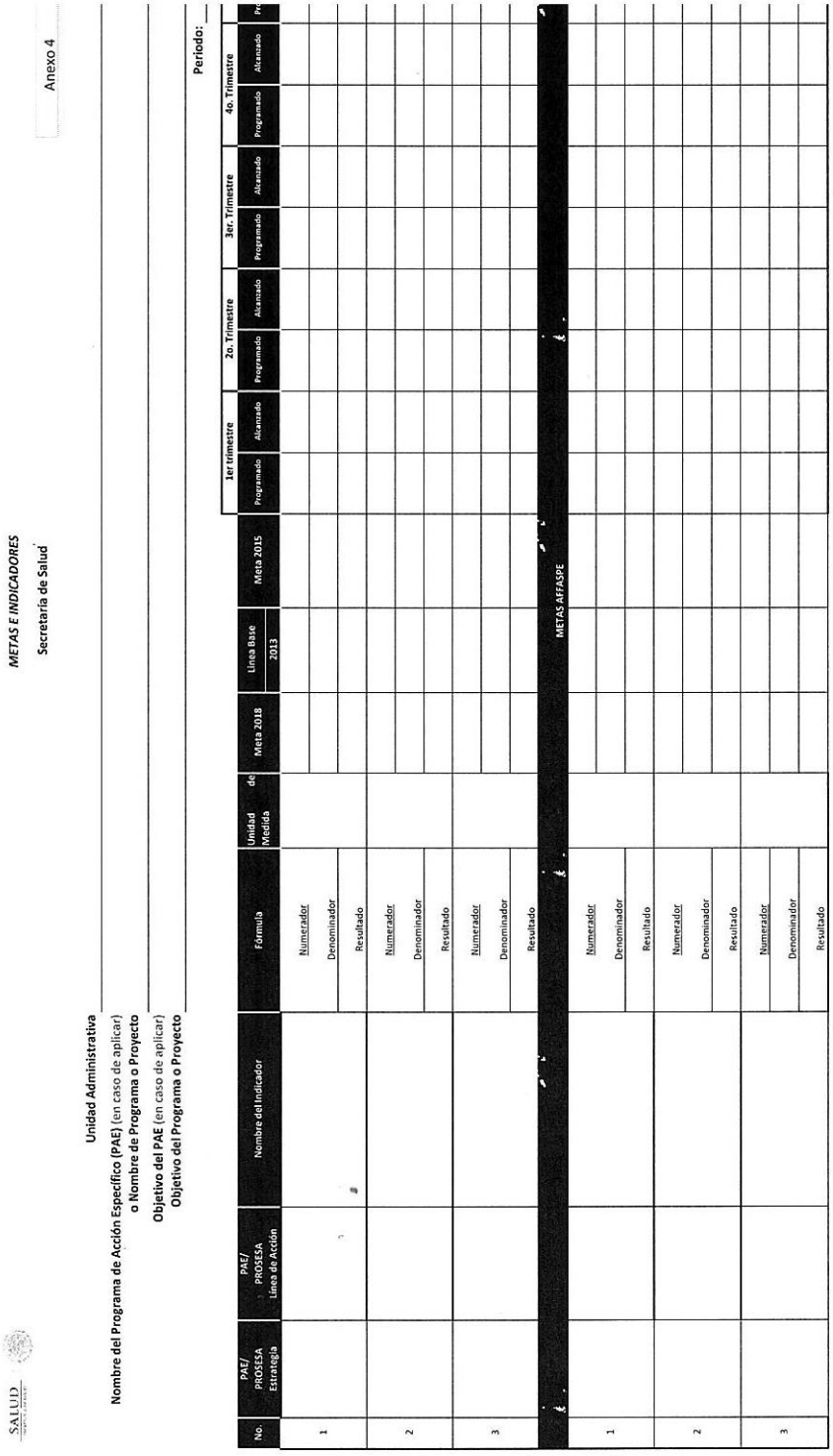
Anexo 3

Grafica de Gantt
SECRETARÍA DE SALUD
Unidad Administrativa u Órgano Desconcentrado

Consecutivo	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	U.M.	CANTIDAD	AÑO	2017
					MES	ENERO / FEBRERO / MARZO / ABRIL / MAYO / JUNIO / JULIO / AGOSTO / SEPTIEMBRE / OCTUBRE / NOVIEMBRE / DICIEMBRE
					SEMANAS	1 2 3 4 5 1 2 3 4 1 2 3 4 5 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 5 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 5 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 5
1					SEMANAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52
					*P	
					*R	
2					*P	
					*R	
3					*P	
					*R	
4					*P	
					*R	
5					*P	
					*R	
6					*P	
					*R	
7					*P	
					*R	
8					*P	
					*R	
9					*P	
					*R	
10					*P	
					*R	
11					*P	
					*R	
12					*P	
					*R	
13					*P	
					*R	

*P Programado
*R Real

10.2 Metas e Indicadores



Anexo 4

METAS E INDICADORES

Secretaría de Salud

Unidad Administrativa

Nombre del Programa de Acción Específico (PAE) (en caso de aplicar)
o Nombre de Programa o Proyecto

Objetivo del PAE (en caso de aplicar)
Objetivo del Programa o Proyecto

Periodo:

No.	PAE/ PROESA Estrategia	PAE/ PROESA Línea de Acción	Nombre del Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Meta 2018	Línea Base 2013	Meta 2015	1er trimestre		2o. Trimestre		3er. Trimestre		4o. Trimestre		Pr
									Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
1				Numerador													
				Denominador													
				Resultado													
2				Numerador													
				Denominador													
				Resultado													
3				Numerador													
				Denominador													
				Resultado													
								METAS AFASPE									
1				Numerador													
				Denominador													
				Resultado													
2				Numerador													
				Denominador													
				Resultado													
3				Numerador													
				Denominador													
				Resultado													

148. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE VIÁTICOS Y PASAJES NACIONALES DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Atender y tramitar las asignaciones de viáticos nacionales; así como la asignación de pasajes de los servidores públicos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), derivado de las funciones o tareas oficiales a desempeñar dentro de la República Mexicana.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, autoriza la comisión de viáticos y pasajes del personal; Coordinación Administrativa, verifica formato de autorización de comisión; Jefatura de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, realiza el cálculo de los viáticos de acuerdo al nivel jerárquico y al tabulador autorizado, así mismo, solicita el boleto aéreo al proveedor autorizado por la Secretaría de Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento es sujeto a la normatividad y a las políticas emitidas por las unidades globalizadoras como lo son: Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de la Función Pública emiten los Lineamientos en materia de viáticos y pasajes; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, revisa que las solicitudes de pago se encuentren con la documentación comprobatoria completa y de conformidad con el clasificador por objeto del gasto; Proveedor de servicios, emite el boleto aéreo; las áreas globalizadoras verifican que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud cumpla con los Lineamientos autorizados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de atender y tramitar los viáticos que se conferirán a los servidores públicos en activo, para que realicen una tarea o función de carácter institucional, en un lugar distinto al de su área de adscripción.

3.2 Las áreas implicadas de la DGCES, deberán tramitar las solicitudes de viáticos y pasajes a través de la Coordinación Administrativa de la propia Dirección General, de conformidad con los Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público – Secretaría de la Función Pública.

3.3 La Coordinación Administrativa de la DGCES, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, por conducto del área de recursos financieros, será la responsable de proporcionar los viáticos y pasajes para cubrir los gastos de hospedaje, alimentación, transporte local y en caso necesario medicamentos (no controlados) y cualquier otro gasto similar conexo a éstos, cuando el desempeño de una comisión temporal lo requiera, siempre y cuando sea un lugar distinto al de su área de adscripción.

3.4 Las comisiones oficiales se realizarán estrictamente en función de las necesidades del servicio de la DGCES, así como de la disponibilidad presupuestal aprobada en el ejercicio correspondiente, siendo responsabilidad de la Coordinación Administrativa, por conducto de su Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos financieros, su observancia, de conformidad con la normatividad en la materia.

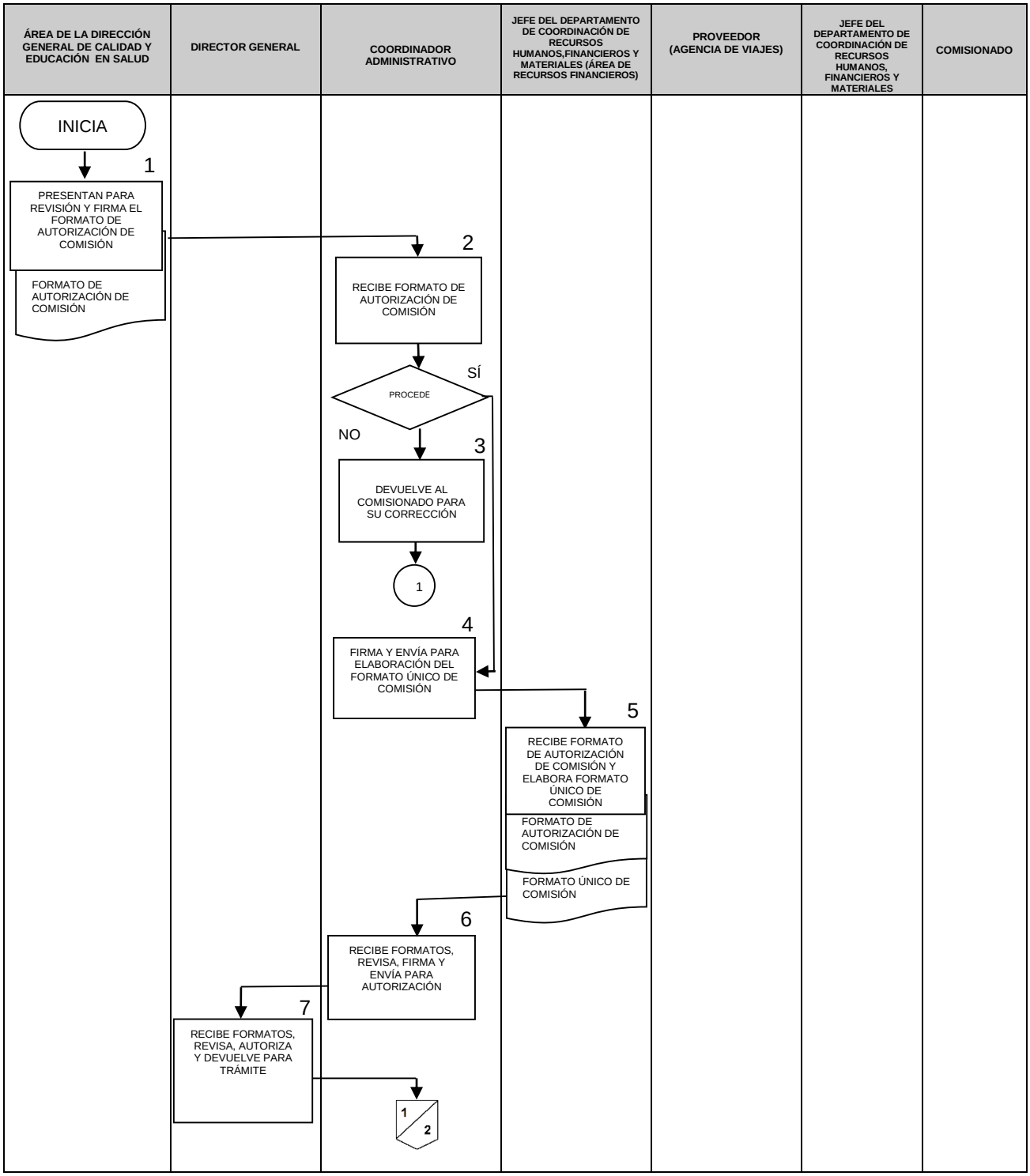
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

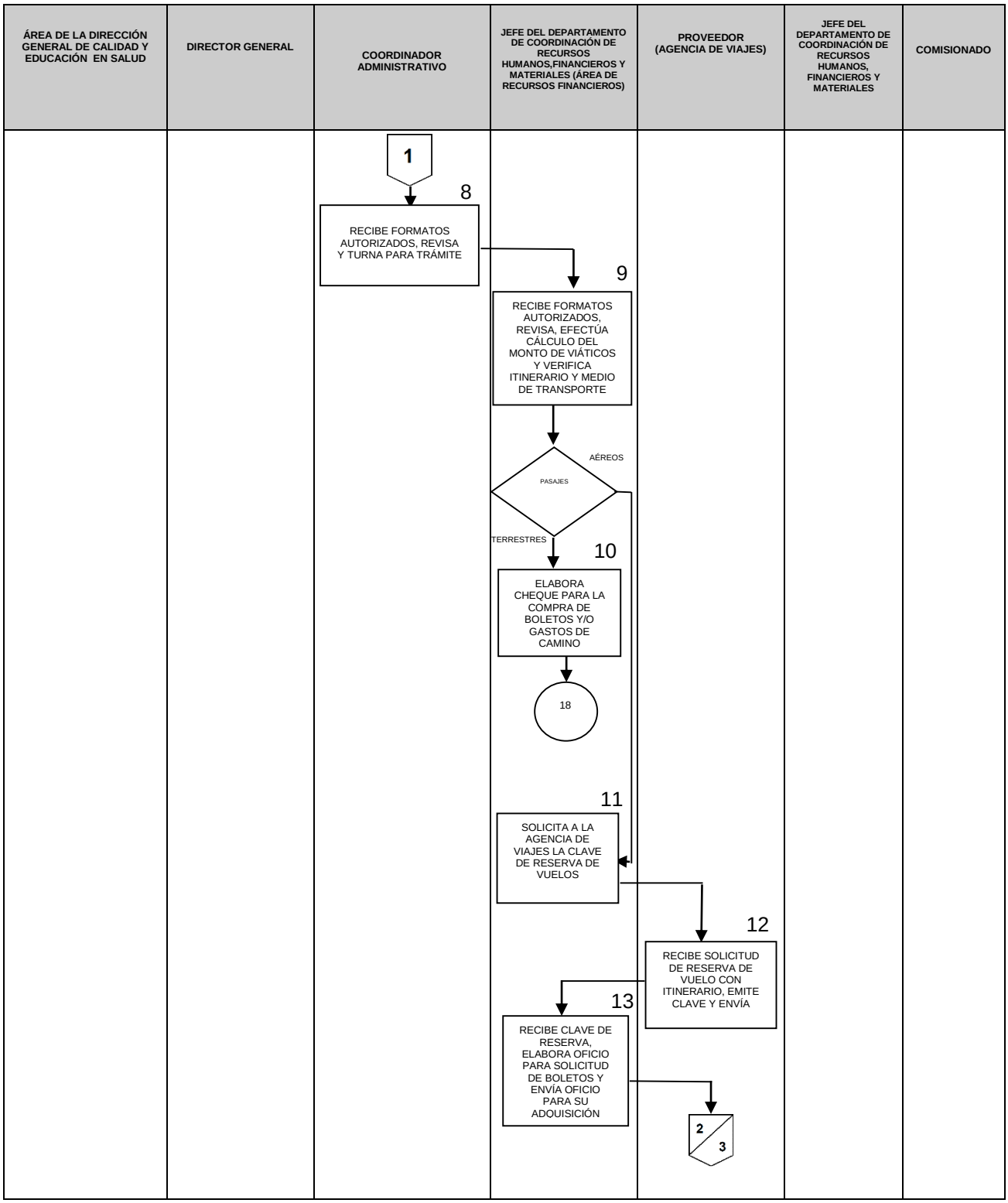
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	1	Presenta a revisión y firma de la Coordinación Administrativa con 10 días naturales de anticipación, el "Formato de Autorización de Comisión" con los siguientes conceptos: fecha, nombre, puesto, unidad administrativa, lugar y período de comisión, duración de la comisión, requerimiento de viáticos, medio de transporte, itinerario, motivo de la comisión y justificación y/o comentarios.	▪ Formato de Autorización de Comisión
Coordinador Administrativo	2 3 4	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", revisa fecha, nombre, puesto, unidad administrativa, lugar y período de comisión, duración de la comisión, requerimiento de viáticos, medio de transporte, itinerario, motivo de la comisión y justificación y/o comentarios. Procede. No: Devuelve al comisionado para su corrección, reinicia en la actividad 1. Sí: Firma y envía para elaboración del "Formato Único de Comisión".	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros).	5	Recibe "Formato de Autorización de Comisión" firmado, revisa y elabora "Formato Único de Comisión" de acuerdo a las tarifas autorizadas y devuelve.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Coordinador Administrativo	6	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa, firma y envía para autorización de la Dirección General.	
Director General	7	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa, autoriza y devuelve a la Coordinación Administrativa para trámite.	
Coordinador Administrativo	8	Recibe "Formato de Autorización de Comisión" y "Formato Único de Comisión" autorizados, revisa y turna para el trámite de viáticos y pasajes.	

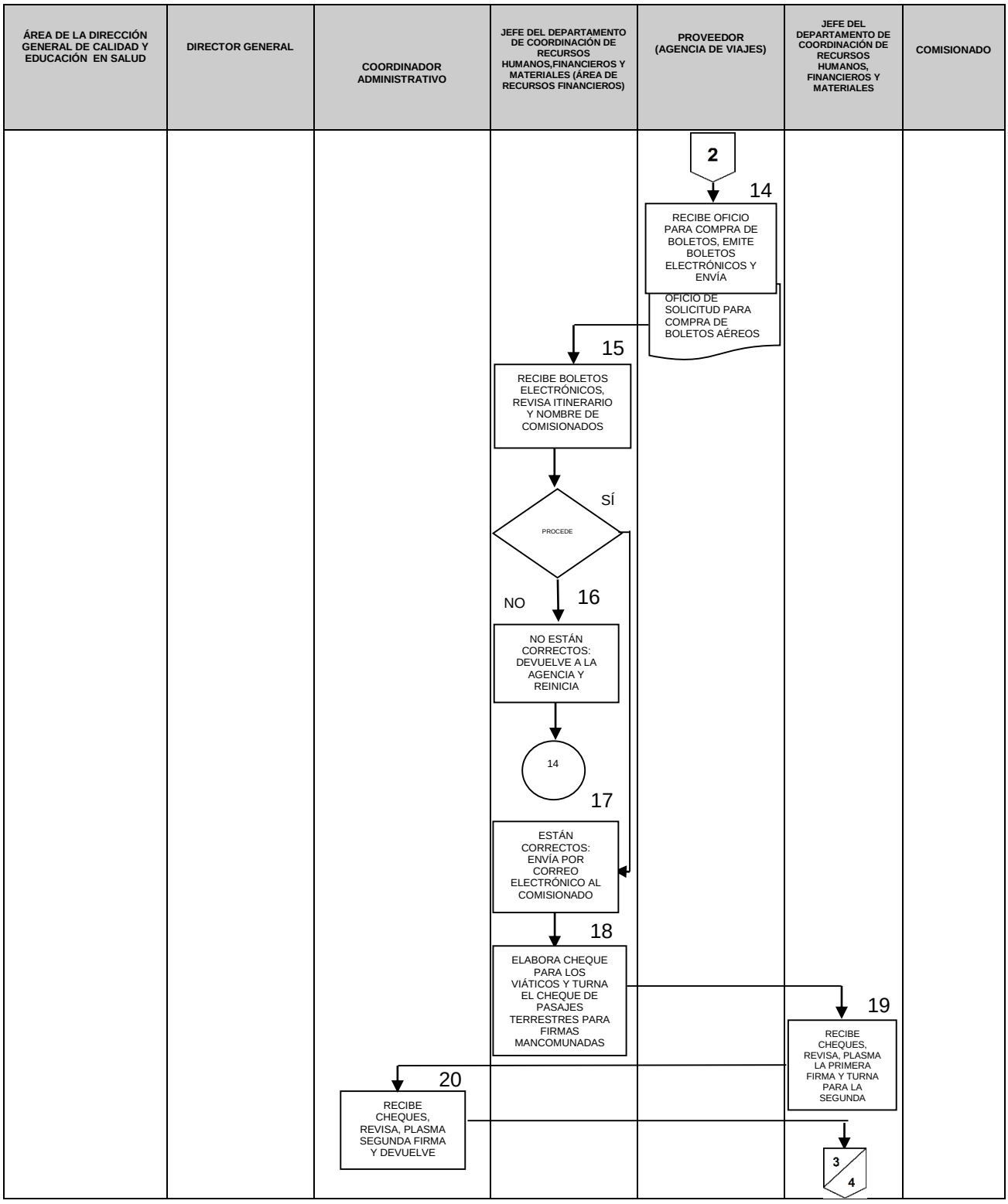
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Proveedor (agencia de viajes)	12	Recibe vía correo electrónico solicitud de reserva de vuelo con itinerario, emite clave de reserva y envía.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros).	13	Recibe clave de reserva, elabora oficio para solicitud de boletos aéreos, con clave de reserva, itinerario y nombre del comisionado, envía a través de correo electrónico oficio para la adquisición de boletos.	
Proveedor (agencia de viajes)	14	Recibe oficio para compra de boletos, emite boletos electrónicos de acuerdo a lo solicitado en el oficio y envía vía correo electrónico.	▪ Oficio de solicitud para compra de boletos aéreos
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros).	15 16 17 18	Recibe boletos electrónicos, revisa itinerario y nombre de comisionados: Procede: No están correctos: devuelve a la agencia y reinicia en punto 14. Sí están correctos: envía por correo electrónico al comisionado. Elabora cheque para los viáticos con 24 horas de anticipación a la comisión, de acuerdo al tabulador autorizado y al periodo de comisión, turna en conjunto con el cheque de pasajes terrestres para firmas mancomunadas.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	19	Recibe cheques, revisa, plasma la primera firma y turna para segunda firma.	
Coordinador Administrativo	20	Recibe cheques, revisa, plasma segunda firma y devuelve.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	21	Recibe cheques, revisa y devuelve para entrega al comisionado.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros).	22	Recibe cheques, revisa que estén ambas firmas, entrega al comisionado y solicita la comprobación dentro de los 5 días hábiles posteriores al término de la comisión.	

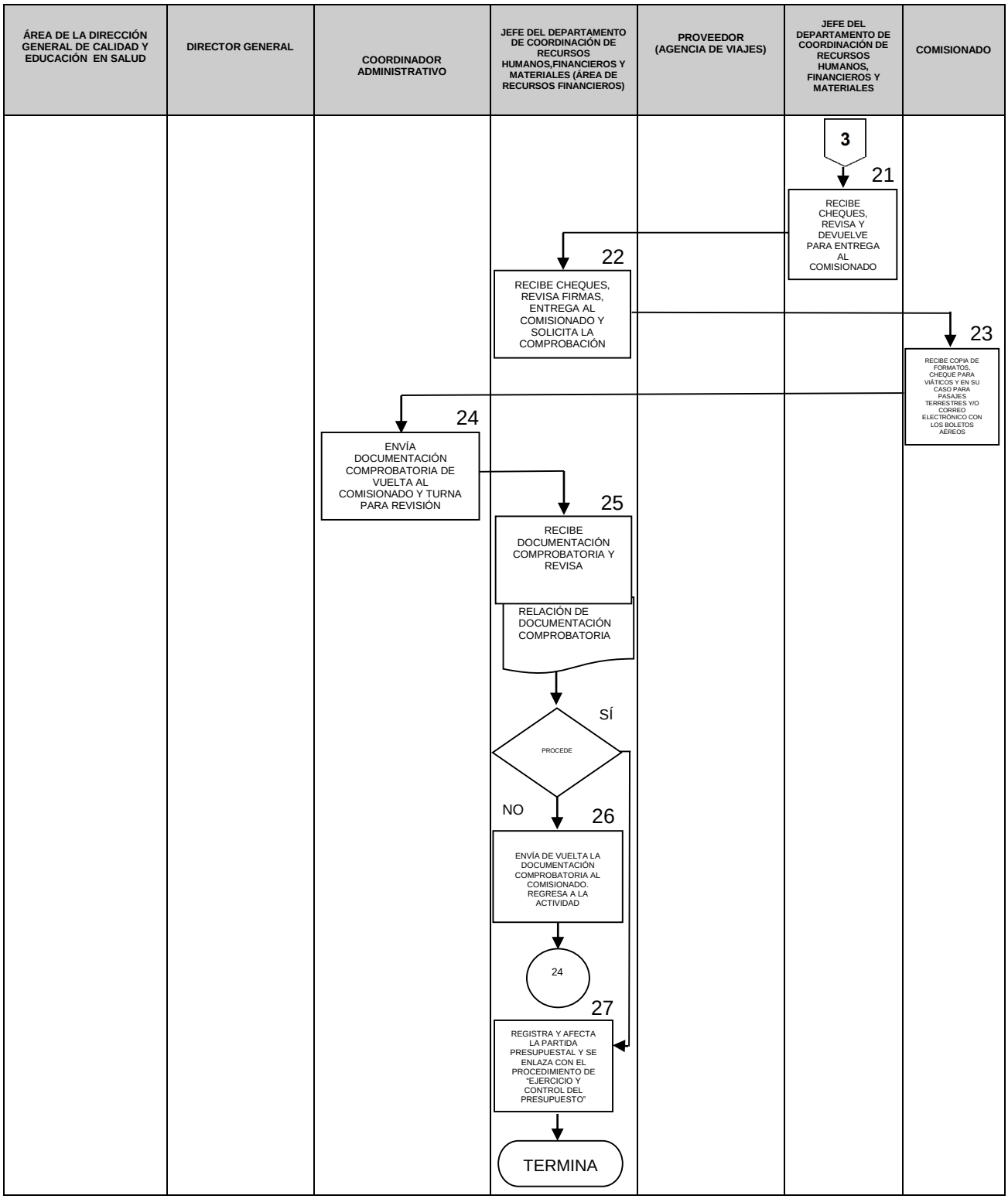
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Comisionado	23	Recibe copia de formatos debidamente autorizados, cheque para viáticos y en su caso para pasajes terrestres y/o correo electrónico con los boletos aéreos, 24 horas antes del inicio de su comisión; se hace del conocimiento que, una vez realizada la comisión, deberá entregar a la Coordinación Administrativa su comprobación de gastos a más tardar dentro de los cinco días hábiles posteriores al término de su comisión, presentando lo siguiente: Comprobantes Fiscales Digitales (CFDI) (originales), comprobante de boletos de transporte aéreo o terrestre, así como ficha de depósito de los recursos no ejercidos.	
Coordinador Administrativo	24	Recibe dentro de los 5 días hábiles posteriores al término de la comisión, documentación comprobatoria por parte del comisionado y turna para revisión.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	25	Recibe documentación comprobatoria y revisa.	▪ Relación de documentación comprobatoria
	26 27	Procede: No: Envía de vuelta la documentación comprobatoria al comisionado. Regresa a la actividad 24. Sí: Registra y afecta la partida presupuestal correspondiente para la recuperación del gasto ante la DGPOP y se enlaza con el procedimiento de “Ejercicio y Control del Presupuesto”. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




ÁREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS,FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
PROVEEDOR (AGENCIA DE VIAJES)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
1
8
RECIBE FORMATOS AUTORIZADOS, REVISA Y TURNA PARA TRÁMITE
9
RECIBE FORMATOS AUTORIZADOS, REVISA, EFECTÚA CÁLCULO DEL MONTO DE VIÁTICOS Y VERIFICA ITINERARIO Y MEDIO DE TRANSPORTE
PASAJES
AÉREOS
TERRESTRES
10
ELABORA CHEQUE PARA LA COMPRA DE BOLETOS Y/O GASTOS DE CAMINO
18
11
SOLICITA A LA AGENCIA DE VIAJES LA CLAVE DE RESERVA DE VUELOS
12
RECIBE SOLICITUD DE RESERVA DE VUELO CON ITINERARIO, EMITE CLAVE Y ENVÍA
13
RECIBE CLAVE DE RESERVA, ELABORA OFICIO PARA SOLICITUD DE BOLETOS Y ENVÍA OFICIO PARA SU ADQUISICIÓN
2
3


ÁREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS,FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
PROVEEDOR (AGENCIA DE VIAJES)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
2
14
RECIBE OFICIO PARA COMPRA DE BOLETOS, EMITE BOLETOS ELECTRÓNICOS Y ENVÍA
OFICIO DE SOLICITUD PARA COMPRA DE BOLETOS AÉREOS
15
RECIBE BOLETOS ELECTRÓNICOS, REVISA ITINERARIO Y NOMBRE DE COMISIONADOS
PROCEDE
SÍ
NO
16
NO ESTÁN CORRECTOS: DEVUELVE A LA AGENCIA Y REINICIA
14
17
ESTÁN CORRECTOS: ENVÍA POR CORREO ELECTRÓNICO AL COMISIONADO
18
ELABORA CHEQUE PARA LOS VIÁTICOS Y TURNA EL CHEQUE DE PASAJES TERRESTRES PARA FIRMAS MANCOMUNADAS
19
RECIBE CHEQUES, REVISA, PLASMA LA PRIMERA FIRMA Y TURNA PARA LA SEGUNDA
20
RECIBE CHEQUES, REVISA, PLASMA SEGUNDA FIRMA Y DEVUELVE
3
4


ÁREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECTOR GENERAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS,FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
PROVEEDOR (AGENCIA DE VIAJES)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
3
21
RECIBE CHEQUES, REVISA Y DEVUELVE PARA ENTREGA AL COMISIONADO
22
RECIBE CHEQUES, REVISA FIRMAS, ENTREGA AL COMISIONADO Y SOLICITA LA COMPROBACIÓN
23
RECIBE COPIA DE FORMATOS, CHEQUE PARA VIÁTICOS Y EN SU CASO PARA PASAJES TERRESTRES Y/O CORREO ELECTRÓNICO CON LOS BOLETOS AÉREOS
24
ENVÍA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DE VUELTA AL COMISIONADO Y TURNA PARA REVISIÓN
25
RECIBE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y REVISA
RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA
PROCEDE
SÍ
NO
26
ENVÍA DE VUELTA LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA AL COMISIONADO. REGRESA A LA ACTIVIDAD
24
27
REGISTRA Y AFECTA LA PARTIDA PRESUPUESTAL Y SE ENLAZA CON EL PROCEDIMIENTO DE "EJERCICIO Y CONTROL DEL PRESUPUESTO"
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.3 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.6 Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente	N/A
6.7 Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal	N/A
6.8 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros	N/A
6.9 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.10 Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios	N/A
6.11 Lineamientos de viáticos y pasajes emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público	N/A
6.12 Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Operativo Anual	Ejercicio presupuestal (año)	Control Presupuestal y Contabilidad	N/A
7.2 Presupuesto autorizado	Ejercicio presupuestal (año)	Control Presupuestal y Contabilidad	N/A
7.3 Clasificador por Objeto del Gasto	Ejercicio presupuestal (año)	Control Presupuestal y Contabilidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Actividad.** Acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un Programa o Subprograma, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas mediante la utilización de los recursos humanos, materiales o financieros.

8.2 **Adjudicaciones de pedidos y contratos.** Procedimiento a través del cual las entidades recaban, analizan, comparan y seleccionan las cotizaciones formuladas por los proveedores de los bienes y servicios del gobierno federal, con objeto de formalizar los compromisos para el ejercicio del gasto público por concepto de adquisiciones, servicios generales y obras.

8.3 **Anteproyecto del presupuesto.** Estimación preliminar de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas sustantivos y de apoyo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; para su elaboración se deben observar las normas, lineamientos y políticas de gasto que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; esta información permite a la SHCP integrar el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.4 **Asignación original.** Importe consignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aprobado por la H. Cámara de Diputados.

8.5 **Clasificador por objeto del gasto.** Es el instrumento que permite registrar de manera ordenada, sistemática y homogénea las compras, los pagos y las erogaciones autorizados en capítulos, conceptos y partidas.

8.6 **Comisiones oficiales.** Tarea o función asignada de manera temporal a los servidores públicos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para realizar actividades en un lugar distinto al de su centro de trabajo.

8.7 **Control presupuestario.** Fase del proceso presupuestario que verifica la correcta utilización de los recursos en relación al cumplimiento de metas y objetivos, a través de la comparación entre el registro de las operaciones presupuestarias realizadas durante el ejercicio fiscal y las acciones emprendidas a fin de que se determinen las medidas correctivas a realizar.

8.8 **Egresos.** Erogación o salida de Recursos Financieros, motivada por el compromiso de liquidación de algún Bien o Servicio recibido o por algún otro concepto.

8.9 **Monto del ejercicio presupuestario.** Constituye un aspecto de la gestión pública del presupuesto en los cuales se identifican cuatro etapas del ejercicio presupuestario:

- **a.** Actualización del Ejercicio que contempla autorizaciones previas y determinación del Calendario de pagos;
- **b.** Compromisos presupuestarios, donde se fincan pedidos o contratos;
- **c.** Radicación de recursos, que identifican el lugar geográfico y el calendario de pagos respectivo, y
- **d.** Pago de compromisos, a través de la red bancaria y la Tesorería de la Federación.

8.10 **Pasajes nacionales.** Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte en comisiones oficiales temporales dentro del país, por cualquiera de los medios usuales de transporte.

8.11 **Presupuesto.** Estimación Financiera previstos, generalmente anual, de los Ingresos y Egresos del Gobierno, necesarios para cumplir con los propósitos de un Programa determinado. Así mismo constituye el instrumento operativo básico para la ejecución de las decisiones de política, economía y planeación.

8.12 **Programa Anual de Trabajo.** Es un conjunto de acciones organizadas a fin de costear las necesidades de insumos y servicios para estar en condiciones óptimas de prestar los servicios de salud y cumplir con los objetivos, estrategias y líneas de acción que permite traducir los Lineamientos Generales de la Planeación Nacional de Desarrollo Económico del País en objetivos y metas concretos a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

8.13 **Viáticos nacionales.** Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación, hospedaje y otros, derivado de las comisiones oficiales de servidores públicos de las dependencias, en el desempeño de comisiones temporales dentro de la República Mexicana, en lugares distintos a los de su adscripción.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato Único de Comisión.

10.2 Formato de Autorización de Comisión.

10.3 Relación de documentación comprobatoria

10.1 Formato Único de Comisión.

SALUD

DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN.

GENERALIDADES

C: VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA — No. 89
ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD — FECHA: 10/07/2017
FILIACIÓN: VIMV780117VA9
PUESTO: DIRECTORA DE AREA
CLAVE/CATEGORÍA: M001 610 11301 CFM2003 09002 2304 0003
RESIDENCIA: CIUDAD DE MEXICO
COMISIONADO AL ESTADO/PAÍS DE: OAXACA, OAXACA
PERIODO DURANTE: 3.0 DÍAS DEL 11/jul AL 14/jul DE 2017

NACIONAL: [X] INTERNACIONAL: [ ]

MOTIVO DE LA COMISIÓN: REALIZAR EL PILOTAJE DE LA CÉDULA DE ACREDITACIÓN PARA HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL EN CAUSES, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD EN LA CIUDAD DE OAXACA DE JUAREZ

MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE [ ] AÉREO [X]

VIATICOS

LUGARES Y PERIODOS DE LA COMISIÓN	TARIFA	CUOTA DIARIA	DIAS	IMPORTE
OAXACA, OAXACA	B	$1,700.00	3.0	$ 5,100.00
				$ 5,100.00

OBSERVACIONES:

IMPORTE TOTAL DE VIATICO	$ 5,100.00
GASTOS DE CAMINO	
CASETAS	
GASOLINA	
TOTAL	$ 5,100.00

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF	PI	
025	P012	37504	1	1	CL040	

IMPORTE

$ 5,100.00

EVALUACION

DOCUMENTOS DE RESPALDO
( ) Actas Circunstanciadas
( ) Diplomas o Constancias de Participación
( ) Programas de Trabajo
(X) Informe de la Comision
( ) Otros
DESCRIBIR

PASAJES

VIAJE REDONDO DE: MEX-OAXACA, OAX.-MEX

ESPECIFICACIONES

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF	PI	
002	M001	37104	1	1	AD010	

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

DIRECTOR GENERAL	EL BENEFICIARIO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ	VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA	C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

10.2 Formato de Autorización de Comisión.

SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIONES NACIONALES

Fecha:	10 de Julio de 2017						
Nombre:	Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia						
Puesto:	Directora de Evaluación de la Calidad						
Unidad Administrativa:	Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Lugar de comisión:	Oaxaca de Juárez, Oaxaca	**Periodo de Comisión:**	Del 11 al 14 de Julio de 2017	**Duración de la comisión (días):**	3 días		
Requiere viáticos:	Sí	**Medio de transporte:**	Aéreo	**Tipo de comisión:**	**Nacional** X	**Internacional**	
Itinerarios:	**Aerolínea**	**Destino**		**Vuelo**	**Horario**		
	Aeroméxico	Ida	Ciudad de México - Oaxaca	AM2098	14:10 p.m.	15:24 p.m.	
	Aeroméxico	Regreso	Oaxaca- Ciudad de México	AM2047	08:29 a.m.	09:50 a.m.	
Motivo de la comisión:	***Realizar el pilotaje de la Cédula de Acreditación para hospitales de segundo nivel en CAUSES, en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Ciudad de Oaxaca de Juárez del 11 al 14 de Julio del 2017.***						
Justificación y/o comentarios:	***La Dirección General de Calidad y Educación en Salud conduce el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica el cual tiene como objetivo coadyuvar en el cumplimiento de criterios de capacidad, seguridad y calidad a fin de fortalecer el Sistema Nacional de Salud e incidir en la Meta Nacional II "México Incluyente" del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la que se establece el objetivo 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud", y Estrategia 2.2 "Mejorar la calidad de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud", así como en el objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud 2013-20182. "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", y su Estrategia 2.2. "Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud". Por lo anterior, la presente comisión forma parte de los trabajos de actualización de los instrumentos de evaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.***						

Área requirente

Comisiona

Dra. Odet Sarabia González
Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Comisionado

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Directora de Evaluación de la Calidad

Valida

C.P. Ernesto Ortiz Yescas
Coordinador Administrativo de la Unidad Administrativa

Autoriza

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

C.c.p. Área de Recursos Humanos
Sección/ Serie: SC 22

OK

10.3 Relación de documentación comprobatoria

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

RELACIÓN DE COMPROBANTES DE COMISIONES NACIONALES

Fecha:	**Julio 17 de 2017**		
Comisionado	**Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia**		
Motivo de la comisión:	**Realizar el pilotaje de la Cédula de Acreditación para hospitales de segundo nivel en CAUSES, en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Ciudad de Oaxaca de Juárez del 11 al 14 de Julio del 2017.**		
Lugar de la comisión:	**Oaxaca de Juárez, Oaxaca**	**Periodo de Comisión:**	**Del 11 al 14 de Julio de 2017**
No. de Formato Único de Comisión			

Hospedaje

Factura	Fecha	Importe
403844411	Jul.12, 2017	$2,512.56
H19777	Jul.13-14, 2017	$1,700.01
		$4,212.57

Otros

Factura	Fecha	Importe

Alimentos

Factura	Fecha	Importe
929	Jul.14, 2017	$500.00
		$500.00

Gastos sin comprobantes (hasta el 10%)

Factura	Fecha	Importe
No	Jul.12, 2017	$387.43
	Subtotal	$387.43
	Total	$5,100.00

Liquidación de gastos:

Cantidad recibida:	$5,100.00	**Devolución en efectivo o depósito.**	$0.00
Cantidad comprobada:	$5,100.00	**Saldo:**	$0.00

*Incluir justificación de gastos sin comprobante en su caso.
* Declaro, bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este formato son ciertos y que en caso de algún rechazo me comprometo a cubrir el importe faltante.

El comisionado	Vo. Bo.	Validó
Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia	Dra. Odet Sarabia González	CP. Ernesto Ortiz Yescas
Nombre y firma	Jefe inmediato	Responsable del Área Financiera

149. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE VIÁTICOS Y PASAJES INTERNACIONALES DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Atender y tramitar las asignaciones de viáticos internacionales; así como la asignación de los pasajes de los servidores públicos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), derivado de las funciones o tareas oficiales a desempeñar fuera del país.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, autoriza la comisión de viáticos y pasajes del personal; Coordinación Administrativa, verifica formato de autorización de comisión; Jefatura de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, realiza el cálculo de los viáticos de acuerdo al nivel jerárquico y al tabulador autorizado, así mismo, solicita el boleto aéreo al proveedor autorizado por la Secretaría de Salud.

2.2 A nivel externo el procedimiento es sujeto a la normatividad y a las políticas emitidas por las unidades globalizadoras como lo son: Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de la Función Pública emiten los Lineamientos en materia de viáticos y pasajes; Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; autoriza el Formato Único de Comisión; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, revisa que las solicitudes de pago se encuentren con la documentación comprobatoria completa y de conformidad con el clasificador por objeto del gasto; Proveedor de servicios, emite el boleto aéreo; las áreas globalizadoras verifican que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud cumpla con los Lineamientos autorizados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de atender y tramitar los viáticos que se conferirán a los servidores públicos en activo, para que realicen una tarea o función de carácter institucional, en un lugar distinto al de su centro de trabajo o adscripción con proyección internacional.

3.2 Las áreas implicadas de la DGCES, deberán tramitar las solicitudes de viáticos y pasajes a través de la Coordinación Administrativa de la propia Dirección, de conformidad con los Lineamientos y Procedimientos para Comisiones, Viáticos Internacionales y Pasajes de los Servidores Públicos de la Secretaría de Salud.

3.3 La Coordinación Administrativa de la DGCES, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales por conducto del área de recursos financieros, será la responsable de proporcionar los viáticos y pasajes para cubrir los gastos de hospedaje, alimentación, transporte local y cualquier otro gasto similar a estos, cuando el desempeño de una comisión internacional temporal lo requiera, siempre y cuando sea un lugar distinto al de su área de adscripción.

3.4 Las comisiones oficiales internacionales se realizarán estrictamente en función de las necesidades del servicio de la DGCES, así como de la asignación presupuestal aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación, siendo responsabilidad de la Coordinación Administrativa, por conducto de su Departamento de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, a través del área de recursos financieros, su observancia.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

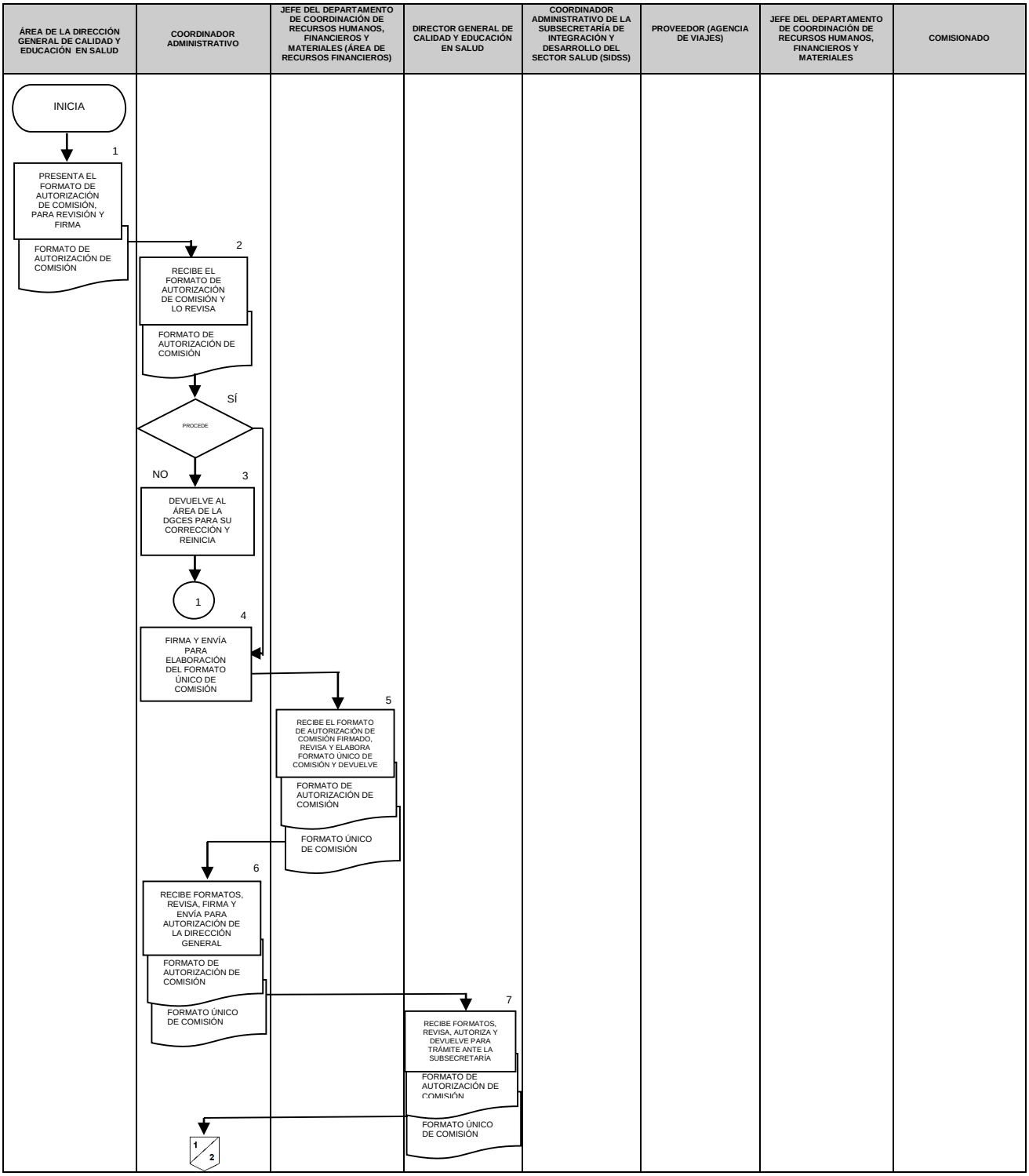
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	1	Presenta a revisión y firma de la Coordinación Administrativa con 15 días naturales de anticipación, el "Formato de Autorización de Comisión" con los siguientes conceptos: fecha, nombre, puesto, unidad administrativa, lugar y período de comisión, duración de la comisión, requerimiento de viáticos, medio de transporte, itinerario, motivo de la comisión, justificación y comentarios.	▪ Formato de Autorización de Comisión
Coordinador Administrativo	2 3 4	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", revisa fecha, nombre, puesto, unidad administrativa, lugar y período de comisión, duración de la comisión, requerimiento de viáticos, medio de transporte, itinerario, motivo de la comisión y justificación y/o comentarios; Procede. No: Devuelve al área de la DGCES para su corrección, reinicia en punto 1. Si: Firma y envía para elaboración del "Formato Único de Comisión".	▪ Formato de Autorización de Comisión
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	5	Recibe "Formato de Autorización de Comisión" firmado, revisa y elabora "Formato Único de Comisión" de acuerdo al tabulador de viáticos y pasajes y devuelve.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Coordinador Administrativo	6	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa, firma y envía para autorización de la Dirección General.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión

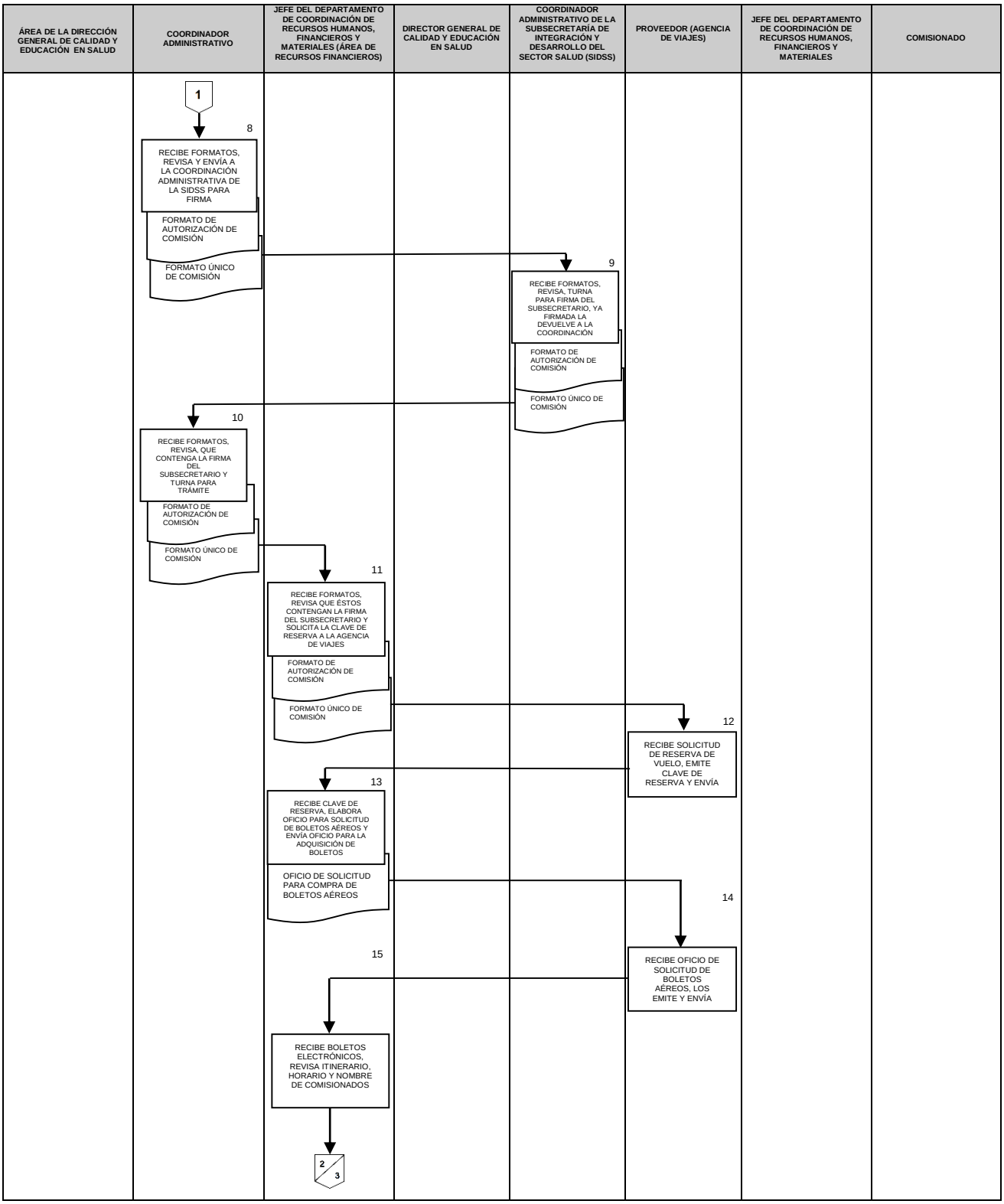
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	7	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa, autoriza y devuelve a la Coordinación Administrativa para trámite ante la Subsecretaría.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Coordinador Administrativo	8	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa y envía a la Coordinación Administrativa de la SIDSS para firma del Subsecretario.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Coordinador Administrativo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS).	9	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa, turna para firma del Subsecretario, ya firmada, devuelve a la Coordinación Administrativa de la DGCES para trámite.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Coordinador Administrativo	10	Recibe de la Coordinación Administrativa de la SIDSS, "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa contenga la firma del Subsecretario y turna para trámite.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	11	Recibe "Formato de Autorización de Comisión", "Formato Único de Comisión" revisa que contenga la firma del Subsecretario en ambos formatos, solicita a la agencia de viajes vía correo electrónico la clave de reserva para el pasaje aéreo, de acuerdo al itinerario y horarios de vuelo.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión
Proveedor (agencia de viajes)	12	Recibe vía correo electrónico solicitud de reserva de vuelo con itinerario y horarios, emite clave de reserva y envía.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	13	Recibe clave de reserva, elabora oficio para solicitud de boletos aéreos, que contenga clave de reserva, itinerario, nombre del comisionado y envía a través de correo electrónico oficio para la adquisición de boletos.	▪ Oficio de solicitud para compra de boletos aéreos.
Proveedor (agencia de viajes)	14	Recibe oficio de solicitud de boletos aéreos, con clave de reserva, itinerario, nombre del comisionado, emite boletos	

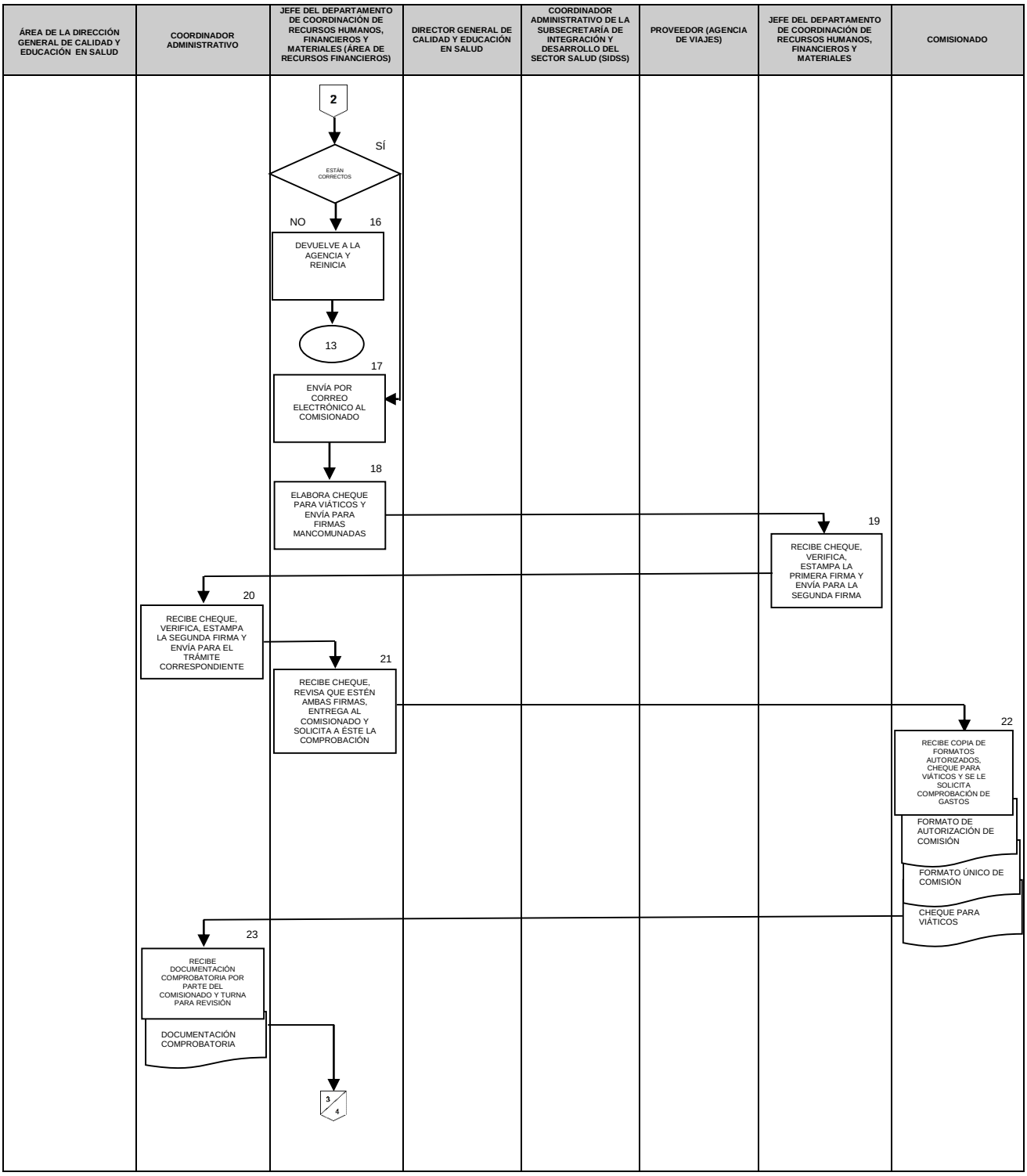
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		aéreos de acuerdo a lo solicitado en el oficio y envía a través de correo electrónico.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	15 16 17 18	Recibe boletos electrónicos, revisa itinerario, horario y nombre de comisionados: Están correctos: No: Devuelve a la agencia y reinicia en punto 13 Si: Envía por correo electrónico al comisionado. Elabora cheque para viáticos con 24 horas de anticipación a la comisión, de acuerdo al tabulador autorizado, al tipo de cambio (dólar o euro según corresponda), al periodo de comisión y envía para firmas mancomunadas.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	19	Recibe cheque para viáticos con 24 horas de anticipación a la comisión, verifica tabulador autorizado, tipo de cambio, periodo de comisión, estampa la primera firma y envía a la Coordinación Administrativa para la segunda firma.	
Coordinador Administrativo	20	Recibe cheque para viáticos con 24 horas de anticipación a la comisión, verifica tabulador autorizado, tipo de cambio, periodo de comisión, estampa la segunda firma y envía para el trámite correspondiente.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	21	Recibe cheque, revisa que estén ambas firmas, entrega al comisionado y solicita la comprobación dentro de los 5 días hábiles posteriores al término de la comisión.	
Comisionado	22	Recibe copia de formatos debidamente autorizados, cheque para viáticos 24	▪ Formato de Autorización de

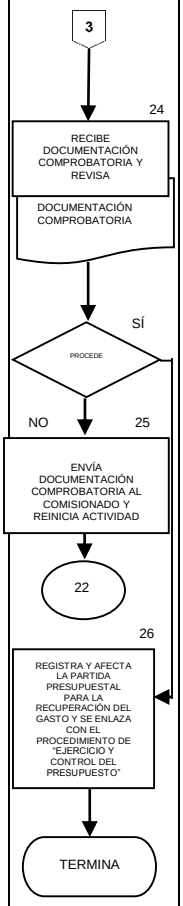
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		horas antes del inicio de su comisión; se hace del conocimiento que dentro de los 5 días hábiles posteriores al término de la comisión, deberá entregar a la Coordinación Administrativa su comprobación de gastos, presentando la documentación original que ampare el monto total de los viáticos, comprobante de boletos de transporte aéreo, y/o ficha de depósito del total de los recursos no ejercidos.	Comisión ▪ Formato Único de Comisión ▪ Cheque para viáticos
Coordinador Administrativo	23	Recibe documentación comprobatoria de parte del comisionado y turna para revisión, dentro de los 5 días hábiles posteriores al término de la comisión.	▪ Documentación comprobatoria
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	24	Recibe documentación comprobatoria, revisa: Procede:	▪ Documentación Comprobatoria
	25	No: Envía la documentación comprobatoria de vuelta al comisionado. Regresa a la actividad 22 y reinicia.	▪ Formato de Autorización de Comisión ▪ Formato Único de Comisión Cheque para viáticos
	26	Sí: Registra y afecta la partida presupuestal correspondiente para la recuperación del gasto ante la DGPOP y se enlaza con el procedimiento de “Ejercicio y Control del Presupuesto”. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




ÁREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD (SIDSS)
PROVEEDOR (AGENCIA DE VIAJES)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
1
8
RECIBE FORMATOS, REVISA Y ENVÍA A LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SIDSS PARA FIRMA
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
9
RECIBE FORMATOS, REVISA, TURNA PARA FIRMA DEL SUBSECRETARIO, YA FIRMADA LA DEVUELVE A LA COORDINACIÓN
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
10
RECIBE FORMATOS, REVISA, QUE CONTENGA LA FIRMA DEL SUBSECRETARIO Y TURNA PARA TRÁMITE
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
11
RECIBE FORMATOS, REVISA QUE ÉSTOS CONTENGAN LA FIRMA DEL SUBSECRETARIO Y SOLICITA LA CLAVE DE RESERVA A LA AGENCIA DE VIAJES
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
12
RECIBE SOLICITUD DE RESERVA DE VUELO, EMITE CLAVE DE RESERVA Y ENVÍA
13
RECIBE CLAVE DE RESERVA, ELABORA OFICIO PARA SOLICITUD DE BOLETOS AÉREOS Y ENVÍA OFICIO PARA LA ADQUISICIÓN DE BOLETOS
OFICIO DE SOLICITUD PARA COMPRA DE BOLETOS AÉREOS
14
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD DE BOLETOS AÉREOS, LOS EMITE Y ENVÍA
15
RECIBE BOLETOS ELECTRÓNICOS, REVISA ITINERARIO, HORARIO Y NOMBRE DE COMISIONADOS
2
3


ÁREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD (SIDSS)
PROVEEDOR (AGENCIA DE VIAJES)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
2
ESTÁN CORRECTOS
SÍ
NO
16
DEVUELVE A LA AGENCIA Y REINICIA
13
17
ENVÍA POR CORREO ELECTRÓNICO AL COMISIONADO
18
ELABORA CHEQUE PARA VIÁTICOS Y ENVÍA PARA FIRMAS MANCOMUNADAS
19
RECIBE CHEQUE, VERIFICA, ESTAMPA LA PRIMERA FIRMA Y ENVÍA PARA LA SEGUNDA FIRMA
20
RECIBE CHEQUE, VERIFICA, ESTAMPA LA SEGUNDA FIRMA Y ENVÍA PARA EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE
21
RECIBE CHEQUE, REVISA QUE ESTÉN AMBAS FIRMAS, ENTREGA AL COMISIONADO Y SOLICITA A ÉSTE LA COMPROBACIÓN
22
RECIBE COPIA DE FORMATOS AUTORIZADOS, CHEQUE PARA VIÁTICOS Y SE LE SOLICITA COMPROBACIÓN DE GASTOS
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
CHEQUE PARA VIÁTICOS
23
RECIBE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA POR PARTE DEL COMISIONADO Y TURNA PARA REVISIÓN
DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA
3/4

ÁREA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD (SIDSS)	PROVEEDOR (AGENCIA DE VIAJES)	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	COMISIONADO
1							

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.3 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.6 Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente	N/A
6.7 Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal	N/A
6.8 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros	N/A
6.9 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.10 Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios	N/A
6.11 Lineamientos de viáticos y pasajes emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público	N/A
6.12 Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Operativo Anual	Ejercicio presupuestal (año)	Control Presupuestal y Contabilidad	N/A
7.2 Presupuesto autorizado	Ejercicio presupuestal (año)	Control Presupuestal y Contabilidad	N/A
7.3 Clasificador por Objeto del Gasto	Ejercicio presupuestal (año)	Control Presupuestal y Contabilidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actividad. Acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un Programa o Subprograma, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas mediante la utilización de los recursos humanos, materiales o financieros.

8.2 Adjudicaciones de pedidos y contratos. Procedimiento a través del cual las entidades recaban, analizan, comparan y seleccionan las cotizaciones formuladas por los proveedores de los bienes y servicios del gobierno federal, con objeto de formalizar los compromisos para el ejercicio del gasto público por concepto de adquisiciones, servicios generales y obras.

8.3 Anteproyecto del presupuesto. Estimación preliminar de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas sustantivos y de apoyo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; para su elaboración se deben observar las normas, lineamientos y políticas de gasto que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; esta información permite a la SHCP integrar el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.4 Asignación original. Importe consignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aprobado por la H. Cámara de Diputados.

8.5 Clasificador por objeto del gasto. Es el instrumento que permite registrar de manera ordenada, sistemática y homogénea las compras, los pagos y las erogaciones autorizados en capítulos, conceptos y partidas.

8.6 Comisiones oficiales. Tarea o función asignada de manera temporal a los servidores públicos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para realizar actividades en un lugar distinto al de su centro de trabajo.

8.7 Control presupuestario. Fase del proceso presupuestario que verifica la correcta utilización de los recursos en relación al cumplimiento de metas y objetivos, a través de la comparación entre el registro de las operaciones presupuestarias realizadas durante el ejercicio fiscal y las acciones emprendidas a fin de que se determinen las medidas correctivas a realizar.

8.8 Egresos. Erogación o salida de Recursos Financieros, motivada por el compromiso de liquidación de algún Bien o Servicio recibido o por algún otro concepto.

8.9 Monto del ejercicio presupuestario.- Constituye un aspecto de la gestión pública del presupuesto en los cuales se identifican cuatro etapas del ejercicio presupuestario:

a. Actualización del Ejercicio que contempla autorizaciones previas y determinación del Calendario de pagos;
b. Compromisos presupuestarios, donde se fincan pedidos o contratos;
c. Radicación de recursos, que identifican el lugar geográfico y el calendario de pagos respectivo, y
d. Pago de compromisos, a través de la red bancaria y la Tesorería de la Federación.

8.10 Pasajes internacionales. Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte en comisiones oficiales temporales fuera del país, en lugares distintos a los de su adscripción.

8.11 Presupuesto. Estimación Financiera previstos, generalmente anual, de los Ingresos y Egresos del Gobierno, necesarios para cumplir con los propósitos de un Programa determinado. Así mismo

constituye el instrumento operativo básico para la ejecución de las decisiones de política, economía y planeación.

8.12 Programa Anual de Trabajo. Es un conjunto de acciones organizadas a fin de costear las necesidades de insumos y servicios para estar en condiciones óptimas de prestar los servicios de salud y cumplir con los objetivos, estrategias y líneas de acción que permite traducir los Lineamientos Generales de la Planeación Nacional de Desarrollo Económico del País en objetivos y metas concretos a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

8.13 Viáticos internacionales. Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias, en el desempeño de sus labores y comisiones temporales fuera del país, en lugares distintos a los de su adscripción en el extranjero.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato Único de Comisión.

10.2 Formato de Autorización de Comisión.

10.3 Relación de documentación comprobatoria

10.1 Formato Único de Comisión.

SALUD

DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN.

GENERALIDADES

C: VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA — No. 89
ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD — FECHA: 10/07/2017
FILIACIÓN: [redacted]
PUESTO: DIRECTORA DE AREA
CLAVE/CATEGORÍA: [redacted]
RESIDENCIA: CIUDAD DE MEXICO
COMISIONADO AL ESTADO/PAÍS DE: OAXACA, OAXACA
PERIODO DURANTE: 3.0 DÍAS DEL 11/jul AL 14/jul DE 2017

NACIONAL: [X] INTERNACIONAL: [ ]

MOTIVO DE LA COMISIÓN: REALIZAR EL PILOTAJE DE LA CÉDULA DE ACREDITACIÓN PARA HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL EN CAUSES, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD EN LA CIUDAD DE OAXACA DE JUAREZ

MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE [ ] AÉREO [X]

VIATICOS

LUGARES Y PERIODOS DE LA COMISIÓN	TARIFA	CUOTA DIARIA	DIAS	IMPORTE
OAXACA, OAXACA	B	$1,700.00	3.0	$ 5,100.00
				$ 5,100.00

OBSERVACIONES:

IMPORTE TOTAL DE VIATICO	$ 5,100.00
GASTOS DE CAMINO	
CASETAS	
GASOLINA	
TOTAL	$ 5,100.00

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF	PI	
025	P012	37504	1	1	CL040	

IMPORTE: $ 5,100.00

EVALUACIÓN

DOCUMENTOS DE RESPALDO
( ) Actas Circunstanciadas
( ) Diplomas o Constancias de Participación
( ) Programas de Trabajo
(X) Informe de la Comisión
( ) Otros
DESCRIBIR

PASAJES

VIAJE REDONDO DE: MEX-OAXACA, OAX.-MEX

ESPECIFICACIONES

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF	PI	
002	M001	37104	1	1	AD010	

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

DIRECTOR GENERAL	EL BENEFICIARIO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ	VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA	C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

10.2 Formato de Autorización de Comisión.

SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIONES NACIONALES

Fecha:	10 de Julio de 2017						
Nombre:	Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia						
Puesto:	Directora de Evaluación de la Calidad						
Unidad Administrativa:	Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Lugar de comisión:	Oaxaca de Juárez, Oaxaca	**Periodo de Comisión:**	Del 11 al 14 de Julio de 2017	**Duración de la comisión (días):**	3 días		
Requiere viáticos:	Sí	**Medio de transporte:**	Aéreo	**Tipo de comisión:**	**Nacional**	**Internacional**	
					X		

Itinerarios:	**Aerolínea**	**Destino**		**Vuelo**	**Horario**	
	Aeroméxico	Ida	Ciudad de México - Oaxaca	AM2098	14:10 p.m.	15:24 p.m.
	Aeroméxico	Regreso	Oaxaca- Ciudad de México	AM2047	08:29 a.m.	09:50 a.m.

Motivo de la comisión:	***Realizar el pilotaje de la Cédula de Acreditación para hospitales de segundo nivel en CAUSES, en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Ciudad de Oaxaca de Juárez del 11 al 14 de Julio del 2017.***
Justificación y/o comentarios:	***La Dirección General de Calidad y Educación en Salud conduce el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica el cual tiene como objetivo coadyuvar en el cumplimiento de criterios de capacidad, seguridad y calidad a fin de fortalecer el Sistema Nacional de Salud e incidir en la Meta Nacional II "México Incluyente" del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la que se establece el objetivo 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud", y Estrategia 2.2 "Mejorar la calidad de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud", así como en el objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud 2013-20182. "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", y su Estrategia 2.2. "Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud". Por lo anterior, la presente comisión forma parte de los trabajos de actualización de los instrumentos de evaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.***

Área requirente

Comisiona

Dra. Odet Sarabia González
Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Comisionado

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Directora de Evaluación de la Calidad

Valida

C.P. Ernesto Ortiz Yescas
Coordinador Administrativo de la Unidad Administrativa

Autoriza

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

C.c.p. Área de Recursos Humanos
Sección/ Serie: 5C.22

6K

10.3 Relación de documentación comprobatoria

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

RELACIÓN DE COMPROBANTES DE COMISIONES NACIONALES

Fecha:	**Julio 17 de 2017**		
Comisionado	**Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia**		
Motivo de la comisión:	**Realizar el pilotaje de la Cédula de Acreditación para hospitales de segundo nivel en CAUSES, en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Ciudad de Oaxaca de Juárez del 11 al 14 de Julio del 2017.**		
Lugar de la comisión:	**Oaxaca de Juárez, Oaxaca**	**Periodo de Comisión:**	**Del 11 al 14 de Julio de 2017**
No. de Formato Único de Comisión			

Hospedaje

Factura	Fecha	Importe
403844411	Jul.12, 2017	$2,512.56
H19777	Jul.13-14, 2017	$1,700.01
		$4,212.57

Otros

Factura	Fecha	Importe

Alimentos

Factura	Fecha	Importe
929	Jul.14, 2017	$500.00
		$500.00

Gastos sin comprobantes (hasta el 10%)

Factura	Fecha	Importe
No	Jul.12, 2017	$387.43
	Subtotal	$387.43
	Total	$5,100.00

Liquidación de gastos:

Cantidad recibida:	$5,100.00	**Devolución en efectivo o depósito.**	$0.00
Cantidad comprobada:	$5,100.00	**Saldo:**	$0.00

*Incluir justificación de gastos sin comprobante en su caso.
* Declaro, bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este formato son ciertos y que en caso de algún rechazo me comprometo a cubrir el importe faltante.

El comisionado	Vo. Bo.	Validó
Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia	Dra. Odet Sarabia González	CP. Ernesto Ortiz Yescas
Nombre y firma	Jefe inmediato	Responsable del Área Financiera

150. PROCEDIMIENTO PARA PAGOS AL PERSONAL ADSCRITO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1. Pagar las remuneraciones extraordinarias, así como las prestaciones que le correspondan al personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de conformidad con la normatividad establecida en la materia.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a todo el personal de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2.2 A nivel externo no aplica este procedimiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría), serán los responsables de dar seguimiento a los pagos de las remuneraciones extraordinarias y prestaciones que le corresponden a los trabajadores o prestadores de servicio social adscritos a la propia Dirección General, de conformidad con la normatividad establecida en la materia.

3.2 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría), será responsable de la recepción, revisión y control de la nómina y de cheques extraordinarios, así como del pago a los beneficiarios y sus respectivas comprobaciones ante la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de esta Secretaría de Salud.

3.3 Es responsabilidad del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría), la entrega del cheque que certifica el pago de remuneraciones extraordinarias a los trabajadores o prestadores de servicio social adscrito a la propia Dirección General, así como certificar la identidad del trabajador previa exhibición de su credencial vigente que lo acredita como trabajador en activo o extrabajador o prestador de servicio social, en su defecto, alguna identificación vigente con fotografía (credencial de elector del Instituto Nacional Electoral (INE), pasaporte, cartilla liberada del Servicio Militar Nacional, etc.) y recabar la firma del beneficiario en la nómina correspondiente.

3.4 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, supervisara el seguimiento de las notificación telefónicas de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección de Personal, para recoger nómina de pagos extraordinarios pendientes, así como la entrega contra la firma en la nómina respectiva, en el horario de las 08:00 a las 14:30 horas.

3.5 Las fechas de pago de remuneraciones se ajustarán a la fecha de recepción de la nómina, hasta tres (3) días laborales posteriores a ésta, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría).

3.6 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría), es la responsable de la elaboración y entrega (previa firma) de la comprobación autorizada de la nómina después de los cinco días hábiles posteriores a su recepción.

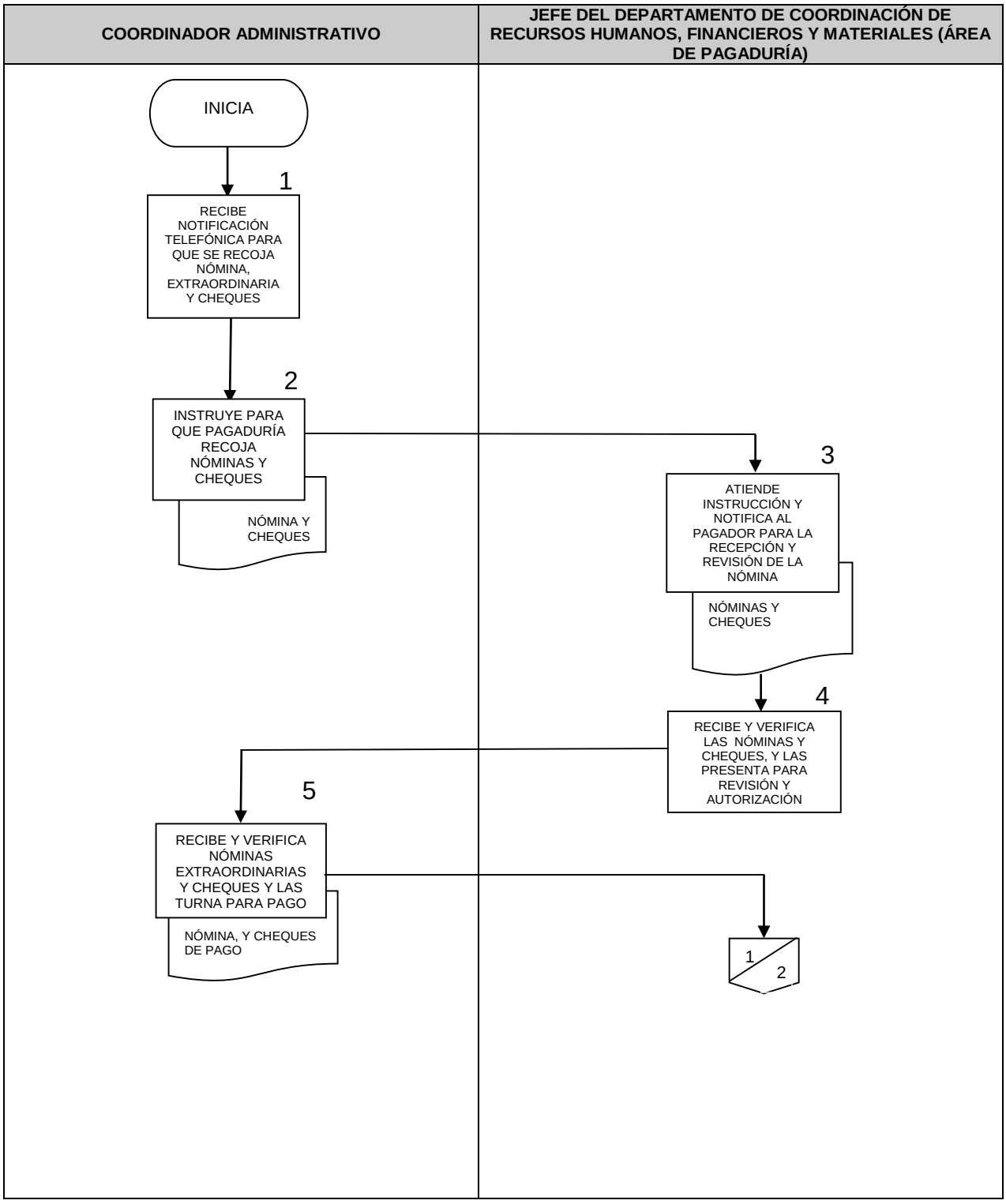
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

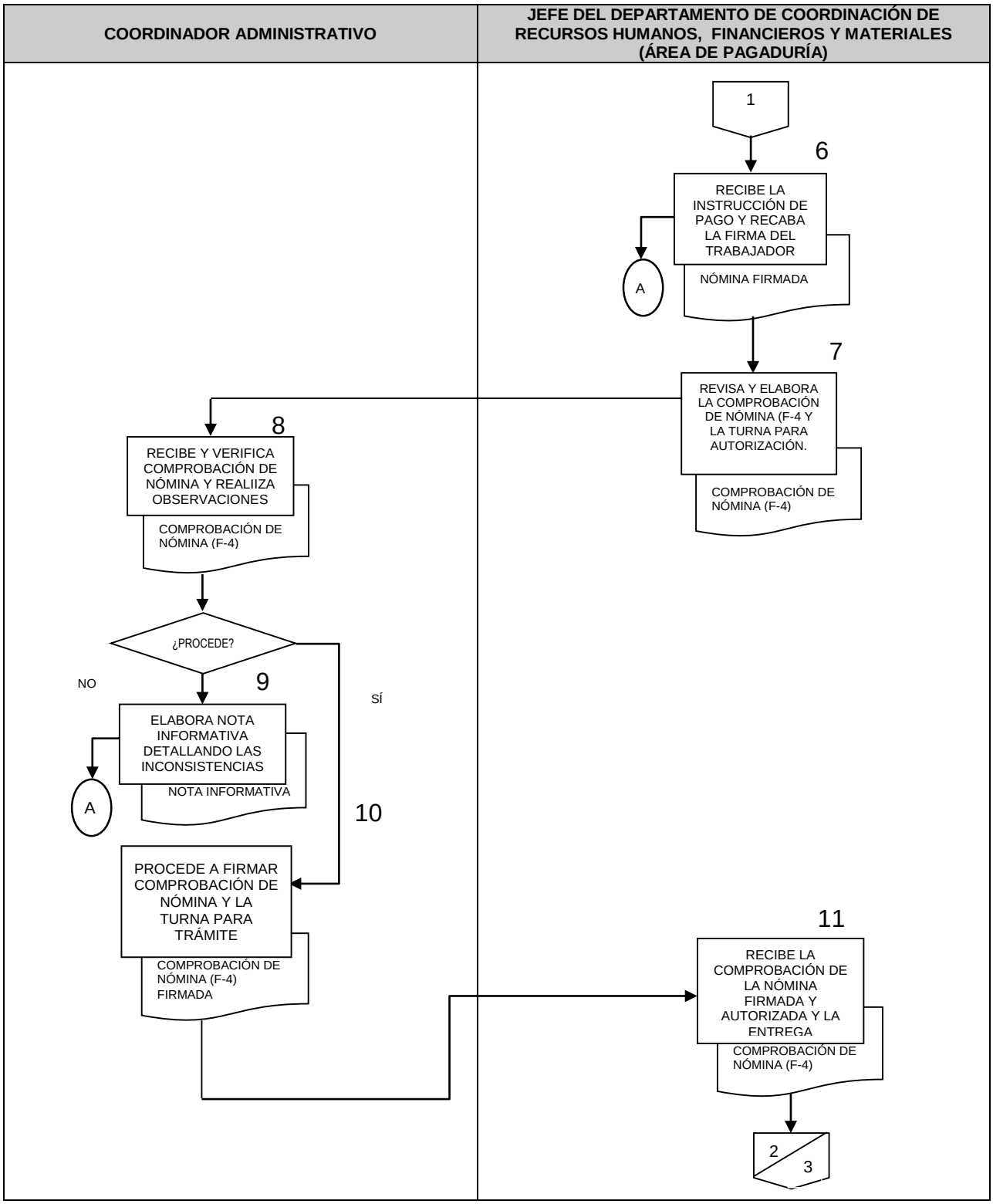
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Recibe notificación telefónica de la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos, para que el pagador habilitado recoja nómina y cheques de pagos extraordinarios.	▪
	2	Instruye al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría) recoja nóminas y cheques.	▪ Nóminas y cheques
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría)	3	Atiende instrucción y notifica al pagador para que proceda a la recepción y revisión de la nómina extraordinaria del personal de la DGCES, de los cheques del pago correspondiente y se proceda al pago de los mismos.	▪ Nóminas y cheques
	4	Recibe y verifica el Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría) la nómina extraordinaria del personal de la unidad, los cheques de pago y las presenta a la Coordinación Administrativa de la propia Dirección General para su revisión y autorización para que proceda al pago respectivo.	▪ Nóminas y cheques.
Coordinador Administrativo	5	Recibe y verifica nóminas extraordinarias y cheques, las turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría) para su pago correspondiente.	▪ Nóminas y cheques

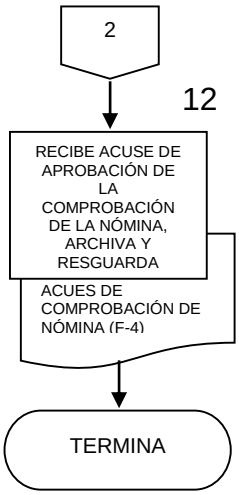
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría)	6	Recibe la instrucción para proceder al pago, entrega el cheque al trabajador adscrito a la Dirección General recabando firma del mismo en la nómina respectiva, contra la exhibición de su identificación oficial.	▪ Nómina firmada
	7	Revisa y elabora la comprobación de nómina (F-4) y la turna para firma de autorización de la Coordinación Administrativa.	▪ Comprobación de nómina (F-4)
Coordinador Administrativo	8	Recibe y verifica la comprobación de nómina y realiza observaciones. ¿Procede?	▪ Comprobación de nómina (F-4).
	9	No: Elabora nota informativa detallando las inconsistencias de la comprobación y regresa a la actividad 6 (A).	▪ Nota informativa
	10	Sí: Procede a firmar la documentación de comprobación de la nómina y la turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría) para su trámite ante la Dirección General de Recursos Humanos (Dirección de Personal).	▪ Comprobación de nómina (F-4) firmada
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría)	11	Recibe el pagador habilitado la comprobación de la nómina (F-4) firmada y autorizada, por la Coordinación Administrativa, la entrega en la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a su recepción.	▪ Comprobación de nómina (F-4)

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría)	12	Recibe Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de pagaduría) de la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, copia de acuse de recibido con la autorización de la comprobación de la nómina de la quincena que corresponda, archiva y resguarda temporalmente la documentación para consulta. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Acuse de comprobación de nómina (F-4)

5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE PAGADURÍA)
1
6
RECIBE LA INSTRUCCIÓN DE PAGO Y RECABA LA FIRMA DEL TRABAJADOR
NÓMINA FIRMADA
A
7
REVISA Y ELABORA LA COMPROBACIÓN DE NÓMINA (F-4 Y LA TURNA PARA AUTORIZACIÓN.
COMPROBACIÓN DE NÓMINA (F-4)
8
RECIBE Y VERIFICA COMPROBACIÓN DE NÓMINA Y REALIIZA OBSERVACIONES
COMPROBACIÓN DE NÓMINA (F-4)
¿PROCEDE?
NO
9
SÍ
ELABORA NOTA INFORMATIVA DETALLANDO LAS INCONSISTENCIAS
NOTA INFORMATIVA
A
10
PROCEDE A FIRMAR COMPROBACIÓN DE NÓMINA Y LA TURNA PARA TRÁMITE
COMPROBACIÓN DE NÓMINA (F-4) FIRMADA
11
RECIBE LA COMPROBACIÓN DE LA NÓMINA FIRMADA Y AUTORIZADA Y LA ENTREGA
COMPROBACIÓN DE NÓMINA (F-4)
2
3

COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE PAGADURÍA)
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Calendario para la recepción de movimientos.	N/A
6.2. Formato de inconsistencias para la reclamación de pagos extraordinarios.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Nómina de pago de personal	3 años	Coordinación Administrativa (área de pagaduría)	4C.5

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Nómina**. Documento oficial establecido por las autoridades que contiene el listado de serviciadores públicos con sus datos presupuestales, desglose de percepciones y deducciones, fecha de emisión, tipo de pago, periodo que cubre, número de folio y alcance líquido; por lo que será obligación de las unidades responsables conservarlos para efectos de cualquier trámite.

8.2. Nómina extraordinaria. Es el documento oficial que se emite quincenalmente cuantas veces sea necesario.

8.3. Personal de base. Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

8.4. Personal de confianza. Servidores públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución, dirección, inspección, etc.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada, 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 F-4 comprobación de nómina.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE REMUNERACIONES E INCIDENCIAS
DEPARTAMENTO DE CONCILIACIÓN DE REMUNERACIONES
COMPROBACIÓN DE NOMINA

FECHA: _____ FOLIO: _____

UNIDAD RESPONSABLE: 610 ADSCRIPCION: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

QUINCENA: _____

NOMINA ORDINARIA ☐ NOMINA EXTRAORDINARIA ☐ PAGO RETROACTIVO ☐ _____ ☐

RANGOS DE CHEQUES Y/O COMPROBANTES		TOTAL	DETENIDOS DPTO. C.R. (CHEQUES Y/O COMPROB.)	TOTAL RECIBIDOS	PAGADOS	CANCELADOS (CHEQUES)
DEL	AL					

OBSERVACIONES
DESCRIPCIÓN DE RANGOS DETENIDOS POR EL DPTO. DE CONCILIACIÓN DE REMUNERACIONES

DEPARTAMENTO DE CONCILIACIÓN DE REMUNERACIONES

NOMBRE: _____

FIRMA

SELLO

DATOS DE LA UNIDAD RESPONSABLE

PAGADOR HABILITADO

FIRMA

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

FIRMA

151. PROCEDIMIENTO PARA EL RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL

1. PROPÓSITO

1.1. Realizar los trámites necesarios para la contratación del personal de acuerdo al perfil, conocimientos, aptitudes y actitudes requerido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, dentro del ámbito de su especialidad, acorde a los requisitos establecidos en el Catálogo de Puestos de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que requieren la contratación del personal, la Coordinación Administrativa valida la autorización para la contratación y el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales verifica los requisitos para la contratación del personal.

2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través de su área de recursos humanos será la responsable de verificar que se cumpla con la normatividad para el reclutamiento y selección del personal idóneo para ocupar las plazas vacantes de acuerdo al catálogo de los perfiles de puesto establecido por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

3.2 El reclutamiento de personal se generará a través de fuentes internas (sindicato y autoridad).

3.3 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, a través de su área de recursos humanos, se encargará de entrevistar al candidato, propuesto a fin de verificar que cumpla con los requisitos y de tramitar la contratación del personal una vez que el candidato cumpla con los requisitos de escolaridad y experiencia en la función, siempre y cuando la plaza no requiera pasar por el proceso de evaluación.

3.4 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través de su área de recursos humanos, será el responsable de verificar que las propuestas vayan acompañadas de la documentación requerida para llevar el trámite de acuerdo a lineamientos y normas que rigen la contratación de personal.

3.5 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud enviará al candidato con su documentación soporte respectiva a la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, para que le realicen las evaluaciones de: conocimientos generales, psicométrico y prácticos.

3.6 Una vez aprobado el candidato por la Dirección General de Recursos Humanos (Dirección de Personal), la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, recogerá los resultados de la evaluación, reportándolo a la Coordinación Administrativa, y esta le girará las instrucciones para iniciar su proceso de contratación, en el caso de haber sido satisfactoria dicha evaluación.

3.7 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros Materiales, a través de su área de recursos humanos, será la encargada de realizar los trámites para la apertura de la cuenta bancaria del trabajador en el caso de ser nuevo ingreso en el gobierno federal, una vez realizado este trámite, verificará el llenado del Formato de Movimientos de Personal (FOMOPE), asignándole la clave presupuestal de pago, recabar las firmas del trabajador y del Director General de Calidad y Educación en Salud y tramitar su alta en el sistema de nómina al trabajador de nuevo ingreso o reingreso, el trámite se regirá conforme al calendario de pagos preestablecido por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

3.8 La Coordinación Administrativa, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, y con la intervención de su área de recursos humanos, será la responsable de inscribir al trabajador de nuevo ingreso al curso de inducción a la Administración Pública Federal, de dar una breve inducción, impartido por el Centro de Capacitación, perteneciente a la Dirección de Personal de la Secretaría de Salud.

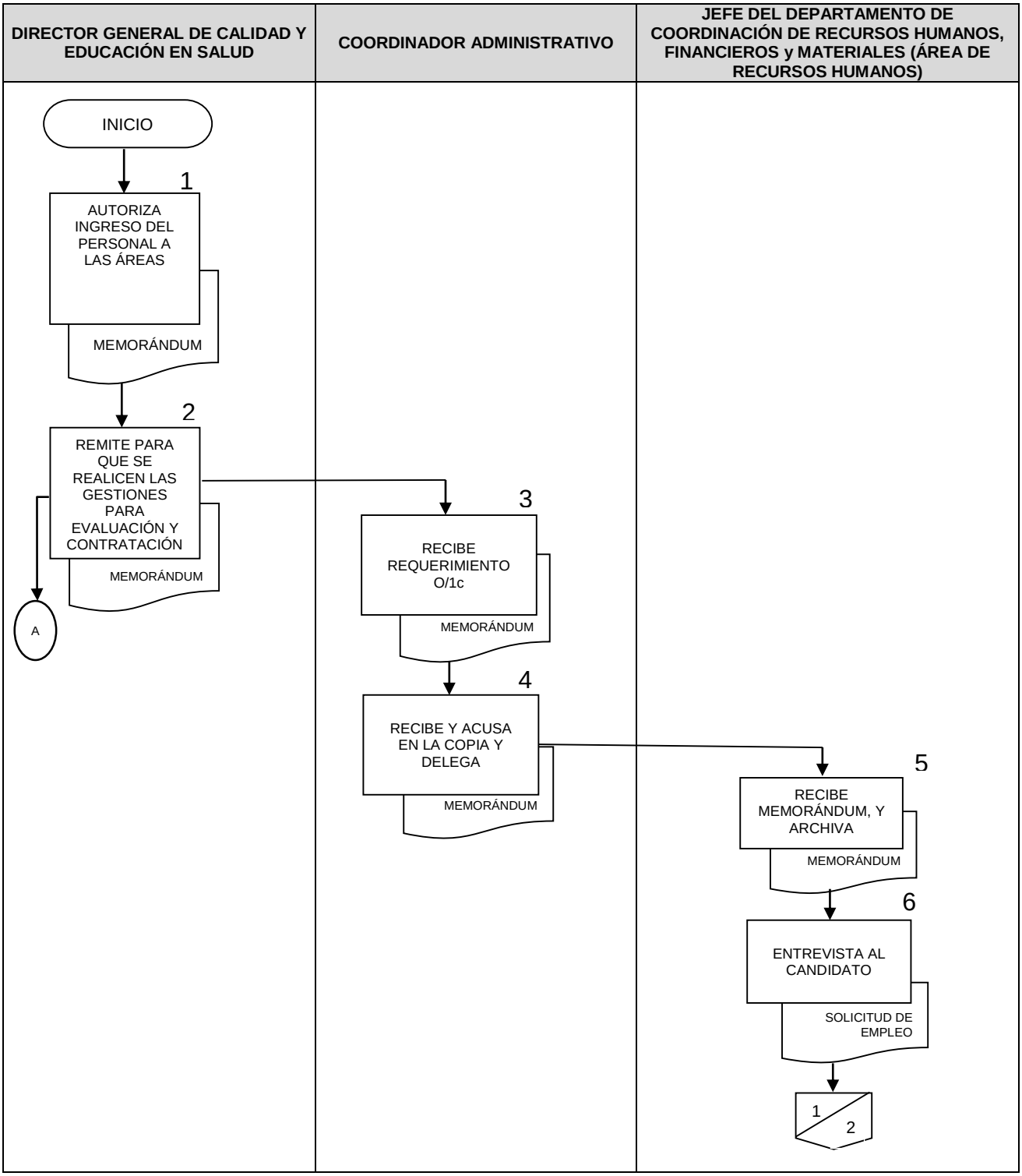
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Autoriza el ingreso del personal a las áreas.	▪ Memorándum
Áreas de la estructura	2	Remite requerimiento a la Coordinación Administrativa para que realice las gestiones para evaluación y contratación (áreas de la estructura).	▪ Memorándum
Coordinador Administrativo	3	Recibe requerimiento de las áreas sustantivas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, notificando las necesidades de personal y el perfil requerido, así como los posibles candidatos.	▪ Memorándum
	4	Recibe y acusa en la copia y delega con el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos), para su atención.	▪ Memorándum
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	5	Recibe memorándum, y se inicia trámite de contratación.	▪ Memorándum
	6	Entrevista al candidato entregándole solicitud de empleo, para que requisite los datos solicitados.	▪ Solicitud de empleo
	7	Recibe solicitud de empleo debidamente requisitada y solicita al candidato los siguientes documentos: ✓ Solicitud de empleo ✓ Currículum vitae ✓ Acta de nacimiento ✓ Registro Federal de Contribuyentes (RFC) ✓ Constancia de estudios ✓ Fotografías ✓ CURP ✓ Certificado médico	▪ Solicitud de empleo requisitada ▪ Oficio

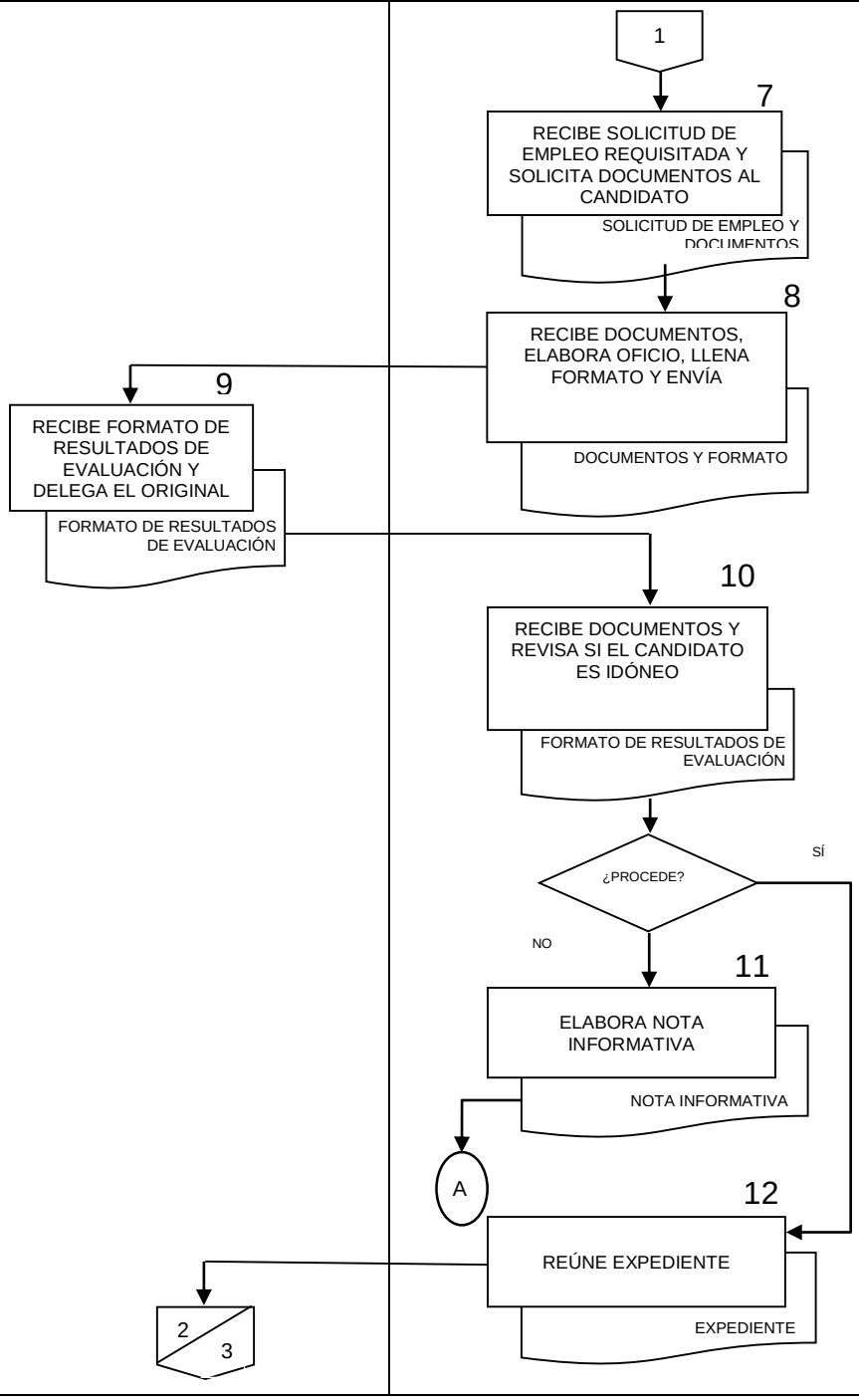
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	8	Recibe documentos, elabora oficio y llena Formato de Solicitud de Evaluación, anexando solicitud de empleo y envía a la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la SSA, para que evalúe al candidato.	▪ Documentos y formato de solicitud de evaluación
Coordinador Administrativo	9	Recibe de la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la SSA, formato de los resultados de los exámenes practicados al candidato. Acusa de recibido en la copia y el original lo delega con el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros Materiales (área de recursos humanos).	▪ Formato de resultados de evaluación
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos	10	Recibe documentos, revisa si el candidato es idóneo para el puesto y archiva formato. Notifica en forma verbal al candidato. ¿Procede?	▪ Formato de resultados de evaluación. ▪ Expediente.
	11	No: Elabora nota informativa detallando los resultados de la evaluación y regresa a la actividad 2 (A).	▪ Nota informativa
	12	Sí: Reúne la documentación y conforma expediente para su contratación y continua el procedimiento.	
	13	Elabora el Formato de Movimientos de Personal (FOMOPE) con vigencia de ingreso conforme al calendario de recepción, recaba firma del candidato y del Director General de Calidad y Educación en Salud en el FOMOPE; elabora oficio de envío de FOMOPE con documentación soporte, dirigido a la Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales de la DGRH, firmado por el Coordinador Administrativo de la DGCES, gestiona y archiva acuse e integra expediente de personal.	▪ FOMOPE, oficio

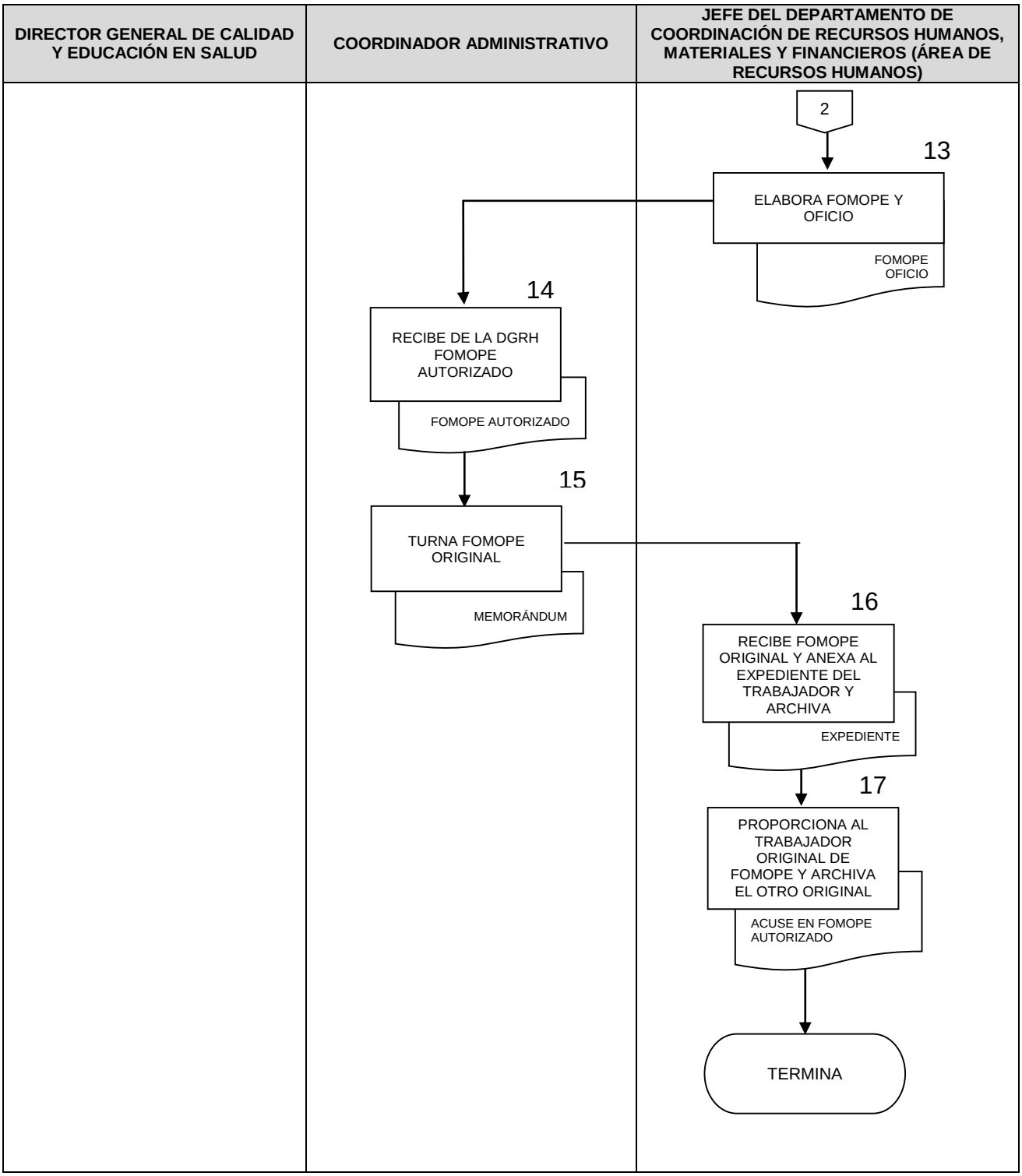
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	14	Recibe FOMOPE original autorizado por duplicado por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud (Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales), acusa de recibido en relación.	▪ FOMOPE
	15	Turna a través de memorándum el FOMOPE original por duplicado al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos).	▪ MEMORÁNDUM
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	16	Recibe FOMOPE original y anexa al expediente del trabajador y archiva.	▪ Expediente
	17	Proporciona un original del FOMOPE autorizado al trabajador seleccionado, notificándole su contratación y adscripción a partir del día 1 ó 16 del mes, según corresponda, recabando acuse de recibido en copia de FOMOPE autorizado. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Acuse en FOMOPE

6. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)




DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
2
13
ELABORA FOMOPE Y OFICIO
FOMOPE
OFICIO
14
RECIBE DE LA DGRH FOMOPE AUTORIZADO
FOMOPE AUTORIZADO
15
TURNA FOMOPE ORIGINAL
MEMORÁNDUM
16
RECIBE FOMOPE ORIGINAL Y ANEXA AL EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR Y ARCHIVA
EXPEDIENTE
17
PROPORCIONA AL TRABAJADOR ORIGINAL DE FOMOPE Y ARCHIVA EL OTRO ORIGINAL
ACUSE EN FOMOPE AUTORIZADO
TERMINA

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
7.1. Condiciones Generales de Trabajo vigentes de la SSA, 17 de junio del 2016.	N/A
7.2. Profesiograma institucional de la SSA.	N/A

8. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
8.1. Expediente del trabajador	3 años	Coordinación Administrativa. (Área de Recursos Humanos)	4C.3

9. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

9.1 **Candidato.** es aquella persona que tiene cumple con los requisitos con la posibilidad de ocupar una vacante de trabajo en la Secretaría de Salud.

9.2. **Entrevista.** Reunión que una persona especialmente cualificada mantiene con alguien que aspira a un puesto de trabajo.

9.3. **Expediente.** Conjunto de documentos que incorporan los actos de la vida administrativa del personal de la Secretaria de Salud.

9.4. **FOMOPE.** Formato de Movimientos de Personal mediante el cual se alimenta al Sistema Integral de Administración de Personal para realizar todos los aspectos normativos en materia laboral, presupuestal y del pago a los trabajadores.

9.5. **Manual de Organización.** Documento en que se registra y actualiza la información detallada de una organización, acerca de sus antecedentes históricos, atribuciones, estructura orgánica, funciones de las unidades administrativas que la integran, niveles jerárquicos, líneas de comunicación y coordinación y los organigramas que representan en forma esquemática la estructura entre otros datos.

9.6. **Personal de base.** Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

9.7. **Personal de confianza.** Servidores públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución. Dirección, inspección, etc.

9.8. **Profesiograma Institucional de la SSA**. Documento de apoyo en el que se detalla la descripción de cada uno de los puestos que conforman la clasificación de los puestos por código funcional, considerando las características específicas y observaciones complementarias de cada uno de ellos en lo referente a los mecanismos de operación y aplicación.

9.9. **Perfil del Puesto.** puesto permite identificar las aptitudes, cualidades y capacidades que, conforme a su descripción, son fundamentales para la ocupación y desempeño del mismo.

9.10. **Reclutamiento**. Conjunto de procedimientos que tienden a atraer candidatos potencialmente cualificados y capaces de ocupar cargos en una organización.

10. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016.

11. ANEXOS (FORMATOS PARA INGRESO DE PERSONAL)

10.1 Formato de movimientos de personal "FOMOPE"
10.2 Solicitud de evaluación (medio electrónico)
10.3 Solicitud de empleo

12. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Movimientos de Personal “FOMOPE”.

SALUD

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

FORMATO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL
RAMA MEDICA, PARAMEDICA, AFIN, AFIN ADMINISTRATIVA Y CONFIANZA

UNIDAD EXPEDIDORA: **DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION:

DATOS PERSONALES

FILIACION | CURP

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE | NUMERO EXTERIOR | NUMERO INTERIOR

COLONIA | CODIGO POSTAL | DELEGACION O MUNICIPIO | ESTADO | TELEFONO

CUENTA BANCARIA NUMERO

GENERO	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO)	FECHA DE INGRESO	DIA	MES	AÑO	DEPENDENCIA
			GOBIERNO FEDERAL				
			SECRETARIA DE SALUD				

DATOS PRESUPUESTALES

ANTECEDENTE	A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	P G	A I	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO
CLAVE ANTERIOR										

ADSCRIPCION

NOMBRE

CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD

DATOS DEL SUSTITUTO:

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

FILIACION

EFECTOS DEL AL

MOTIVO

NUM. DE DOCUMENTO

VIGENCIA				OPERACION				
	DIA	MES	AÑO	NO. DE DOCUMENTO	NUMERO DE EMPLEADO	TIPO DE TRABAJADOR	LOTE	QNA
DEL								
AL								

TIPO DE MOVIMIENTO | CODIGO | ADSCRIPCION: DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD.

NUEVO INGRESO		PENSION ALIMENTICIA		LICENCIA		BASE	
REINGRESO		DATOS PERSONALES		CAMBIO DE RADICACION DE SUELDOS		CONFIANZA	
PROMOCION		BAJA		PRIMA QUINQUENAL		EVENTUAL	
DISMINUCION		REANUDACIÓN DE LABORES		BASIFICACION		PROVISIONAL	

CLAVE PRESUPUESTAL

A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	EF	PAI	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO

CLAVE DE ESPONSABILIDAD

NOMBRE DEL PUESTO

HORARIO ASIGNADO

8 HORAS

7 HORAS

6 HORAS

PERCEPCIONES

PARTIDA PRESUPUESTAL	ANTERIOR	ACTUAL	DIFERENCIA

JUSTIFICACION O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR	AUTORIZA LA UNIDAD EXPEDIDORA	AUTORIZA INGRESO A SISTEMA DE NÓMINA
	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	

10.2 Solicitud de Evaluación (medio electrónico).

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSCRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS PERSONALES
DIRECCIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE SELECCIÓN DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

SOLICITUD DE EVALUACIÓN

I.- DATOS DEL SOLICITANTE. **FECHA:**

UNIDAD HOSPITALARIA O ADMINISTRATIVA QUE REMITE:

NOMBRE DEL CANDIDATO:

EDAD: **SEXO:** **ESTADO CIVIL:**

ESCOLARIDAD:

PUESTO:

CANDIDATO N°:

PARA CUBRIR LA PLAZA CON CLAVE:

TIPO DE MOVIMIENTO:

PROVISIONAL **INTERINO** **CONFIANZA**

DGRH-DPE-PO-001-01 **REV.3**

II.- DESCRIPCIÓN DEL PUESTO.

AREA DE TRABAJO:

ACTIVIDADES RUTINARIAS:

ACTIVIDADES PERIÓDICAS:

FUNCIÓN ESPECÍFICA:

PUESTO DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR:

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

III.- DICTAMEN FINAL. **NOMBRE:**

R.F.C. **CODIGO:**
PUESTO:

Nº DE EXPEDIENTE:

MAL REQUISITADO	ADECUADO	ADECUADO C/ RESERVA	NO ADECUADO	DESERTOR
☐	☐	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

SUBDIRECTOR DE SELECCIÓN DE PERSONAL

10.3 Solicitud de Empleo.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSCRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN,
OPERACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS PERSONALES
DIRECCIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE SELECCIÓN DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

RECIENTE
(Pegarla)

SOLICITUD DE EMPLEO

MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES VERAZ Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SEA VERIFICADA

PUESTO SOLICITADO	FECHA

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO / MATERNO / NOMBRE (S)	EDAD	SEXO M F

DOMICILIO	COLONIA

DELEGACION Y/O MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

R.F.C.	CURP	CARTILLA S.M.N. N° LIBERACION N°

PERCIBE OTROS INGRESOS $ MENSUAL SI ( ) NO ( )	POR QUE CONCEPTO

DEPENDIENTES ECONOMICOS CONYUGE ( ) HIJOS ( ) PADRES ( ) OTROS ( )

HISTORIA ESCOLAR

NOMBRE:	LUGAR	FECHA DE A	AÑOS	DOCUMENTO OBTENIDO
PRIMARIA				
SECUNDARIA				
PREPARATORIA O VOCACIONAL				
PROFESIONAL				
COMERCIAL O TECNICA				

ESTUDIA ACTUALMENTE SI ( ) NO ( ) QUE ESTUDIA	DONDE ESTUDIA GRADO

DGRH-DPE-PO-001-02 REV 2

OTROS ESTUDIOS			
POSGRADO / CURSOS SEMINARIOS	DURACION	INSTITUCION	DOCUMENTO OBTENIDO
HA ESTADO BECADO SI ( ) NO ( )	BECA OTORGADA POR	MONTO DE LA BECA	

IDIOMAS	HABLA %	ESCRIBE %	TRADUCE %

HISTORIA LABORAL			
EMPLEOS	ACTUAL O ULTIMO	ANTERIORES	
TIEMPO QUE PRESTO SUS SERVICIOS	DE A	DE A	DE A
NOMBRE DE LA EMPRESA			
DOMICILIO			
PUESTO DESEMPEÑADO			
SUELDOS	INICIAL FINAL $ $	INICIAL FINAL $ $	INICIAL FINAL $ $
MOTIVO DE SEPARACION			
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO			
TELEFONO DE LA EMPRESA			

REFERENCIAS
QUE NO SEAN FAMILIARES NI JEFES ANTERIORES

NOMBRE	OCUPACION	DOMICILIO	TELEFONO

DATOS FAMILIARES Y SOCIO ECONOMICOS
PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACTUALMENTE

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD	PERCIBE INGRESO MONTO MENSUAL
TIPO DE VIVIENDA CASA ( ) DEPARTAMENTO ( ) PROPIO ( ) RENTADO ( ) FAMILIAR ( ) HIPOTECA ( ) IMPORTE DE RENTA O HIPOTECA $			INGRESO FAMILIAR TOTAL MENSUAL	

DESCRIBA COMO SON SUS RELACIONES FAMILIARES

COMO SE DESCRIBE A SI MISMO

POR QUE MEDIO SE ENTERO DE LA VACANTE	TRABAJA ALGUN FAMILIAR EN LA SSA SI ( ) NO ( ) NOMBRE:

ESTA DISPUESTO A VIAJAR	HA RESIDIDO EN OTRO PAIS DONDE	MOTIVO DE RESIDENCIA

HA TRABAJADO O ESTA TRABAJANDO PARA EL GOBIERNO FEDERAL SI ( ) NO ( )
DEPENDENCIA PERIODO DEL AL MOTIVO DE SEPARACION

POR QUE LE INTERESA TRABAJAR EN LA SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

NOTA: TODA LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES CONSIDERADA CONFIDENCIAL POR PARTE DE LA DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS.

OBSERVACIONES

PARA SER LLENADO POR TRABAJO SOCIAL O AREA DE PSICOLOGIA

DATOS GENERALES Y LABORALES

DATOS FAMILIARES Y SOCIO ECONOMICOS

FECHA

152. PROCEDIMIENTO PARA MOVIMIENTOS DE PERSONAL

1. PROPÓSITO

1.1. Realizar los trámites relacionados con los movimientos de personal de Mandos Medios, confianza, base y provisional, del personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a fin de mantener las relaciones laborales y su ejercicio en rango positivo entre la autoridad y el personal trabajador.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien autoriza los movimientos de personal, la Coordinación Administrativa encargada de validar los movimientos de personal y el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos) área encargada de requisitar dichos movimientos.

2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los movimientos de personal son los trámites por documento que realiza la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos), por medio de los cuales se modifica o actualiza la situación laboral o "estatus" del trabajador interesado, de conformidad con las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud vigentes, para el personal de confianza, base y provisional y la Ley del Servicio Profesional de Carrera, para el personal de Mandos Medios y la normatividad en materia de recursos humanos.

3.1 El procedimiento para movimientos de personal se deriva de la solicitud del trabajador, cuando corresponda, o derivado del dictamen de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, por artículo 34 y por concurso público y abierto del Servicio Profesional de Carrera de la Administración Pública Federal.

3.2 En general los movimientos de personal causarán procedencia los días 1 y 16 de cada mes calendario y se clasifican como sigue: Bajas, Suspensión preventiva del pago, Licencia con y sin goce de sueldo, Incapacidades médicas, Reanudaciones, Altas, Reingresos, Promociones, Descensos, Cambios de adscripción, Primas quinquenales, Deducciones económicas, Movimientos diversos, de conformidad con el Catálogo de Movimientos de Personal del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP), y están a cargo del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos).

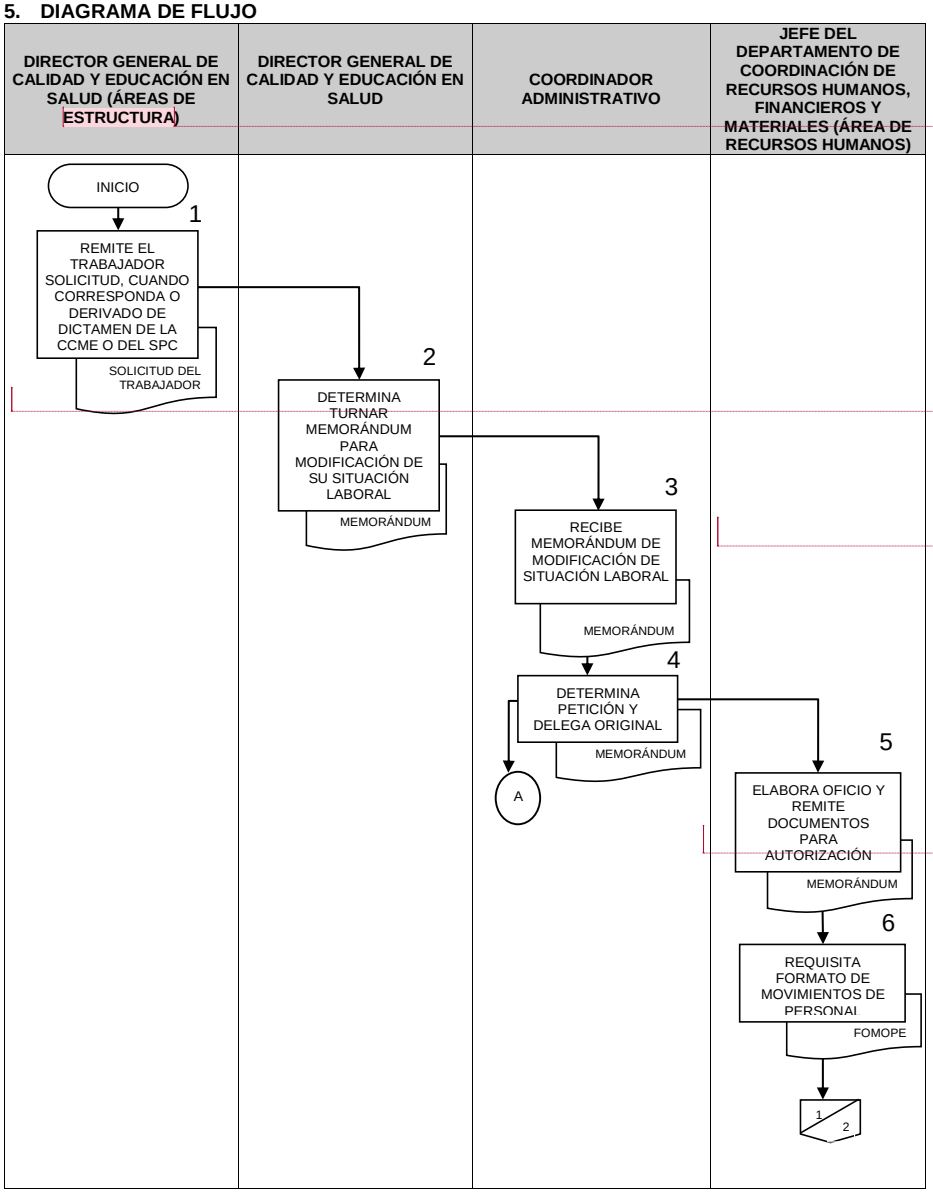
3.3 Las plazas vacantes de mandos medios y superiores, que se ocupen por artículo 34 y por concurso público y abierto, reglamentado por la Ley del Servicio Profesional de Carrera, en coordinación con la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, perteneciente a la Dirección General de Recursos Humanos, también están sujetas a la clasificación anterior en lo que les aplique.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud (áreas de la estructura)	1	Remite el trabajador solicitud cuando corresponda o derivado del dictamen de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón (CCME), por artículo 34 y por concurso público y abierto del Servicio Profesional de Carrera (SPC), al Director General de Calidad y Educación en Salud para que realice las gestiones solicitadas.	▪ Solicitud del trabajador.
Director General de Calidad y Educación en Salud	2	Determina y turna el memorándum con solicitud del trabajador adscrito o del dictamen de la CCME, por artículo 34 y por concurso público y abierto del SPC para la modificación de su situación laboral como trabajador, cuando corresponda.	▪ Memorándum.
Coordinador Administrativo	3	Recibe memorándum para la modificación de la situación laboral del trabajador interesado adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (aviso de renuncia, dictamen de baja o promoción interna, licencia sin goce de sueldo), y acusa de recibido en la copia.	▪ Memorándum.
	4	Determina petición y delega original, mediante memorándum al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos) para su atención y/o seguimiento.	▪ Memorándum.
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos).	5	Elabora oficio y remite documentos para autorización y rúbrica del Coordinador Administrativo.	▪ Oficio.
	6	Requisita Formato de Movimientos de Personal (FOMOPE), anexa documento de modificación (de acuerdo al Catálogo de Movimientos de Personal del SIAP).	▪ FOMOPE

Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos).	7	Elabora oficio y Relación de Movimientos de Personal para trámite del FOMOPE y remite documentos para autorización y firma del Coordinador Administrativo.	▪ Oficio y Relación de Movimientos de Personal.
Coordinador Administrativo	8	Recibe oficio y/o Relación de Movimientos de Personal junto con el FOMOPE, acusando de recibido en la copia, para seguimiento y tramite y gestión ante la Dirección General de Recursos Humanos.	▪ Oficio y Relación de Movimientos Personal y FOMOPE
	9	Analiza y valida procedimiento. Hace recomendación para corrección. ¿Procede?	▪ Oficio y Relación de Movimientos de Personal y FOMOPE.
	10	No: Elabora nota informativa detallando la inconsistencia. Regresa a la actividad 4 (A).	▪ Nota Informativa.
	11	Sí: Reúne la documentación y conforma expediente.	
	12	Firma oficio y Relación de Movimientos Personal y FOMOPE y delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos).	▪ Oficio y Relación de Movimientos Personal y FOMOPE.
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	13	Recibe oficio y/o Relación de Movimientos Personal y FOMOPE debidamente firmados y gestiona ante la Dirección General de Recursos Humanos de la SSA.	▪ Oficio y/o Relación de Movimientos Personal y FOMOPE.
	14	Recibe Relación de Movimientos de Personal Operados y FOMOPE autorizado que avala la modificación de la situación laboral del trabajador interesado.	▪ Relación de Movimientos de Personal y FOMOPE autorizado
	15	Archiva FOMOPE original en expediente del trabajador y entrega una copia simple al interesado. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Relación de Movimientos de Personal y FOMOPE autorizado

5. DIAGRAMA DE FLUJO



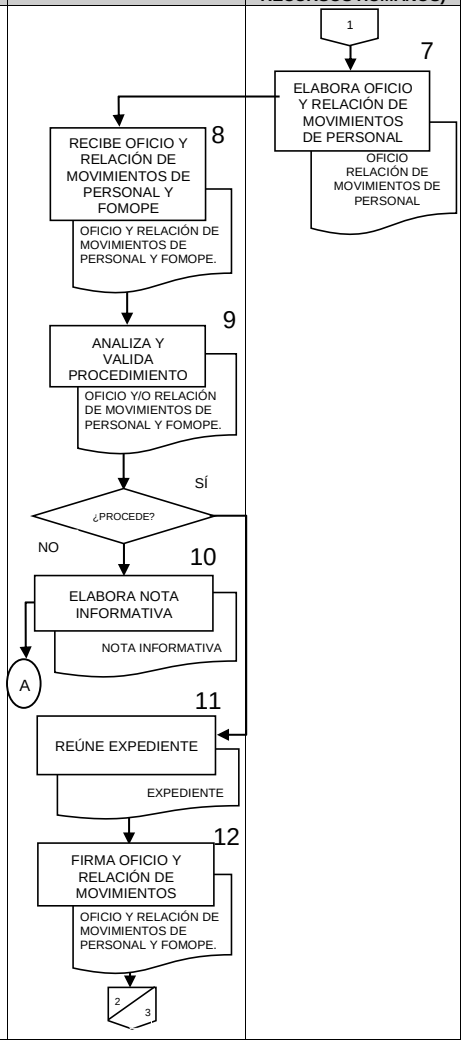
Comentado [NAHO1]: Áreas de estructura

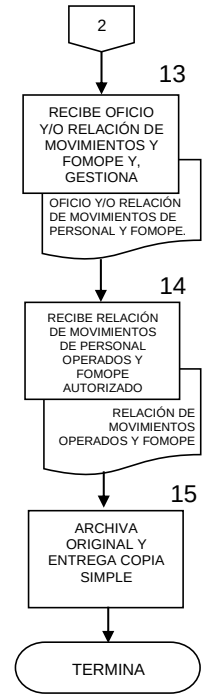
Comentado [NAHO2]: El documento anexo debe ser igual al de la descripción de la actividad no. 1

Comentado [NAHO4]: Revisar la numeración debe ser igual a la descripción de actividades

Comentado [NAHO3]: Numero 6 ¿????? No va ahí

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE LA ESTRUCTURA)	DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE LA ESTRUCTURA)	DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Catálogo de Movimientos de Personal del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP)	N/A
6.2. Profesiograma Institucional en la SSA	N/A
6.3. Catálogo Sectorial de Puestos de la Rama Médica, Paramédica y Afín	N/A
6.4. Catálogo Sectorial de Puestos del Grupo Afín Administrativo	N/A
6.5. Condiciones Generales de Trabajo de la SSA, 17 de junio del 2016.	N/A
6.6. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE)	N/A
6.7. Ley del Servicio Profesional de Carrera	

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Expediente del trabajador	3 años	Coordinación Administrativa. (Área de Recursos Humanos)	4C.3

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Artículo 34. Nombramiento temporal para ocupar un puesto, una vacante o una plaza de nueva creación, considerado para ser ocupado por cualquier servidor público, sin necesidad de sujetarse al procedimiento de reclutamiento y selección a que se refiere Ley del Servicio Profesional de Carrera.

8.2. Bajas. Dejar de prestar sus servicios por alguno de los motivos clasificados en el rubro de bajas del catálogo de movimientos.

8.3. Licencia sin goce de sueldo. Permiso que se concede a los trabajadores por un tiempo determinado conforme al Art. 159 de las Condiciones Generales de Trabajo.

8.4. Licencia con goce de sueldo. Permiso que se concede a los trabajadores en ausentarse de sus labores en días naturales gozando de su sueldo, la cual se autorizará, siempre y cuando no afecte la prestación del servicio, con mediación del Sindicato cuando así lo solicite el Trabajador.

8.5. Personal de base. Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

8.6. Personal de confianza. Servidores públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución.

8.7. Personal provisional. Es aquel que ocupa una plaza vacante para cubrir las necesidades del servicio en forma provisional.

8.8. Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP).-Amalgama todos los aspectos normativos en materia laboral, presupuestal y del pago.

8.9. Trabajador Provisional. Cubre puestos vacantes mayores de 6 meses.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

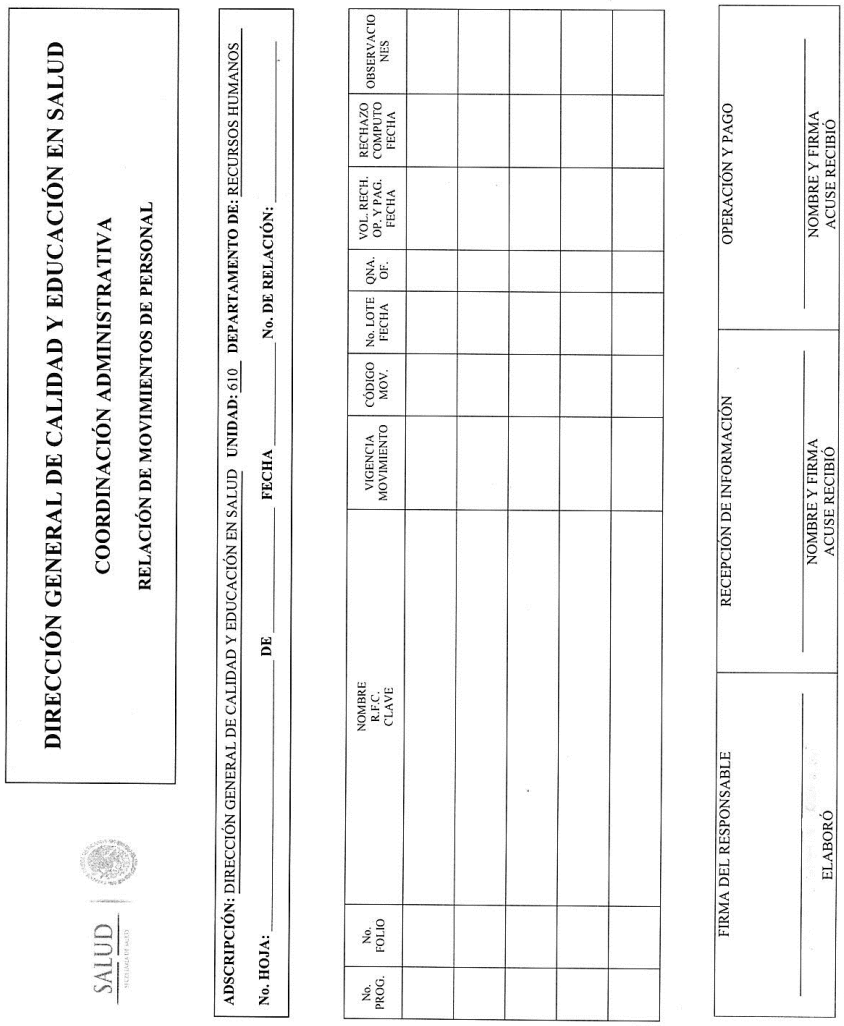
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

8. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Relación de Movimientos de Personal.
10.2 Formato de Movimiento de Personal FOMOPE.

9. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Relación de Movimientos de Personal.



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

RELACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

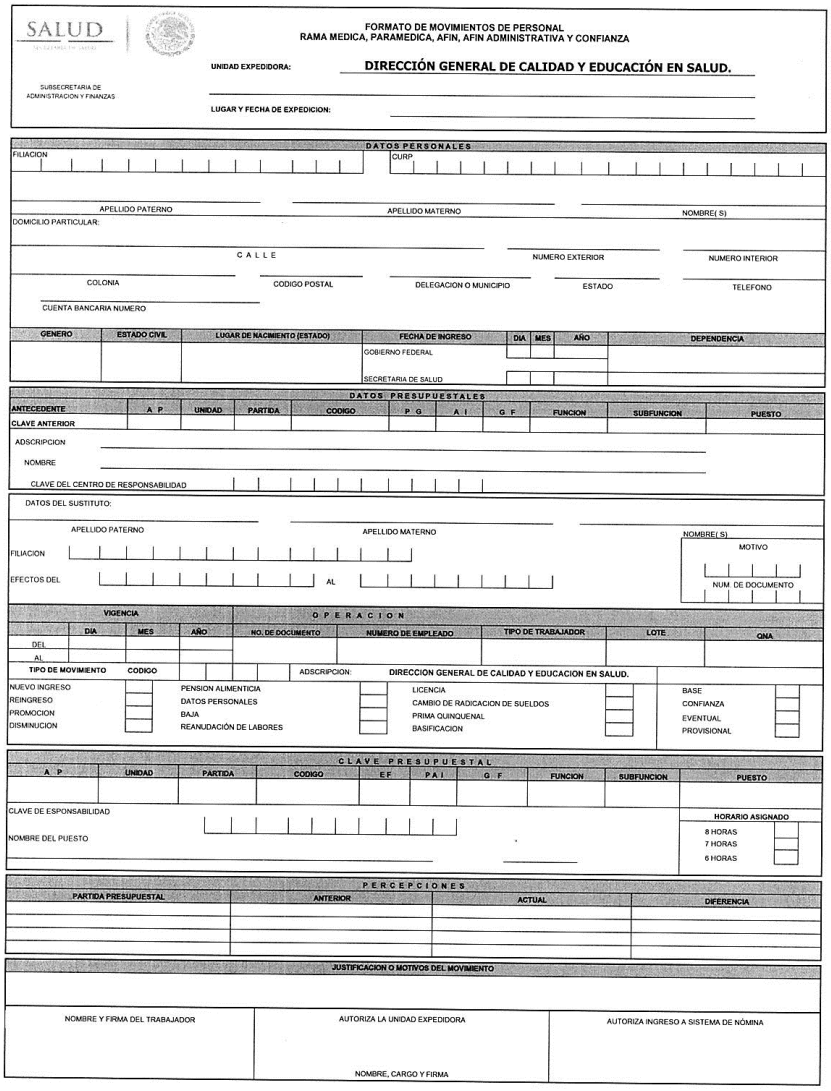
ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD **UNIDAD:** 610 **DEPARTAMENTO DE:** RECURSOS HUMANOS

No. HOJA: _____ **DE** _____ **FECHA** _____ **No. DE RELACIÓN:** _____

No. PROG.	No. FOLIO	NOMBRE R.F.C. CLAVE	VIGENCIA MOVIMIENTO	CÓDIGO MOV.	No. LOTE FECHA	QNA. OF.	VOL. RECH. OP. Y PAG. FECHA	RECHAZO COMPUTO FECHA	OBSERVACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE	RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN	OPERACIÓN Y PAGO
_____ ELABORÓ	_____ NOMBRE Y FIRMA ACUSE RECIBIÓ	_____ NOMBRE Y FIRMA ACUSE RECIBIÓ

10.2 Formato de Movimiento de Personal FOMOPE.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

FORMATO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL
RAMA MEDICA, PARAMEDICA, AFIN, AFIN ADMINISTRATIVA Y CONFIANZA

UNIDAD EXPEDIDORA: **DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION:

DATOS PERSONALES

FILIACION | CURP

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE | NUMERO EXTERIOR | NUMERO INTERIOR

COLONIA | CODIGO POSTAL | DELEGACION O MUNICIPIO | ESTADO | TELEFONO

CUENTA BANCARIA NUMERO

GENERO	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO)	FECHA DE INGRESO	DIA	MES	AÑO	DEPENDENCIA
			GOBIERNO FEDERAL				
			SECRETARIA DE SALUD				

DATOS PRESUPUESTALES

ANTECEDENTE	A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	P G	A I	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO
CLAVE ANTERIOR										

ADSCRIPCION

NOMBRE

CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD

DATOS DEL SUSTITUTO:

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

FILIACION | MOTIVO

EFECTOS DEL | AL | NUM. DE DOCUMENTO

VIGENCIA	DIA	MES	AÑO	OPERACION: NO. DE DOCUMENTO	NUMERO DE EMPLEADO	TIPO DE TRABAJADOR	LOTE	QNA
DEL								
AL								

TIPO DE MOVIMIENTO | CODIGO | ADSCRIPCION: DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD.

NUEVO INGRESO		PENSION ALIMENTICIA		LICENCIA		BASE	
REINGRESO		DATOS PERSONALES		CAMBIO DE RADICACION DE SUELDOS		CONFIANZA	
PROMOCION		BAJA		PRIMA QUINQUENAL		EVENTUAL	
DISMINUCION		REANUDACIÓN DE LABORES		BASIFICACION		PROVISIONAL	

CLAVE PRESUPUESTAL

A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	EF	PAI	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO

CLAVE DE ESPONSABILIDAD

NOMBRE DEL PUESTO

HORARIO ASIGNADO
8 HORAS
7 HORAS
6 HORAS

PERCEPCIONES

PARTIDA PRESUPUESTAL	ANTERIOR	ACTUAL	DIFERENCIA

JUSTIFICACION O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR	AUTORIZA LA UNIDAD EXPEDIDORA	AUTORIZA INGRESO A SISTEMA DE NÓMINA
	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	

153. PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DEL PERSONAL

1. PROPÓSITO

1.1. Controlar la puntualidad e incidencias de la asistencia al trabajo de los servidores públicos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, mediante un registro de asistencias que permita llevar a cabo las acciones que procedan de acuerdo a la normatividad establecida en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien supervisa la correcta aplicación de la normatividad de asistencia, la Coordinación Administrativa valida la asistencia del personal y el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales aplica la normatividad correspondiente a los trabajadores.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Coordinación de Recursos Humanos (Área de Recursos Humanos), será la responsable de llevar a cabo el control de asistencias del personal mediante el Sistema de Control de Asistencia Digital (SCAD), estableciendo los límites de tolerancia de conformidad con la normatividad establecida en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud.

3.2 El registro de la asistencia fuera del límite de tolerancia (15 minutos después de su horario autorizado), de conformidad con el informe registrado por el Sistema de Control de Asistencia Digital, llevará a la aplicación de sanciones que al efecto determine la normatividad vigente emitida por el cuerpo normativo invocado y su aplicación será responsabilidad del área de incidencias de asistencia de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

- 7 retardos menores en el mes = 1 día de suspensión
- 3 retardos mayores en el mes = 1 día de suspensión

3.3 Los casos en que se autorice al trabajador no registrar la entrada o salida de sus labores, se sujetarán a las normas establecidas al respecto por la compilación laboral interna de la Secretaría de Salud en vigor y con la autorización del jefe inmediato; exhibiendo: memorándum de comisión; notificación de constancia médica de tiempo y/o constancia escolar de tiempo, sin perder de vista que el cotejo estará bajo la responsabilidad del área de recursos humanos de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3.4 Los jefes inmediatos serán los únicos facultados para autorizar las incidencias del personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, previa justificación.

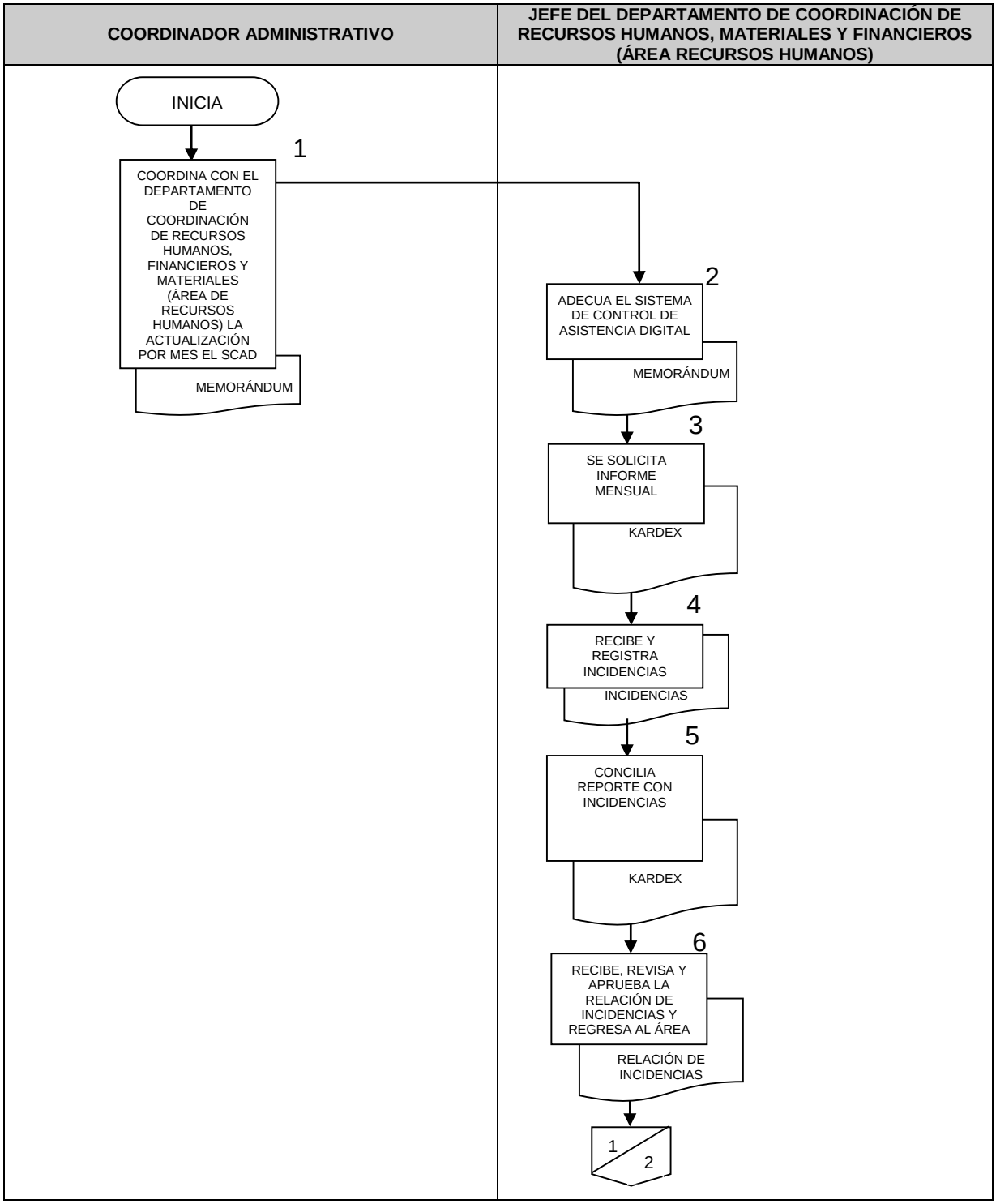
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

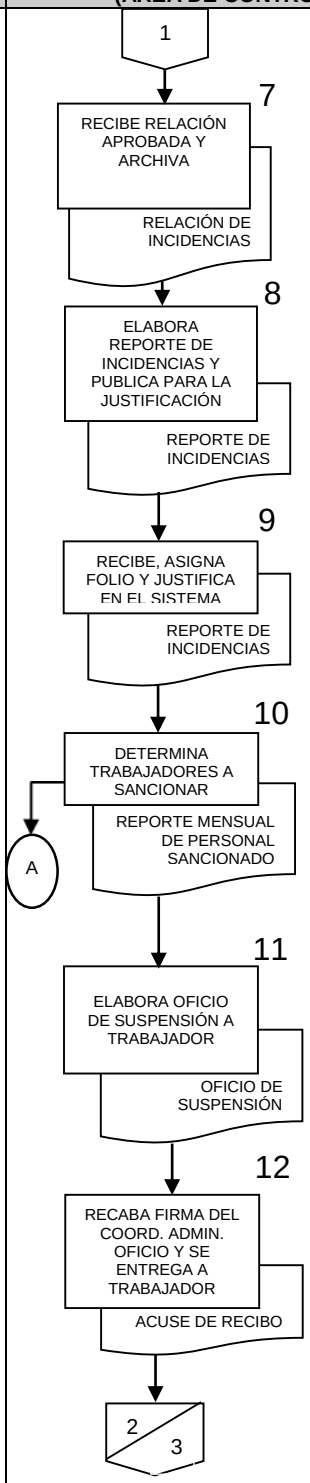
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Coordina con el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recurso Humanos) la actualización por mes del Sistema de Control de Asistencia Digital (SCAD).	▪ Memorándum
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)	2	Adecua mensualmente Sistema de Control de Asistencia Digital para el personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	• Memorándum
	3	Se solicita al Sistema de Control de Asistencia Digital un informe mensual del control de asistencias del personal (Kárdex).	• Kárdex
	4	Recibe y registra incidencias de los trabajadores en el Sistema de Control de Asistencia Digital, previa autorización de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	• Incidencias
	5	Concilia reporte con incidencias de los Trabajadores de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (Control de Asistencia)	• Kárdex
	6	Recibe, revisa y aprueba, en su caso, la relación de incidencias de asistencia del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y regresa al área de control de asistencia. (Recursos Humanos)	• Relación de incidencias
	7	Recibe relación aprobada y la archiva de manera temporal. (Control de Asistencia)	• Relación de incidencias
	8	Elabora al término del mes que corresponda reporte de incidencias y se publica para la justificación que corresponda, en el área de control de asistencia de la DGCES.	• Reporte de incidencias
	9	Recibe y asigna número de folio a justificaciones de incidencias publicadas, y justifica en el Sistema de Control de Asistencia Digital.	• Reporte de incidencias

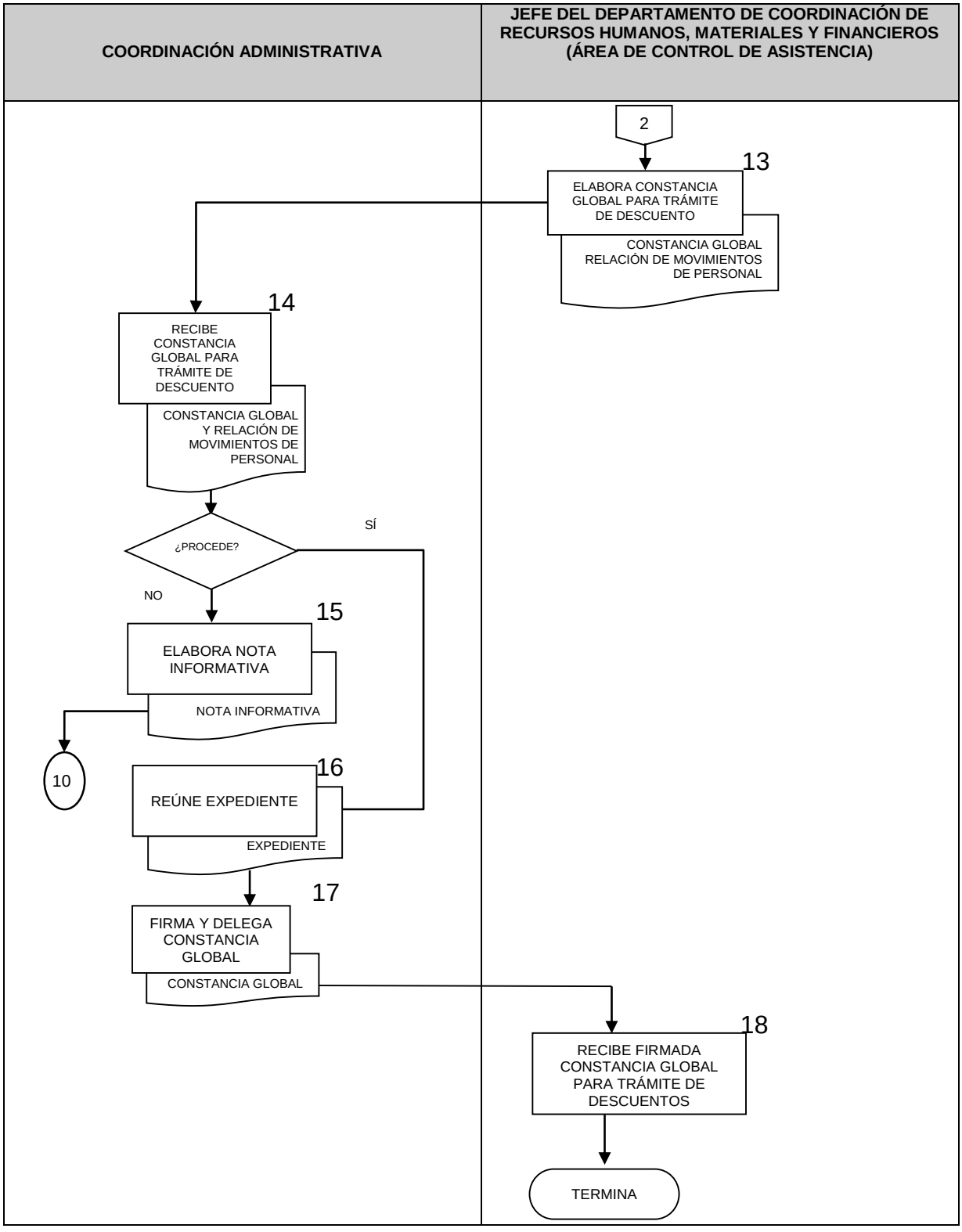
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)	10	Determina que trabajadores serán sancionados por acumulación de retardos menores (7) o mayores (3) en el mes que corresponda.	• Reporte mensual de personal sancionado
	11	Elabora oficio de suspensión para cada trabajador que haya acumulado en el mes 7 retardos menores o 3 mayores.	• Oficio de suspensión
	12	Recaba firma del Coordinador Administrativo en el oficio de suspensión para cada trabajador, entrega oficio original al trabajador, recabando acuse de recibido en copia del mismo, para su archivo.	• Acuse de Oficio
	13	Elabora formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal para aplicación de descuentos al personal sancionado por acumulación de retardos en el mes que corresponda, así como por faltas injustificadas, turnándolos a la Coordinación Administrativa para firma.	• Formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal.
Coordinador Administrativo.	14	Recibe formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal para aplicación de descuentos al personal sancionado por acumulación de retardos, revisa y determina. ¿Procede?	• Formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal.
	15	No: Elabora nota informativa detallando la inconsistencia y regresa a la actividad 10 (A).	• Nota Informativa
	16	Sí: Reúne la documentación y conforma expediente y continua con la actividad No. 17.	
	17	Firma y delega formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal para aplicación de descuentos al personal sancionado por acumulación de retardos, para su trámite correspondiente.	• Formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal, firmados.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de control de asistencia).	18	Recibe debidamente firmados formatos de constancia global y de relación de movimientos de personal para aplicación de descuentos al personal sancionado por acumulación de retardos, fotocopia y tramita ante la Subdirección del Pago e Incidencias, recabando acuse de recibido, el cual archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	• Acuse de formatos de constancia global y de relación de movimientos.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE CONTROL DE ASISTENCIA)
	


COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE CONTROL DE ASISTENCIA)
2
13
ELABORA CONSTANCIA GLOBAL PARA TRÁMITE DE DESCUENTO
CONSTANCIA GLOBAL RELACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL
14
RECIBE CONSTANCIA GLOBAL PARA TRÁMITE DE DESCUENTO
CONSTANCIA GLOBAL Y RELACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL
¿PROCEDE?
SÍ
NO
15
ELABORA NOTA INFORMATIVA
NOTA INFORMATIVA
10
16
REÚNE EXPEDIENTE
EXPEDIENTE
17
FIRMA Y DELEGA CONSTANCIA GLOBAL
CONSTANCIA GLOBAL
18
RECIBE FIRMADA CONSTANCIA GLOBAL PARA TRÁMITE DE DESCUENTOS
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Condiciones Generales de Trabajo vigentes de la SSA, 16 de junio del 2016.	N/A
6.2. Reglamento de Asistencia, puntualidad y permanencia de la SSA.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Control de Asistencia	3 años	Coordinación Administrativa (Área de Recursos Humanos)	4C.8
7.2. Descuentos	3 años	Coordinación Administrativa (Área de Recursos Humanos)	4C.10
7.3. Estímulos y Recompensas	3 años	Coordinación Administrativa (Área de Recursos Humanos)	4C.11

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asistencia al Trabajo.** Es la concurrencia y presentación habitual de los trabajadores al desempeño de sus funciones, de conformidad con las jornadas, días y horarios de trabajo que determinan las Condiciones y su Nombramiento.

8.2. **Control de la asistencia, la puntualidad, la permanencia en el trabajo y la calidad en la productividad a través de la asistencia perfecta.** Es como el conjunto de reglas conforme a las cuales se verifican las incidencias a que se refieren los incisos anteriores.

8.3. **Descuentos.** Facultad de la autoridad para descontar del sueldo tabular de los trabajadores, el monto equivalente por acumulación de retardos en el mes que corresponda, así como por faltas injustificadas.

8.4. **Expediente de personal.** Es el instrumento que contiene la trayectoria laboral del empleado dentro del instituto, desde su ingreso, hasta la baja de sus actividades.

8.5. **Incidencia.** Movimientos o registros que afectan el pago de las remuneraciones a un trabajador.

8.6. **Kárdex.** Historial de asistencia del trabajador durante el mes.

8.4 **Personal de base.** Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

8.5 **Personal de confianza.** Servidores públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución. Dirección, inspección, etc.

8.6 **Puntualidad al trabajo.** es la presentación que a su debido tiempo hagan los trabajadores en su lugar de adscripción para el desarrollo de sus funciones, en los horarios que al efecto se les hayan asignado.

8.7 **Sistema de Control de Asistencia Digital.** Lector de asistencia biométrico, por medio de huella digital y clave.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

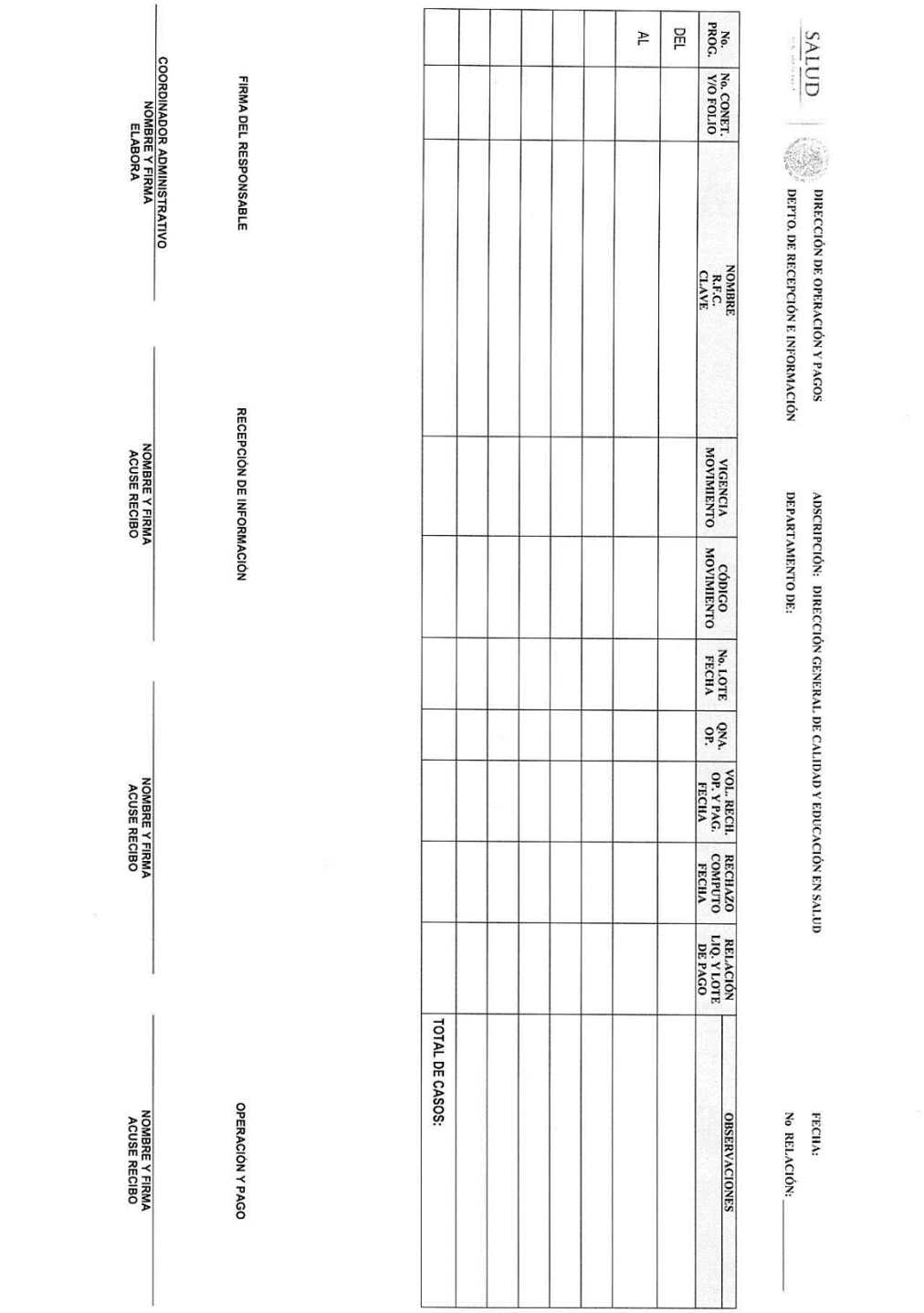
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Constancia de Recepción de Información.
10.2. Constancia Global de Pagos.
10.3. Kárdex.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Constancia de Recepción de Información.



SALUD

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y PAGOS

DEPTO. DE RECEPCIÓN E INFORMACIÓN

ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

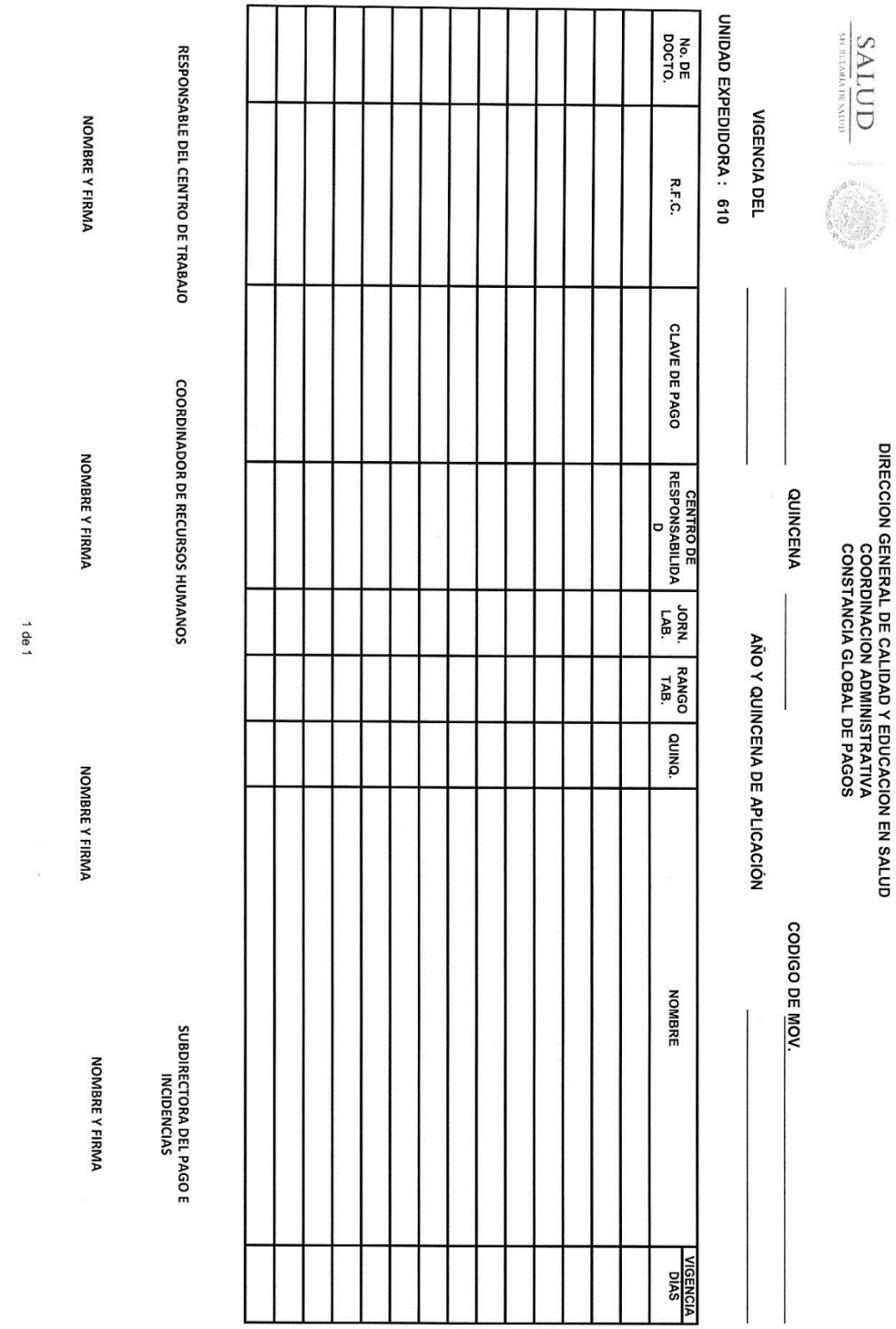
DEPARTAMENTO DE:

FECHA:

No RELACIÓN: _____

No. PROG.	No. CONET. Y/O FOLIO	NOMBRE R.F.C. CLAVE	VIGENCIA MOVIMIENTO	CÓDIGO MOVIMIENTO	No. LOTE FECHA	QNA. OP.	VOL. RECH. OP. Y PAG. FECHA	RECHAZO COMPUTO FECHA	RELACIÓN LIQ. Y LOTE DE PAGO	OBSERVACIONES
DEL										
AL										

10.2 Constancia Global de Pagos.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
COORDINACION ADMINISTRATIVA
CONSTANCIA GLOBAL DE PAGOS

VIGENCIA DEL _____ QUINCENA _____ CODIGO DE MOV. _____

UNIDAD EXPEDIDORA : 610 AÑO Y QUINCENA DE APLICACIÓN _____

No. DE DOCTO.	R.F.C.	CLAVE DE PAGO	CENTRO DE RESPONSABILIDAD	JORN. LAB.	RANGO TAB.	QUINQ.	NOMBRE	VIGENCIA DIAS

RESPONSABLE DEL CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE Y FIRMA

COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS

NOMBRE Y FIRMA

SUBDIRECTORA DEL PAGO E INCIDENCIAS

NOMBRE Y FIRMA

1 de 1

10.3. Kárdex.

FALTA (del mar 1/ago/2017 al jue 31/ago/2017)

Fecha	Entrada	Salida	Tiempo	Debe laborar	A favor	Extra	Retardo	Salida Pre.
mar 1/ago/17	8:36am	4:00pm	7:24					
martes 1/ago/17		**Asistido**	**7:24**	**7:00**				
mié 2/ago/17	8:51am	4:04pm	7:13					
miércoles 2/ago/17		**Asistido**	**7:13**	**7:00**				
jue 3/ago/17	8:46am	4:06pm	7:20					
jueves 3/ago/17		**Asistido**	**7:20**	**7:00**				
vie 4/ago/17	8:44am	4:02pm	7:18					
viernes 4/ago/17		**Asistido**	**7:18**	**7:00**				
sábado 5/ago/17		**Descanso**						
domingo 6/ago/17		**Descanso**						
lun 7/ago/17	8:31am	4:00pm	7:29					
lunes 7/ago/17		**Asistido**	**7:29**	**7:00**				
mar 8/ago/17	9:00am	4:02pm	7:02					
martes 8/ago/17		**Asistido**	**7:02**	**7:00**				
mié 9/ago/17	8:57am	4:02pm	7:05					
miércoles 9/ago/17		**Asistido**	**7:05**	**7:00**				
jue 10/ago/17	8:57am	4:00pm	7:03					
jueves 10/ago/17		**Asistido**	**7:03**	**7:00**				
vie 11/ago/17	8:35am	4:00pm	7:25					
viernes 11/ago/17		**Asistido**	**7:25**	**7:00**				
sábado 12/ago/17		**Descanso**						
domingo 13/ago/17		**Descanso**						
lun 14/ago/17	8:45am	4:06pm	7:21					
lunes 14/ago/17		**Asistido**	**7:21**	**7:00**				
mar 15/ago/17	8:06am	4:04pm	7:58					
martes 15/ago/17		**Asistido**	**7:58**	**7:00**				
mié 16/ago/17	8:00am	4:03pm	8:03					
miércoles 16/ago/17		**Asistido**	**8:03**	**7:00**				
jueves 17/ago/17		**Falta/Permiso$**			ONOMASTICO			
vie 18/ago/17	8:46am	4:38pm	7:52					
viernes 18/ago/17		**Asistido**	**7:52**	**7:00**				
sábado 19/ago/17		**Descanso**						
domingo 20/ago/17		**Descanso**						
lun 21/ago/17	8:42am	4:09pm	7:27					
lunes 21/ago/17		**Asistido**	**7:27**	**7:00**				
mar 22/ago/17	8:21am	4:00pm	7:39					
martes 22/ago/17		**Asistido**	**7:39**	**7:00**				
mié 23/ago/17	8:45am	4:00pm	7:15					
miércoles 23/ago/17		**Asistido**	**7:15**	**7:00**				
jue 24/ago/17	8:28am	4:00pm	7:32					
jueves 24/ago/17		**Asistido**	**7:32**	**7:00**				
vie 25/ago/17	8:33am	4:00pm	7:27					
viernes 25/ago/17		**Asistido**	**7:27**	**7:00**				
sábado 26/ago/17		**Descanso**						
domingo 27/ago/17		**Descanso**						
lun 28/ago/17	8:57am	4:01pm	7:04					
lunes 28/ago/17		**Asistido**	**7:04**	**7:00**				
mar 29/ago/17	8:42am	4:00pm	7:18					
martes 29/ago/17		**Asistido**	**7:18**	**7:00**				
mié 30/ago/17	8:40am	4:00pm	7:20					
miércoles 30/ago/17		**Asistido**	**7:20**	**7:00**				
jue 31/ago/17	8:17am	4:00pm	7:43					
jueves 31/ago/17		**Asistido**	**7:43**	**7:00**				

154. PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL PERIODO VACACIONAL AL PERSONAL ADSCRITO

1. PROPÓSITO

1.1. Difundir el calendario de vacaciones, autorizado por la Dirección General de Recursos Humanos entre el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para que los servidores públicos elijan la mejor opción de acuerdo a sus necesidades y llevar el control de las mismas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Coordinación Administrativa quien conduce la correcta difusión del calendario vacacional, y valida los periodos vacacionales, el jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales supervisa que los trabajadores llenen el formato del periodo vacacional.

2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos), será responsable de difundir, controlar y dar seguimiento durante el año electivo el calendario de vacaciones del primer periodo al que tienen derecho los trabajadores de base y confianza adscritos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de conformidad con lo establecido por los artículos 30 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y 143 de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud, así como de conformidad con el Acuerdo Presidencial del 8 de agosto de 1978, relativo al establecimiento del Sistema de Vacaciones Escalonadas para el Personal del Gobierno Federal.

3.2 Los Jefes de Departamento registrados en la estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, serán los responsables de autorizar los periodos vacacionales elegidos por el trabajador, de común acuerdo por ambas partes y con base a las necesidades del servicio.

3.3 El trabajador podrá presentar, para la autorización correspondiente, dos de las opciones del primer periodo vacacional establecidas, siempre y cuando haya cubierto con la antigüedad de cuando menos seis (6) meses y un día de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo.

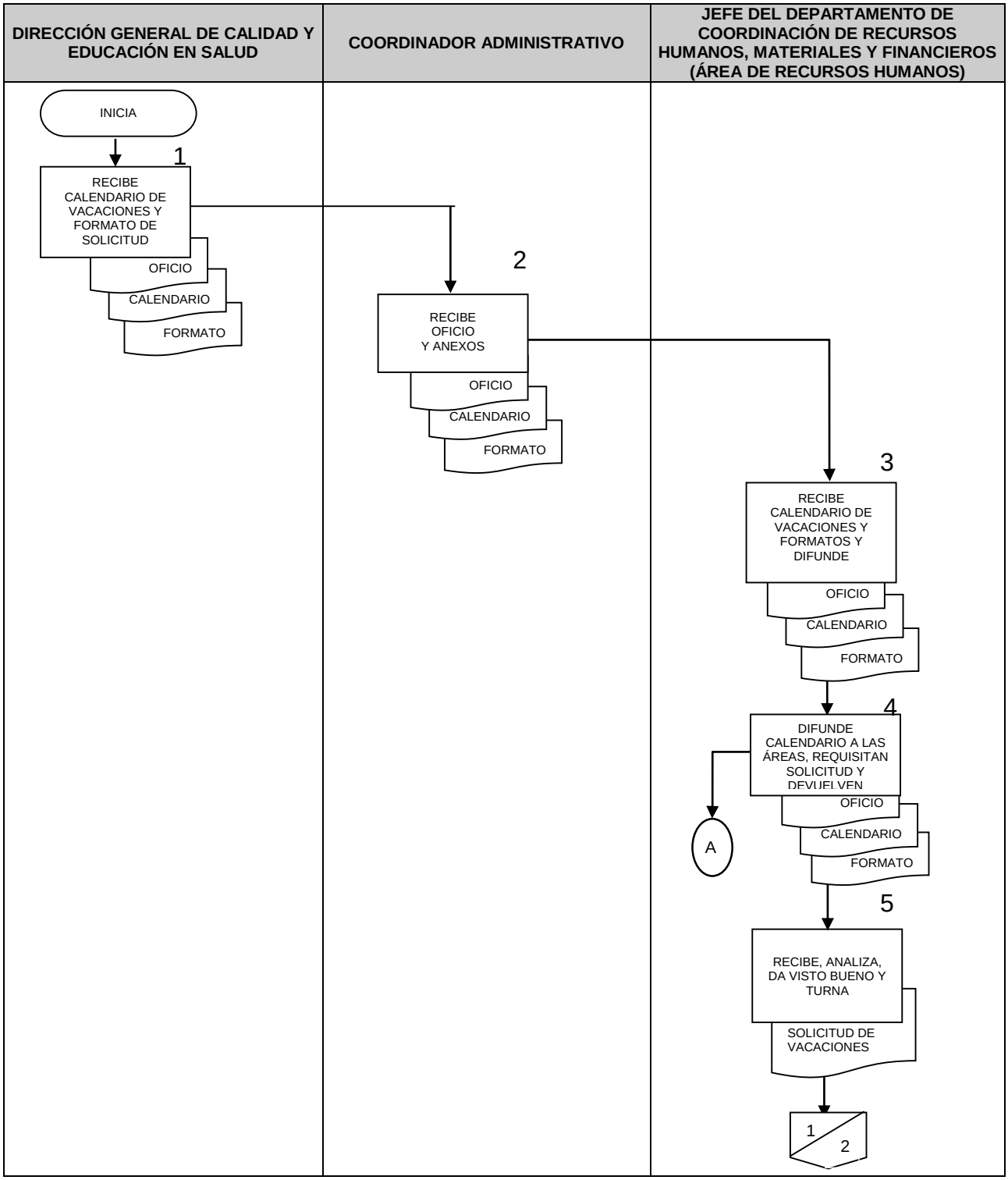
3.4 Cuando, por necesidades del servicio, no se le autorice al trabajador la primera opción, deberá concedérsele aquella que solicitó como segunda opción.

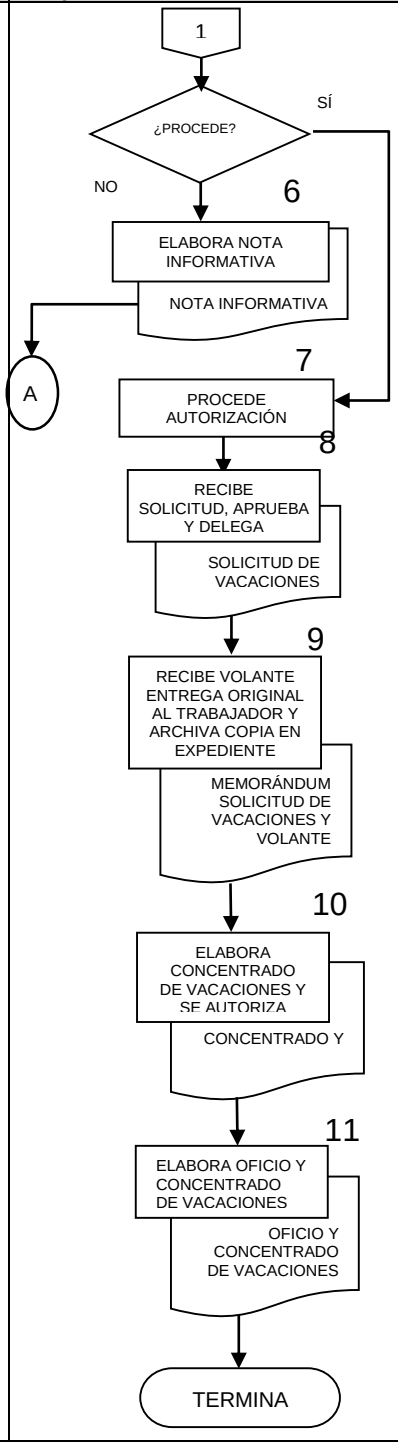
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	1	Recibe mediante oficio de la DGRH, calendario de vacaciones y formato de solicitud a la Coordinación Administrativa de la Dirección General para su difusión entre el personal adscrito y turna a Coordinación Administrativa.	▪ Oficio. ▪ Calendario. ▪ Formato.
Coordinador Administrativo	2	Recibe oficio y anexos. Acusa de recibido en la copia y delega el original al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y materiales a recursos humanos para su seguimiento.	▪ Oficio. ▪ Calendario. ▪ Formato.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y materiales (área de recursos humanos)	3	Recibe calendario de vacaciones y formatos de solicitud y difunde mediante memorándum entre el personal adscrito a la unidad.	▪ Memorándum ▪ Calendario. ▪ Formatos.
	4	Difunde calendario a las áreas mediante memorándum, requisitan solicitud y devuelven al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos), con el visto bueno de su jefe inmediato (trabajador adscrito).	▪ Memorándum. ▪ Calendario. ▪ Formatos.
	5	Recibe solicitud, analiza, da visto bueno y turna a la Coordinación Administrativa de la Dirección General para su autorización. Se lleva a cabo la autorización de la solicitud de vacaciones. ¿Procede?	▪ Solicitud de vacaciones. ▪ Nota Informativa.
	6	No: Elabora nota informativa detallando la inconsistencia y regresa a la actividad 4 (A).	
	7	Sí: Procede la autorización continua con el procedimiento.	
	8	Recibe solicitud de vacaciones, debidamente dictaminada, aprueba y delega al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos) vía oficio.	▪ Solicitud de vacaciones

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	9	Recibe solicitudes de vacaciones mediante memorándum y acusa de recibido y entrega el original de la solicitud al trabajador y archiva la copia en expediente.	▪ Memorándum ▪ Solicitud de vacaciones.
	10	Elabora concentrado de vacaciones escalonadas del primer período del año que corresponda, lo imprime y recaba firmas en el mismo de los titulares de la Coordinación Administrativa y de la Unidad Administrativa.	▪ Concentrado de vacaciones.
	11	Elabora oficio de envío de concentrado de vacaciones escalonadas, recaba firma del Coordinador Administrativo, gestiona, recaba acuse de recibido y archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Oficio ▪ Concentrado de vacaciones

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS (DIRECCIÓN DE RELACIONES LABORALES)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DGCES	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Ley Federal de Trabajadores al Servicio del Estado	N/A
6.2. Condiciones Generales de Trabajo vigentes de la SSA	N/A
6.3. Calendario oficial del periodo vacacional de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Control de Asistencia	3 años	Coordinación Administrativa (Área de Recursos Humanos)	4C.8

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Calendario de vacaciones.** Registro impreso de los periodos vacacionales de 10 días hábiles por cada seis meses un día de trabajo autorizado por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

8.2 **Kárdex**. Es un documento que se maneja en la unidad administrativa en el que se incluye datos generales del trabajador y su record de incidencias para el control de asistencia durante el año.

8.3 **Vacaciones.** Goce de días de descanso a que tienen derecho los trabajadores, conforme a los calendarios autorizados.

8.2 **Vacaciones extraordinarias.** Período adicional de días de asueto, autorizado como estímulo al buen desempeño y productividad del trabajador.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

9.1. Formato de autorización del periodo vacacional.

9.1. Formato de autorización del periodo vacacional.

ANEXO 2

SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE VACACIONES PARA EL 2016

UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____

CLAVE: _____

PUESTO: _____

FUNCIÓN: _____

FECHA DE INGRESO: _____

DEPARTAMENTO AL QUE CORRESPONDE: _____

JORNADAS: DIURNA ☐ MIXTA ☐ ESPECIAL ☐

NÚMERO DE TARJETA DE ASISTENCIA: _____

1) VACACIONES DEL PRIMER PERÍODO
OPCIÓN: _____

2) SEGUNDO PERÍODO VACACIONAL DE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE DICIEMBRE
(ÚNICA OPCIÓN:

3) SÓLO EN CASO DE NO AUTORIZARSE LA OPCIÓN SELECCIONADA PARA EL PRIMER PERÍODO:

NUEVA OPCIÓN: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

AUTORIZACIÓN

_____ NOMBRE Y FIRMA

_____ CARGO

☐ ☐ ☐ FECHA

_____ PERÍODO AUTORIZADO

155. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DEL ESTÍMULO POR PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA EN EL TRABAJO

1. PROPÓSITO

1.1. Tramitar los estímulos económicos por concepto de puntualidad y asistencia para dar cumplimiento a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud, con la finalidad de que el personal adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que se haga acreedor a este beneficio económico lo reciba en tiempo y forma.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Coordinación Administrativa quien supervisa la correcta aplicación de la normatividad para el pago de los estímulos por puntualidad y asistencia en el trabajo, la Coordinación Administrativa valida y el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, gestionar la adecuada aplicación de la normatividad aplicable.

2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es la Coordinación Administrativa a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos), la responsable de gestionar ante la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, el pago de los Estímulos Económicos por la Puntualidad y Asistencia al Trabajo, establecidos en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, a los trabajadores adscritos a la unidad y que satisfagan los requisitos que, en la materia, se establecen.

3.2 El importe que (en dinero) corresponda al Estímulo a la Puntualidad y Asistencia, así como el de Asistencia y Permanencia, será incorporado en el cheque federal de nómina en forma trimestral y anual, respectivamente, de conformidad con el Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia de la Secretaría de Salud y será responsabilidad del Área de Recursos Humanos de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, su aplicación.

3.3 Los estímulos serán pagados vía nómina electrónica a los trabajadores de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

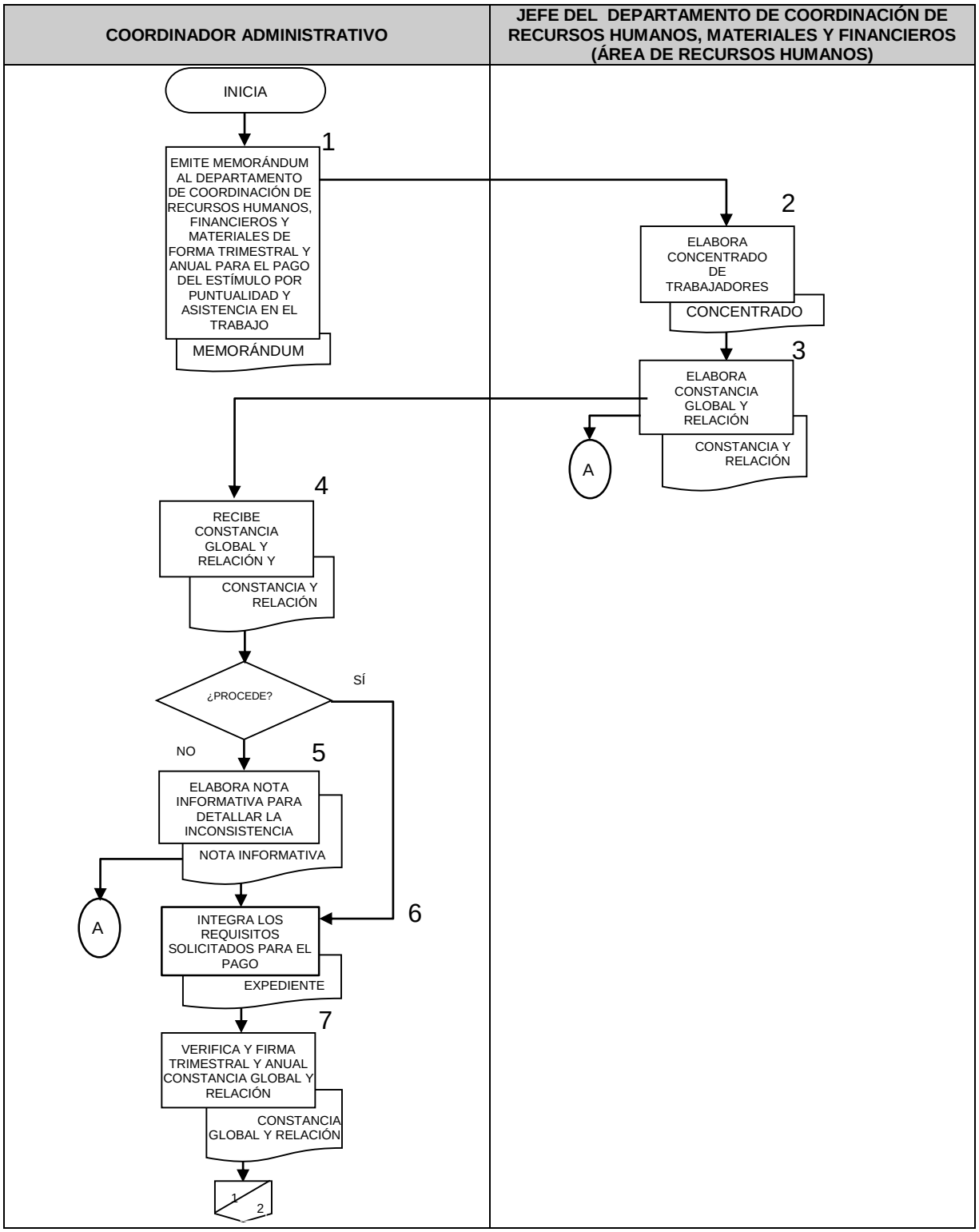
3.4 El pago de los estímulos es aplicable sólo al personal de base de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

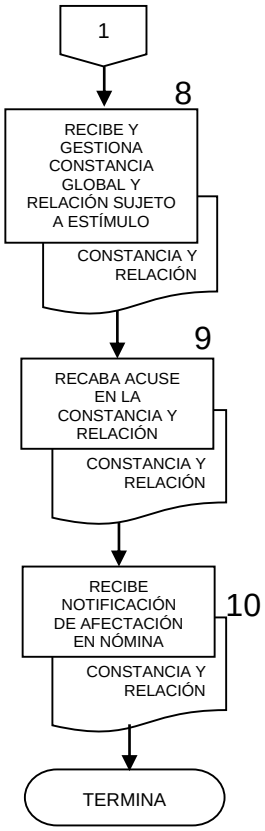
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Emite memorándum al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos) de forma trimestral y anual para que se tramite el pago del estímulo por puntualidad y asistencia en el trabajo.	▪ Memorándum.
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	2	Elabora concentrado de forma trimestral y anual de control de asistencia de los trabajadores adscritos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que cumplen con los requisitos de asistencia, puntualidad y permanencia, de conformidad con la normatividad aplicable.	▪ Concentrado.
	3	Elabora de forma trimestral o anual constancia global y relación de recepción e información, con los datos de los trabajadores con derecho al estímulo que corresponda y lo presenta vía nota informativa a la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su autorización.	▪ Constancia global. ▪ Formato de recepción e información. ▪ Nota informativa
Coordinador Administrativo	4	Recibe de forma trimestral y anual constancia global y relación de recepción e información. Examina y dictamina. ¿Procede?	▪ Constancia global. ▪ Formato de recepción e información
	5	No: Elabora nota informativa detallando la inconsistencia y regresa a la actividad 3 (A).	▪ Nota Informativa
	6	Sí: Integra los requisitos solicitados para el pago y continúa el procedimiento.	
Coordinador Administrativo	7	Verifica y firma de forma trimestral y anual constancia global y relación de recepción e información y delega al área de la Coordinación de Recursos Humanos para su trámite y seguimiento.	▪ Constancia global. ▪ Formato de recepción e información.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	8	Recibe trimestralmente y anualmente constancia global y relación de movimientos de personal debidamente autorizado y firmado y, gestiona ante la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la SSA.	▪ Constancia global ▪ Formato de recepción e información.
	9	Recaba acuse de recibido en la constancia global y relación de personal sujeto a estímulo y archiva acuse.	▪ Acuse de constancia global. ▪ Formato de recepción e información.
	10	Recibe, posteriormente al acuse de recibido, constancia global debidamente autorizada con la fecha de afectación en nómina de los trabajadores acreedores al pago de estímulos por puntualidad, asistencia y permanencia. Valida y archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Constancia global.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Condiciones Generales de Trabajo vigentes de la SSA, 17 de junio de 2016.	N/A
6.2. Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia de la Secretaria De Salud de la SSA.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Expediente del trabajador	3 años	Coordinación Administrativa (Área de Recursos Humanos)	4C.7

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asistencia al trabajo.** Como la concurrencia y presentación habitual de los trabajadores al desempeño de sus funciones, de conformidad con las jornadas, días y horarios de trabajo que determinan las Condiciones y su Nombramiento.

8.2. **Asistencia perfecta.** como la concurrencia diaria del trabajador, en días laborables, y que constituye el medio para elevar la calidad en la productividad**.**

8.3. **Control de la asistencia, la puntualidad, la permanencia en el trabajo y la calidad en la productividad a través de la asistencia perfecta.** Es como el conjunto de reglas conforme a las cuales se verifican las incidencias a que se refieren los incisos anteriores.

8.4. **Incentivos.** Son los estímulos económicos y de reconocimiento que se otorgan a los trabajadores de la Secretaría de Salud, en retribución al cumplimiento de las normas que establece este Reglamento, referentes a la asistencia, puntualidad, permanencia en el trabajo y el relativo a elevar la calidad en la productividad.

8.5. **Personal de base.** Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

8.6. **Personal de confianza.** Servidores públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución. Dirección, Inspección, etc.

8.7. **Puntualidad al trabajo.** Como la presentación que a su debido tiempo hagan los trabajadores en su lugar de adscripción para el desarrollo de sus funciones, en los horarios que al efecto se les hayan asignado.

8.8. **Permanencia en el trabajo.** Como la perseverancia de los trabajadores a través del desempeño ininterrumpido de sus funciones con la intensidad requerida para el logro de una mayor productividad, dentro de sus jornadas de trabajo.

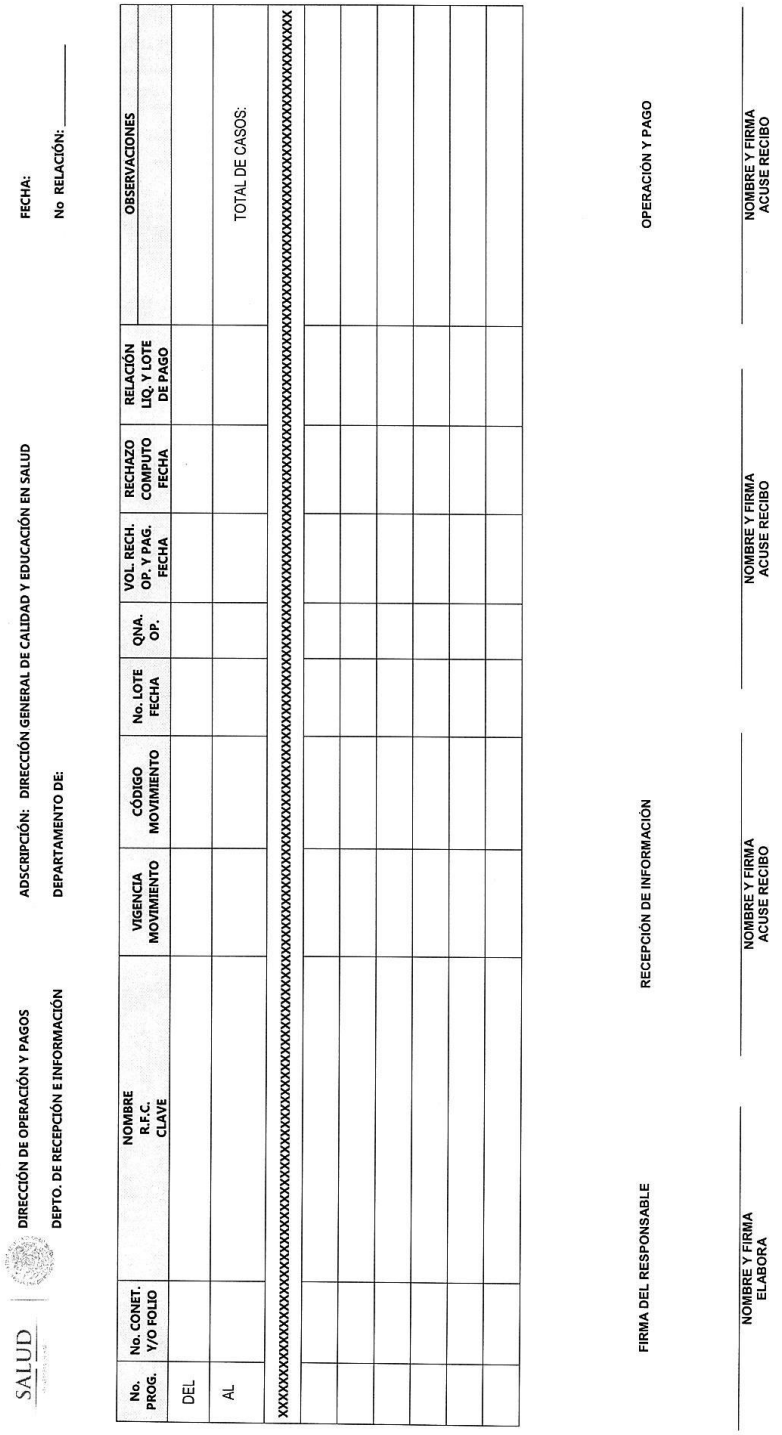
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017.	Actualización con guía emitida por DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada, 31 de mayo de 2016.

ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Relación de Movimientos de Personal.
10.2 Constancia Global de Movimientos.

10.1 Relación de Movimientos de Personal.



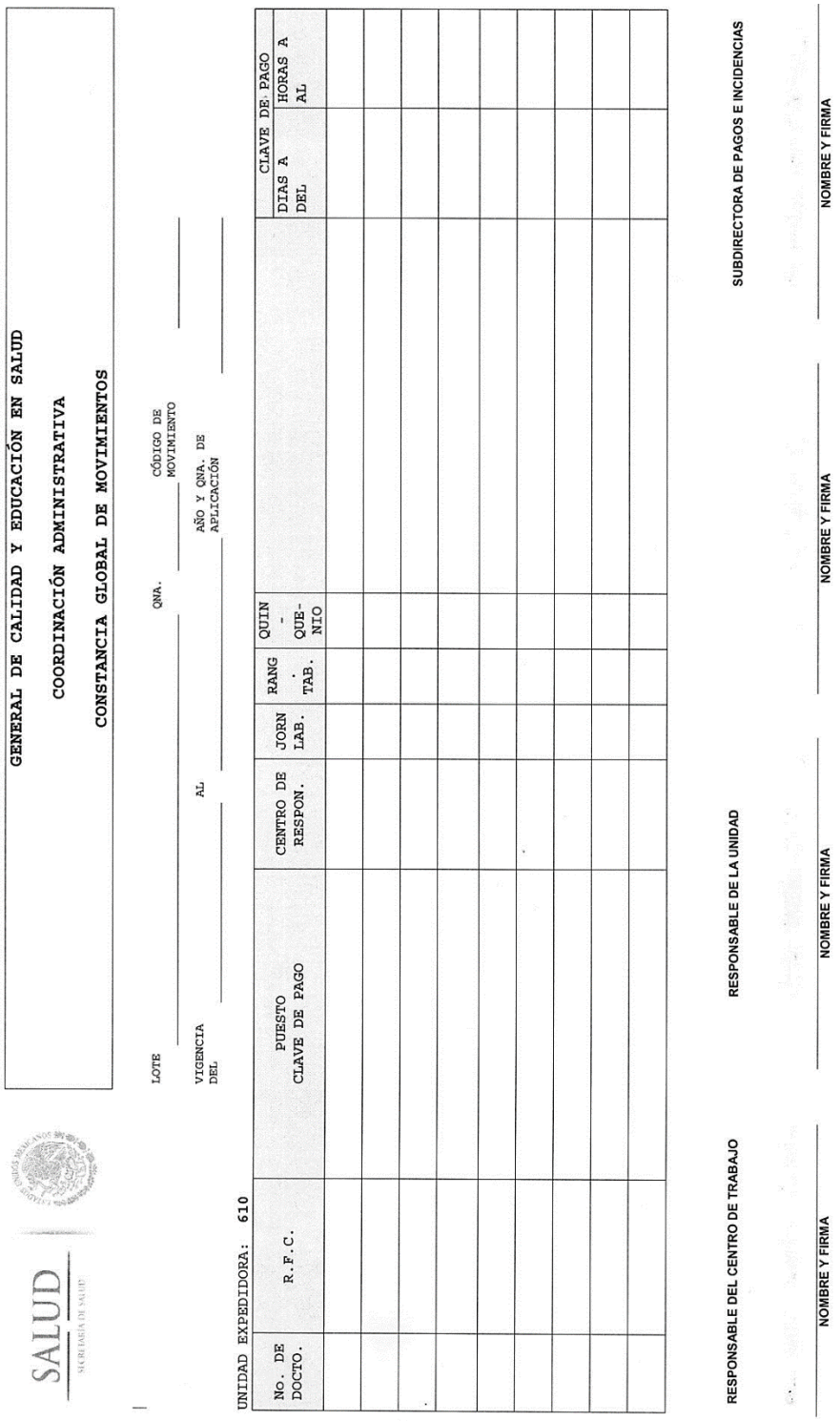
SALUD

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y PAGOS — ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD — FECHA:

DEPTO. DE RECEPCIÓN E INFORMACIÓN — DEPARTAMENTO DE: — No RELACIÓN:_____

No. PROG.	No. CONET. Y/O FOLIO	NOMBRE R.F.C. CLAVE	VIGENCIA MOVIMIENTO	CÓDIGO MOVIMIENTO	No. LOTE FECHA	QNA. OP.	VOL. RECH. OP. Y PAG. FECHA	RECHAZO COMPUTO FECHA	RELACIÓN LIQ. Y LOTE DE PAGO	OBSERVACIONES
DEL										
AL										TOTAL DE CASOS:
XXXX

10.2 Constancia Global de Movimientos.



GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

CONSTANCIA GLOBAL DE MOVIMIENTOS

LOTE _____ QNA. _____ CÓDIGO DE MOVIMIENTO _____

VIGENCIA DEL _____ AL _____ AÑO Y QNA. DE APLICACIÓN _____

UNIDAD EXPEDIDORA: 610

No. DE DOCTO.	R.F.C.	PUESTO CLAVE DE PAGO	CENTRO DE RESPON.	JORN LAB.	RANG . TAB.	QUIN - QUE- NIO		CLAVE DE PAGO	
								DIAS A DEL	HORAS A AL

RESPONSABLE DEL CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA

SUBDIRECTORA DE PAGOS E INCIDENCIAS

NOMBRE Y FIRMA

156. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DEL ESTÍMULO POR DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD EN EL TRABAJO

1. PROPÓSITO

1.1 Tramitar los vales para despensa que se otorgan al personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de conformidad con el Reglamento para Evaluar y Estimular al Personal de la Secretaria de Salud por su Productividad en el Trabajo**,** a fin de dar cumplimiento a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Coordinación Administrativa que supervisa que el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Humanos) gestione el trámite del estímulo desempeño y productividad al personal que le corresponda, adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Humanos), será responsable de gestionar, ante la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, el trámite para la entrega de los Estímulos por el Desempeño y Productividad en el Trabajo, establecidos en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, a los trabajadores adscritos a la unidad y que satisfagan los requisitos que, en la materia, se establecen.

3.2 El importe que (en vales) corresponda a Estímulos por el Desempeño y Productividad en el Trabajo en forma mensual, de conformidad con el Reglamento de Productividad de la Secretaría de Salud, será responsabilidad del área de recursos humanos de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, su aplicación.

3.3 Los Estímulos al Desempeño y Productividad se otorgarán mensualmente, en vales para despensa, tomando como referencia un promedio de un estímulo por cada 20 trabajadores operativos de base y de confianza equivalente al Soporte Administrativo “A”, además de asistir puntualmente a sus labores, se hayan esmerado con eficacia, eficiencia y productividad en el desempeño de sus labores a juicio del jefe inmediato superior, de conformidad con el Reglamento de Productividad de la Secretaría de Salud, por su productividad en el trabajo y en coordinación con el Sindicato Nacional.

3.4 Este estímulo será pagado por el pagador habilitado de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

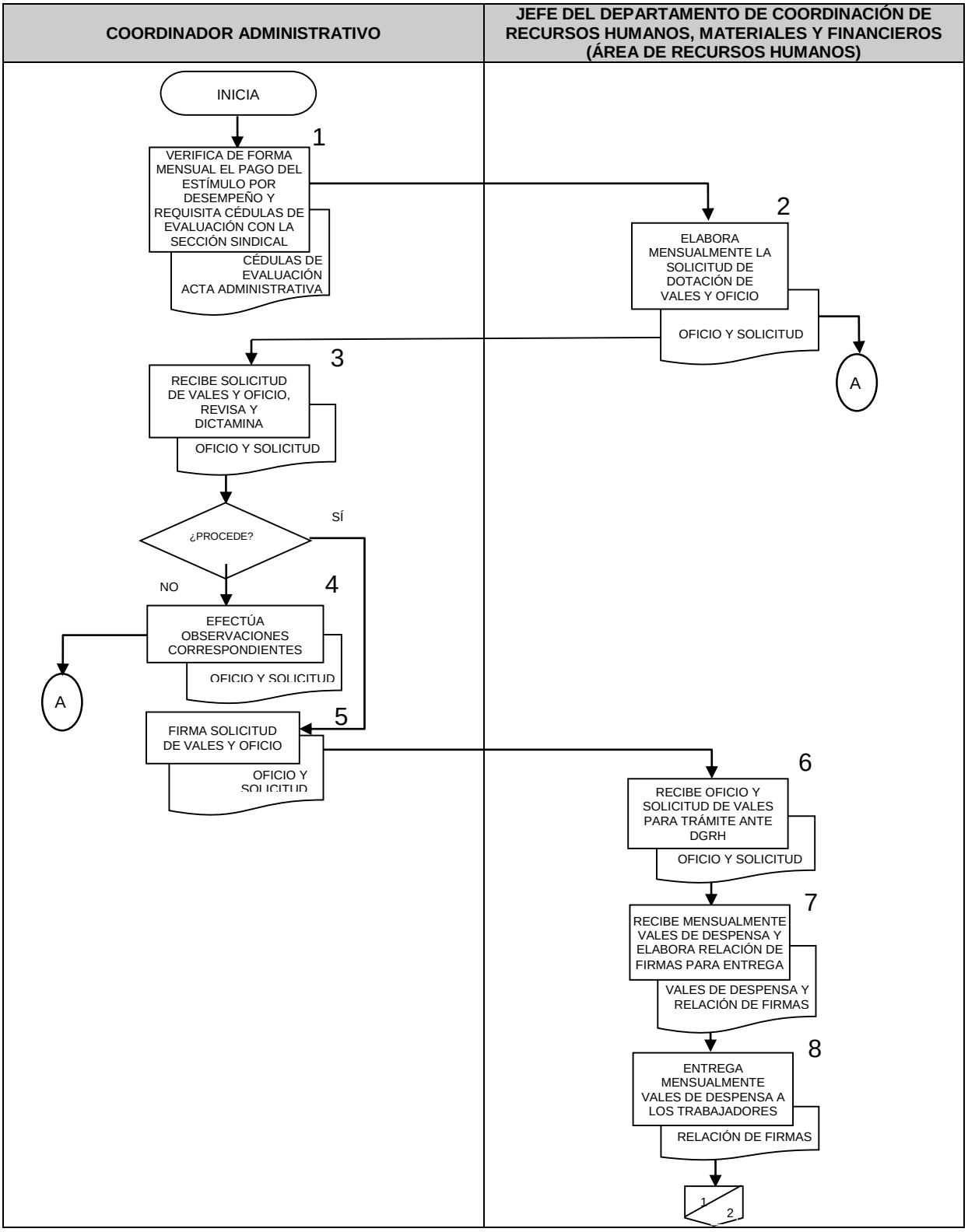
3.5 El dictamen de autorización para el otorgamiento de los Estímulos por Desempeño y Productividad, será acordado en reunión mensual contando con la presencia de la representación del Sindicato Nacional y la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como del área de recursos humanos de la propia dirección general.

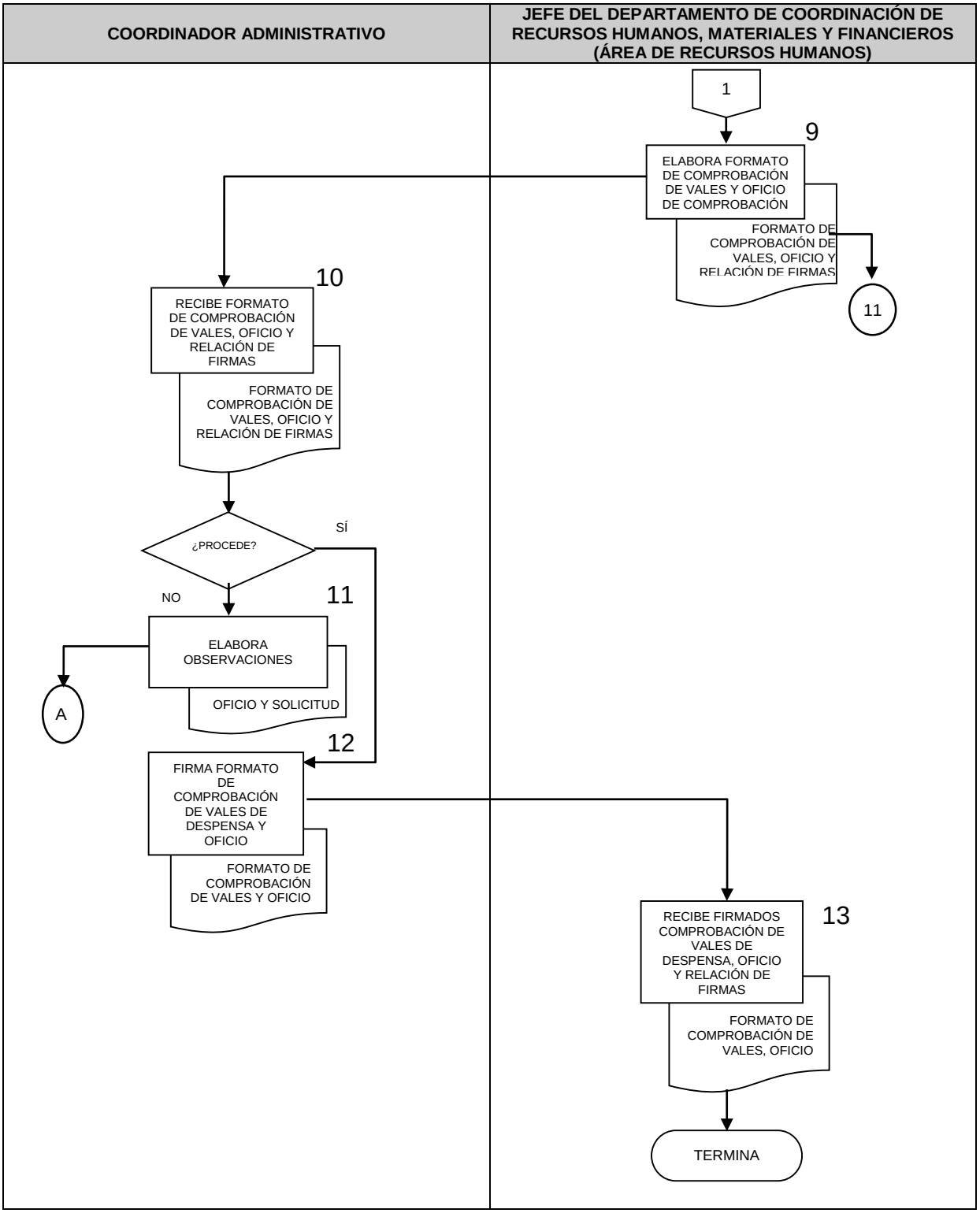
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	1	Verifica de forma mensual el pago del estímulo por desempeño y productividad en el trabajo, requisita las cédulas de evaluación y lleva a cabo la sesión con la Sección Sindical correspondiente y levanta Acta Administrativa de selección de candidatos a recibir el estímulo de acuerdo a su plantilla de personal autorizada e instruye al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos).	▪ Cédulas de evaluación ▪ Acta Administrativa
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos)	2	Elabora mensualmente la solicitud de dotación de vales con los datos de los trabajadores acreedores al estímulo, así como oficio de trámite, los presenta a la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para su autorización.	▪ Oficio ▪ Solicitud
Coordinador Administrativo	3	Recibe solicitud de vales con oficio, revisa y dictamina. ¿Procede?	▪ Oficio ▪ Solicitud
	4	No. Efectúa las observaciones correspondientes y devuelve al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos), para su corrección, regresa a la actividad 2 (A).	▪ Oficio ▪ Solicitud con observaciones
	5	Si. Firma solicitud de vales y oficio, delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos) para su trámite.	▪ Oficio y solicitud firmados
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos)	6	Recibe oficio y solicitud de vales debidamente firmados, fotocopia y tramita ante la Dirección de Personal de la Dirección General de Recursos Humanos de la SSA, recabando acuse.	▪ Oficio y solicitud firmados ▪ Acuse de recibido

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos)	7	Recibe, vales de despensa, elabora formato de relación de firmas de entrega de vales para despensa (pagador habilitado).	▪ Vales de despensa ▪ Relación de firmas
	8	Entrega mensualmente vales de despensa a los trabajadores que se hicieron acreedores a los mismos, recabando firma de recibido por cada trabajador beneficiado (pagador habilitado).	▪ Relación de firmas requisitada
	9	Elabora de forma mensual formato de comprobación de vales para despensa y oficio de comprobación de los mismos, turnándolos al Coordinador Administrativo para su firma, anexando relación de firmas de entrega de vales para despensa.	▪ Formato de comprobación de vales, ▪ Oficio ▪ Relación de firmas
Coordinador Administrativo	10	Recibe formato de comprobación de vales para despensa, oficio y relación de firmas, revisa y determina. ¿Procede?	▪ Formato de comprobación de vales ▪ Oficio ▪ Relación de firmas
	11	No: Elabora observaciones y regresa a la actividad 9	
	12	Si: Firma formato de comprobación de vales para despensa y oficio, delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos-pagador habilitado)	▪ Formato de comprobación de vales ▪ Oficio firmado
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos humanos)	13	Recibe debidamente firmados formato de comprobación de vales para despensa y oficio, así como relación de firmas. Fotocopia, integra, gestiona y recaba acuse de recibido el cual lo archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Formato de comprobación de vales ▪ Oficio firmados. ▪ Acuse de recibido.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
1
9
ELABORA FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES Y OFICIO DE COMPROBACIÓN
FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES, OFICIO Y RELACIÓN DE FIRMAS
11
10
RECIBE FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES, OFICIO Y RELACIÓN DE FIRMAS
FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES, OFICIO Y RELACIÓN DE FIRMAS
¿PROCEDE?
SÍ
NO
11
ELABORA OBSERVACIONES
OFICIO Y SOLICITUD
A
12
FIRMA FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES DE DESPENSA Y OFICIO
FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES Y OFICIO
13
RECIBE FIRMADOS COMPROBACIÓN DE VALES DE DESPENSA, OFICIO Y RELACIÓN DE FIRMAS
FORMATO DE COMPROBACIÓN DE VALES, OFICIO
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Condiciones Generales de Trabajo vigentes de la SSA	N/A
6.2. Reglamento de Productividad de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Estímulos y Recompensas	3 años	Coordinación Administrativa; (Área de Recursos Humanos)	4C.11

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Desempeño.** Realización de las actividades y funciones que deben desarrollar los trabajadores de conformidad con el puesto que tienen asignado.

8.2 **Personal de base.** Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

8.3 **Personal de confianza.** Servidores públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución. Dirección, Inspección, etc.

8.4 **Productividad.** Relación entre los resultados obtenidos (bienes o servicios) y los factores o recursos utilizados en la producción, como son: maquinaria, equipo, tecnología e insumos, incluyendo tanto los recursos humanos como presupuestales y que mide la eficiencia con que se emplean los recursos en conjunto.

8.5 **Puntualidad.** Es la presentación que a su debido tiempo hagan los trabajadores en su lugar de adscripción para el desarrollo de sus funciones, en los horarios que al efecto se les haya asignado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de dotaciones de vales
10.2 Relación de firmas de entrega de vales para despensa
10.3 Comprobación de vales para despensa

10.1 Solicitud de dotaciones de vales

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCION DE PERSONAL

PROGRAMA DE DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD EN EL TRABAJO
SOLICITUD DE DOTACION DE VALES

SALUD

FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

ANEXO 1

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____
U.R. _____
CORRESPONDIENTE AL MES DE : _____

No.	NOMBRE	RFC	EVALUACION FINAL (PORCENTAJE)
TOTAL			

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR, DIRECTOR Y/O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

_____

Rev. 0 DGRH-DPE-PO-03-01

10.2 Relación de firmas de entrega de vales para despensa

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCION DE PERSONAL

SALUD

RELACION DE FIRMAS DE ENTREGA DE VALES PARA DESPENSA

FECHA DE COMPROBACION		
DIA	MES	AÑO

ANEXO 3

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____
PROGRAMA _____
CORRESPONDIENTE AL MES DE _____
DOTACION DE VALES,EQUIVALENTE A _____

No.	NOMBRE	RFC	CLAVE DE PAGO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				

Rev. 0.

DGRH-DPE-PO-03-03

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCION DE PERSONAL

SALUD

COMPROBACION DE VALES PARA DESPENSA

FECHA DE COMPROBACION		
DIA	MES	AÑO

ANEXO 2

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____
PROGRAMA: _____
CORRESPONDIENTE AL MES DE _____
No. DE RECIBO Y FECHA DE RECEPCION _____

	NUMERO DE VALES	IMPORTE UNITARIO	IMPORTE TOTAL
TOTAL DE VALES RECIBIDOS			
VALES OTORGADOS DE ACUERDO AL LISTADO DE FIRMAS			
No. DE VALES DEVUELTOS			

ANEXO SE PRESENTA RELACIONES DE FIRMA DE ENTREGA DE VALES DE DESPENSA

RESPONSABLE DE LA COMPROBACION	JEFE DE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	DIRECTOR Y/O COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

Rev. 0.

DGRH-DPE-PO-03-02

157. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO AL PERSONAL DE BASE

1. PROPÓSITO

1.1. Realizar las gestiones necesarias para atender las peticiones de licencia sin goce de sueldo que soliciten los servidores públicos de base adscritos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la finalidad de dar cumplimiento a la normatividad establecida en materia de licencias al personal de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno aplica a la Coordinación Administrativa quien supervisa que el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) trámite las licencias sin goce de sueldo al personal adscrito a Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

2.2. A nivel externo no es aplicable.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Las licencias sin goce de sueldo que solicite el personal de base deberán ser presentadas con antelación de quince (15) días a la fecha de inicio de las mismas, son autorizadas por la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud vigentes.

3.2 Se concede al personal de base adscrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, licencias sin goce de sueldo en los casos y términos siguientes:

- Hasta por treinta (30) días al año, a quienes tengan de seis (6) meses un día a un año de antigüedad.
- Hasta por sesenta (60) días al año, a quienes tengan de uno a tres (3) años de antigüedad.
- Hasta por ciento veinte (120) días al año, a quienes tengan de tres (3) a cinco (5) años de antigüedad.
- Hasta por ciento ochenta (180) días al año, a quienes tengan una antigüedad mayor de cinco (5) años.

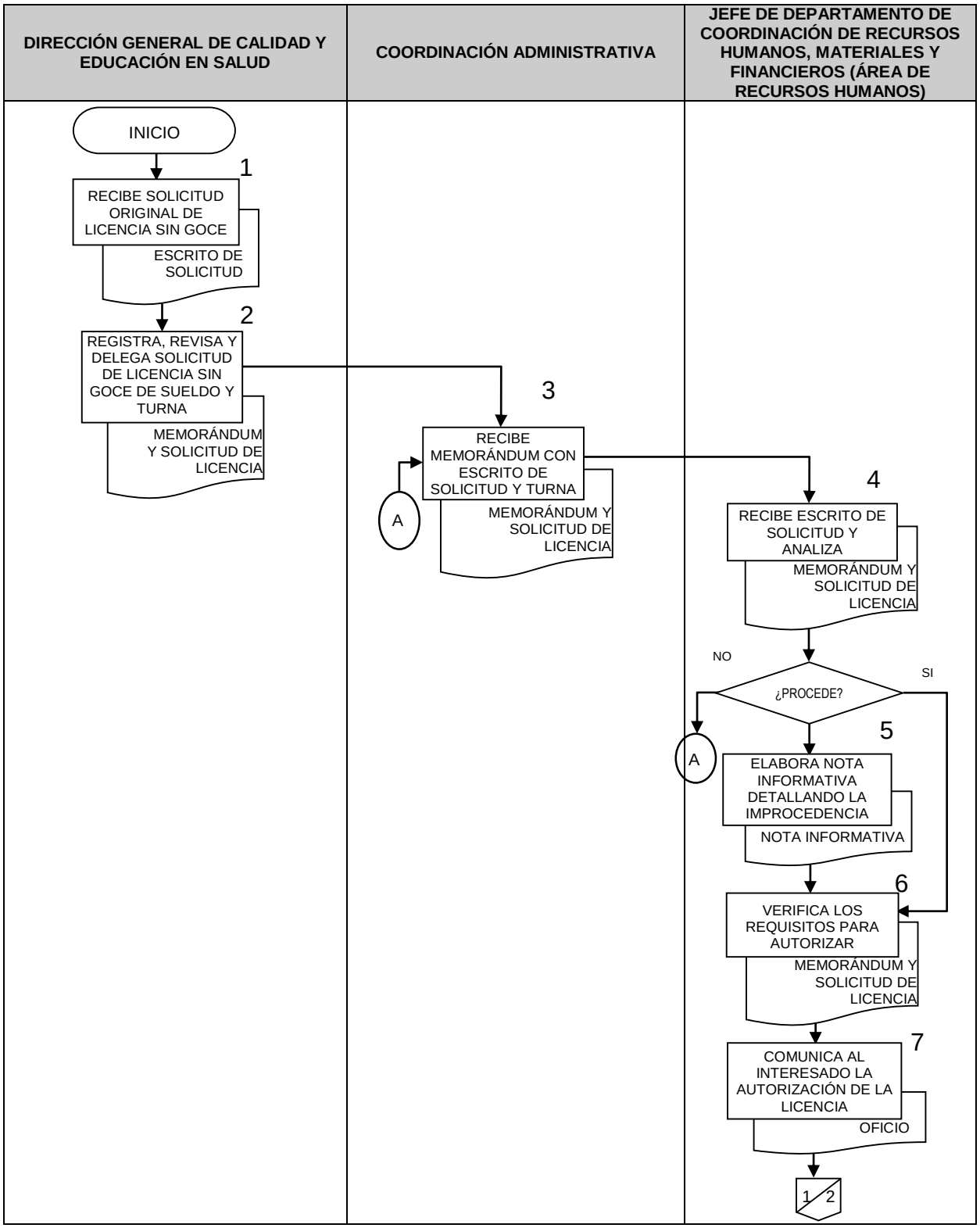
3.3 Una vez concluida dicha licencia, el personal debe notificar por escrito a la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, su reingreso con una antelación no menor de 15 días a la fecha de terminación, a fin de gestionar ante la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, su reingreso al sistema de nómina.

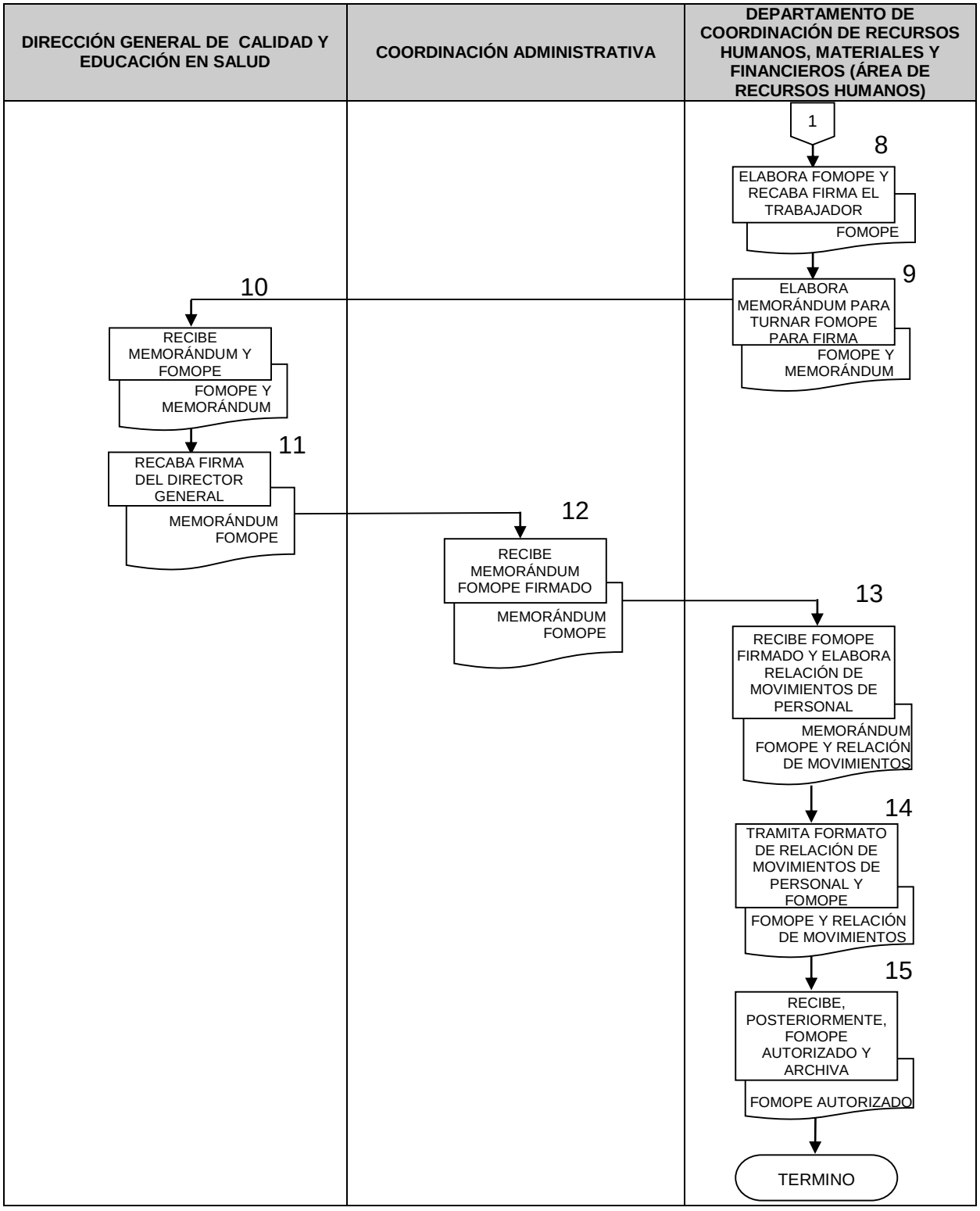
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe solicitud original de licencia sin goce de sueldo por asuntos particulares por parte de los trabajadores de base, previo visto bueno de su jefe inmediato (trabajador adscrito).	▪ Solicitud de licencia.
	2	Registra, revisa y delega a través de memorándum solicitud de licencia sin goce de sueldo a la Coordinación Administrativa para su atención correspondiente.	▪ Memorándum. ▪ Solicitud de licencia.
Coordinación Administrativa	3	Recibe a través de memorándum solicitud de licencia sin goce de sueldo por asuntos particulares, revisa y delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), para su atención.	▪ Memorándum. ▪ Solicitud de licencia.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	4	Recibe memorándum escrito de solicitud de licencia y analiza. ¿Procede?	▪ Memorándum. ▪ Solicitud de licencia.
	5	No: Elabora nota informativa detallando la improcedencia de la solicitud y regresa a la actividad 1 (A).	▪ Nota informativa.
	6	Sí: Verifica que se cumplan los requisitos solicitados para autorizar la licencia sin goce de sueldo por asuntos particulares.	▪ Memorándum. Solicitud de licencia
	7	Comunica al interesado la autorización de la licencia a través de oficio firmado por el Coordinador Administrativo	▪ Oficio de autorización
	8	Elabora Formato de Movimiento de Personal (FOMOPE) de licencia sin sueldo, recaba firma del trabajador en el mismo.	▪ FOMOPE

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	9	Elabora Memorándum dirigido al Director General de Calidad y Educación en Salud para turnar el FOMOPE de licencia sin sueldo para firma del mismo, recaba firma del Coordinador Administrativo en el memorándum y lo gestiona, recabando acuse de recibido.	▪ FOMOPE y Memorándum
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	10	Recibe Memorándum y FOMOPE de licencia sin sueldo, registra.	▪ Memorándum. ▪ FOMOPE.
	11	Autoriza mediante firma en FOMOPE de licencia, y turna a la Coordinación Administrativa.	▪ Memorándum. ▪ FOMOPE.
Coordinación Administrativa	12	Recibe memorándum y FOMOPE firmado y acusa de recibido y lo delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) para trámite.	▪ Memorándum. ▪ FOMOPE.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos)	13	Recibe memorándum y FOMOPE firmado; elabora formato de relación de movimientos de personal, recaba firma del Coordinador Administrativo.	▪ Memorándum. ▪ FOMOPE. ▪ Formato de relación de movimientos de personal.
	14	Tramita Formato de relación de movimientos de personal y FOMOPE ante la Subdirección del Pago e Incidencias, recaba acuse y archiva.	▪ FOMOPE. ▪ Formato de relación de movimientos de personal.
	15	Recibe, posteriormente del acuse de recibido, FOMOPE original en dos tantos debidamente autorizado por la Dirección General de Recursos Humanos, revisa y archiva en el expediente del trabajador solicitante. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ FOMOPE autorizado

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
1
8
ELABORA FOMOPE Y RECABA FIRMA EL TRABAJADOR
FOMOPE
9
ELABORA MEMORÁNDUM PARA TURNAR FOMOPE PARA FIRMA
FOMOPE Y MEMORÁNDUM
10
RECIBE MEMORÁNDUM Y FOMOPE
FOMOPE Y MEMORÁNDUM
11
RECABA FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL
MEMORÁNDUM FOMOPE
12
RECIBE MEMORÁNDUM FOMOPE FIRMADO
MEMORÁNDUM FOMOPE
13
RECIBE FOMOPE FIRMADO Y ELABORA RELACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL
MEMORÁNDUM FOMOPE Y RELACIÓN DE MOVIMIENTOS
14
TRAMITA FORMATO DE RELACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL Y FOMOPE
FOMOPE Y RELACIÓN DE MOVIMIENTOS
15
RECIBE, POSTERIORMENTE, FOMOPE AUTORIZADO Y ARCHIVA
FOMOPE AUTORIZADO
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Condiciones Generales de Trabajo vigentes de la SSA, 17 DE JUNIO 2016.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente del trabajador	3 años	Coordinación Administrativa (Área de Recursos Humanos)	4C.3

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **FOMOPE.** Formato de Movimientos de Personal mediante el cual se alimenta al Sistema Integral de Administración de Personal para realizar todos los aspectos normativos en materia laboral, presupuestal y del pago.

8.1 **Licencia sin goce de sueldo.** Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, un número determinado de días sin goce de sueldo de acuerdo a su antigüedad en la Secretaría de Salud.

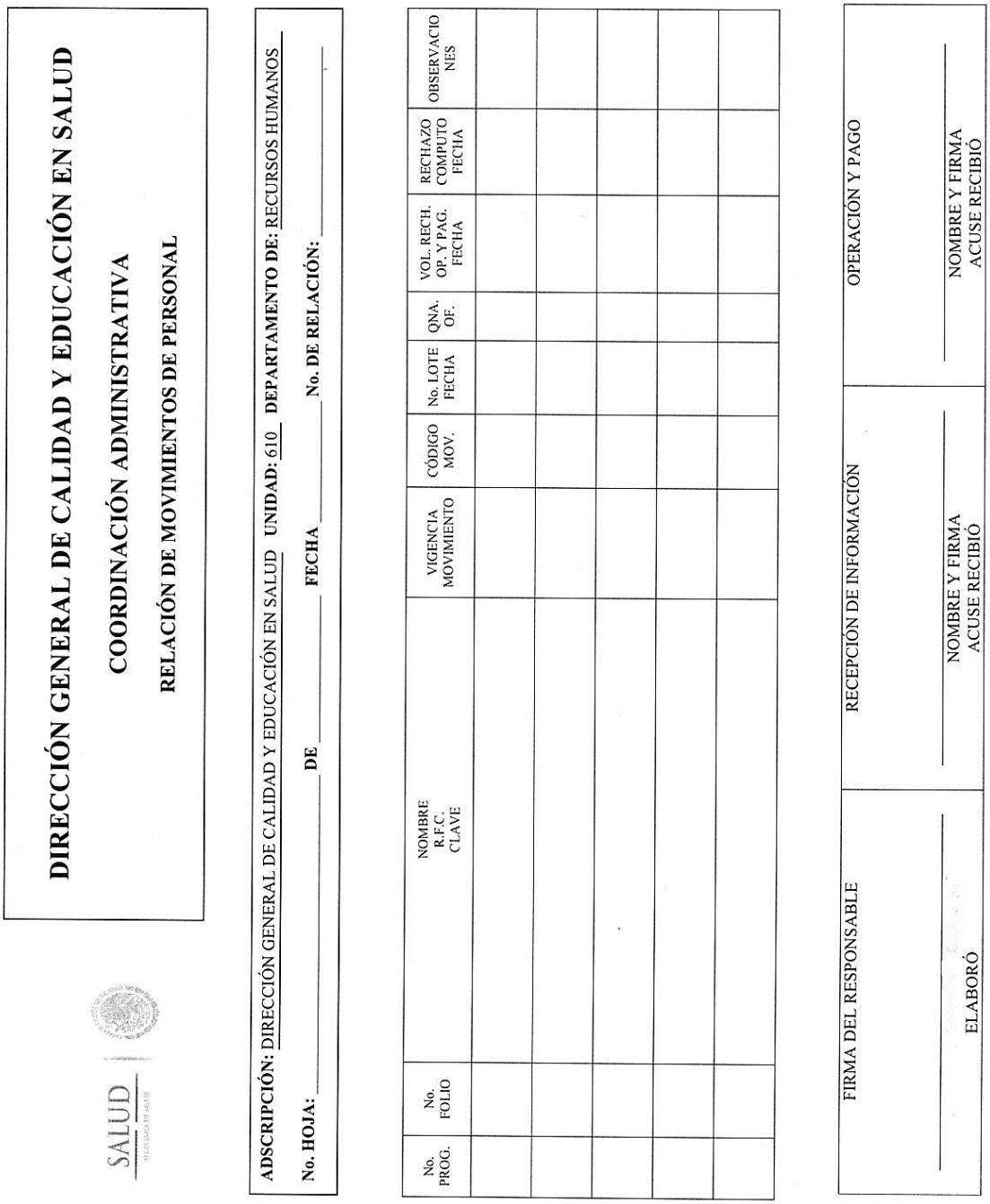
8.2 **Personal de base.** Son aquellos trabajadores cuya situación laboral implica la inamovilidad y el desempeño de funciones distintas a las del personal de confianza.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Relación de Movimientos de Personal Formato de Movimientos de Personal



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

RELACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD **UNIDAD:** 610 **DEPARTAMENTO DE:** RECURSOS HUMANOS

No. HOJA: _____ **DE** _____ **FECHA** _____ **No. DE RELACIÓN:** _____

No. PROG.	No. FOLIO	NOMBRE R.F.C. CLAVE	VIGENCIA MOVIMIENTO	CÓDIGO MOV.	No. LOTE FECHA	QNA. OF.	VOL. RECH. OP. Y PAG. FECHA	RECHAZO COMPUTO FECHA	OBSERVACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE

_____

ELABORÓ

RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

_____

NOMBRE Y FIRMA
ACUSE RECIBIÓ

OPERACIÓN Y PAGO

_____

NOMBRE Y FIRMA
ACUSE RECIBIÓ

10.2 Formato de Movimientos de Personal

SALUD

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

FORMATO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL
RAMA MEDICA, PARAMEDICA, AFIN, AFIN ADMINISTRATIVA Y CONFIANZA

UNIDAD EXPEDIDORA: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION:

DATOS PERSONALES

FILIACION | CURP

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE | NUMERO EXTERIOR | NUMERO INTERIOR

COLONIA | CODIGO POSTAL | DELEGACION O MUNICIPIO | ESTADO | TELEFONO

CUENTA BANCARIA NUMERO

GENERO	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO)	FECHA DE INGRESO	DIA	MES	AÑO	DEPENDENCIA
			GOBIERNO FEDERAL				
			SECRETARIA DE SALUD				

DATOS PRESUPUESTALES

ANTECEDENTE	A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	P G	A I	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO
CLAVE ANTERIOR										

ADSCRIPCION

NOMBRE

CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD

DATOS DEL SUSTITUTO:

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

FILIACION

EFECTOS DEL | AL

MOTIVO

NUM. DE DOCUMENTO

VIGENCIA				OPERACION				
	DIA	MES	AÑO	NO. DE DOCUMENTO	NUMERO DE EMPLEADO	TIPO DE TRABAJADOR	LOTE	QNA
DEL								
AL								

TIPO DE MOVIMIENTO **CODIGO** | ADSCRIPCION: DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD.

NUEVO INGRESO		PENSION ALIMENTICIA		LICENCIA		BASE	
REINGRESO		DATOS PERSONALES		CAMBIO DE RADICACION DE SUELDOS		CONFIANZA	
PROMOCION		BAJA		PRIMA QUINQUENAL		EVENTUAL	
DISMINUCION		REANUDACIÓN DE LABORES		BASIFICACION		PROVISIONAL	

CLAVE PRESUPUESTAL

A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	EF	P A I	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO

CLAVE DE ESPONSABILIDAD

NOMBRE DEL PUESTO

HORARIO ASIGNADO

8 HORAS
7 HORAS
6 HORAS

PERCEPCIONES

PARTIDA PRESUPUESTAL	ANTERIOR	ACTUAL	DIFERENCIA

JUSTIFICACION O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR	AUTORIZA LA UNIDAD EXPEDIDORA	AUTORIZA INGRESO A SISTEMA DE NÓMINA
	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	

158. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL ALMACÉN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar el abastecimiento de insumos, materiales y requerimientos necesarios a las diversas áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para la óptima realización de sus funciones, así mismo diseñar los mecanismos para el control de ingreso y egreso de dichos insumos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Coordinación Administrativa que es la responsable de coordinar el abastecimiento del material requerido por las áreas que integran la DGCES, y el Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, gestiona y controla el abastecimiento a través del área de almacén, el suministro de los materiales requeridos por las áreas.

2.2 A nivel externo no es aplicable.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales a través del área del almacén, será la responsable del control y abastecimiento del o los materiales requeridos por las áreas que conforman a dicha Dirección General.

3.2 Para la obtención de los insumos, las diversas áreas que conforman la DGCES deberán elaborar por escrito el vale de almacén y/o solicitud, estar debidamente requisitado y valorado por los responsables de dichas áreas sustantivas.

3.3 La Coordinación Administrativa de la DGCES, por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, autorizará la solicitud de insumos que requieran las áreas de la Dirección General, tomando en cuenta el número de trabajadores adscritos a dicha área, cotejando la información contra la existencia del o los insumos en almacén solicitados

3.4 Será responsabilidad de las áreas que conforman la DGCES, sujetarse al calendario de recepción de solicitudes de insumos los primeros 5 días hábiles de cada mes, el cual está señalado por la Coordinación Administrativa de la propia DGCES.

3.5 El área de almacén de la Coordinación Administrativa de la DGCES es responsable de la entrega de los insumos solicitados, previa recepción de la solicitud correspondiente, la cual será entregada por las áreas conformantes de la Dirección General cuando menos con una semana de antelación a la entrega de los insumos.

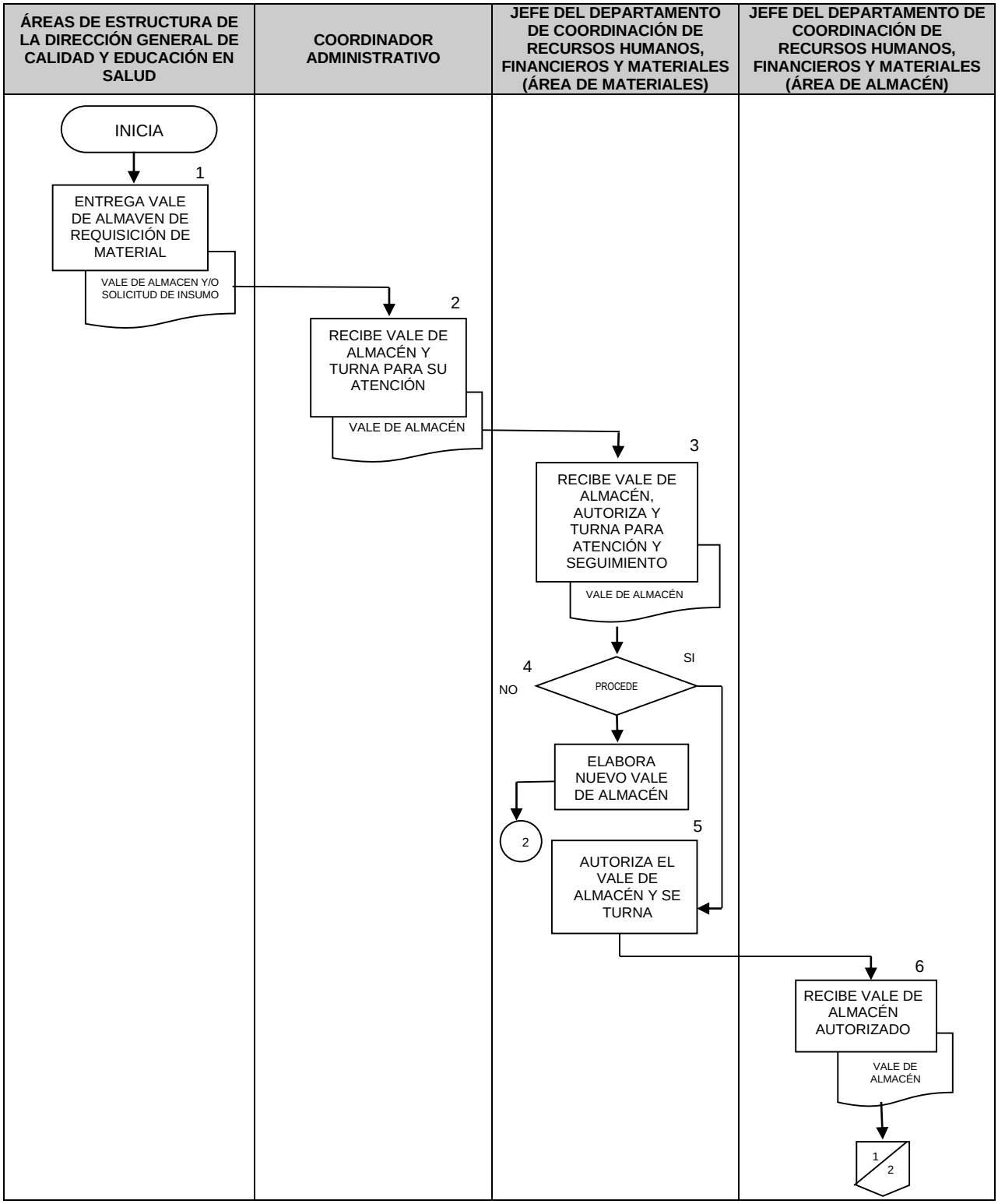
3.6 En el supuesto de que los insumos requeridos no se manejen comúnmente en el almacén, las áreas solicitantes serán responsables de referir en dicha solicitud las acciones a realizar (eventos especiales, programas y proyectos, etc.) previamente autorizadas por la DGCES.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Áreas de Estructura de la DGCES	1	Entrega a la Coordinación Administrativa vale de almacén de requisición de material mensual (área solicitante) y/o solicitud los insumos requeridos que no se tenga en existencia en el almacén (eventos especiales, programas y proyectos, etc.) previamente autorizadas por la DGCES	▪ Vale de almacén y/o solicitud de insumos
Coordinador Administrativo	2	Recibe vale de almacén y/o solicitud; Acusa de recibido en la copia y turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales) para su atención.	▪ Vale de almacén y/o solicitud de insumos
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Materiales)	3 Procede: 4 5	Recibe vale de almacén y/o solicitud, autoriza y turna al área de recursos materiales (almacén) para su atención y seguimiento. NO: Informa al área solicitante que realice las adecuaciones correspondientes al vale de almacén y/o solicitud de insumos. Regresa a la actividad 1. SÍ: Autoriza el vale de almacén y se turna al área de almacén Continúa procedimiento.	▪ Vale de almacén y/o solicitud de insumos
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de almacén)	6 7	Recibe vale de almacén y/o solicitud autorizado Procede a surtir el material de acuerdo a las existencias del mismo en el área y entrega al área solicitante.	▪ Vale de almacén y/o solicitud de insumos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Áreas de Estructura de la DGCES	8	Recibe, en área de almacén, material solicitado y firma de conformidad en el vale de salida de material del almacén	▪ Vale de almacén y/o solicitud de insumos
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de almacén)	9 10	Afecta registros de existencia del almacén, de conformidad con los vales de almacén solicitud y los registros de entrada y salida de material. Informa mensualmente al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Materiales) de la existencia de insumos y materiales.	▪ Vale de almacén y/o solicitud de insumos ▪ Informe Mensual
Coordinador Administrativo	11	Recibe del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Materiales) informe mensual de la existencia en almacén. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Informe Mensual

5. DIAGRAMA DE FLUJO




ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ALMACÉN)
1
7
PROCEDE A SURTIR EL MATERIAL Y ENTREGA
VALE DE ALMACÉN
8
RECIBE MATERIAL SOLICITADO Y FIRMA DE CONFORMIDAD
VALE DE ALMACÉN
9
AFECTA REGISTROS DE ALMACÉN
VALE DE ALMACÉN
10
INFORMA ACERCA DE LAS EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MATERIALES
INFORME MENSUAL
11
RECIBE INFORME DE LAS EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MATERIALES
INFORME MENSUAL
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual General de Organización de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe mensual de existencias	5 años	Almacén de la DGCES	N/A
7.2 Contrato de servicio	5 años	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A
7.3 Contrato de arrendamiento	5 años	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adjudicaciones de pedidos y contratos.** Procedimiento a través del cual las entidades recaban, analizan, comparan y seleccionan las cotizaciones formuladas por los proveedores de los Bienes y Servicios del Gobierno Federal, con objeto de formalizar los compromisos para el Ejercicio del Gasto Público por concepto de Adquisiciones, Servicios Generales y Obras.

8.2 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Información en Salud adquiere un bien o un derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.3 **Arrendamiento.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Información en Salud, obtiene el derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.4 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal.

8.5 **Programa Anual de Trabajo (PAT).** Instrumento que permite traducir los Lineamientos Generales de la Planeación Nacional de Desarrollo Económico del País en objetivos y metas concretos a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

8.6 **Servicio.** La Prestación de servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con obra pública

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Vale de almacén o solicitud de insumos (Requisición de Material).
10.2 Informe Mensual (Informe de Existencia de Material en Almacén en medio electrónico).

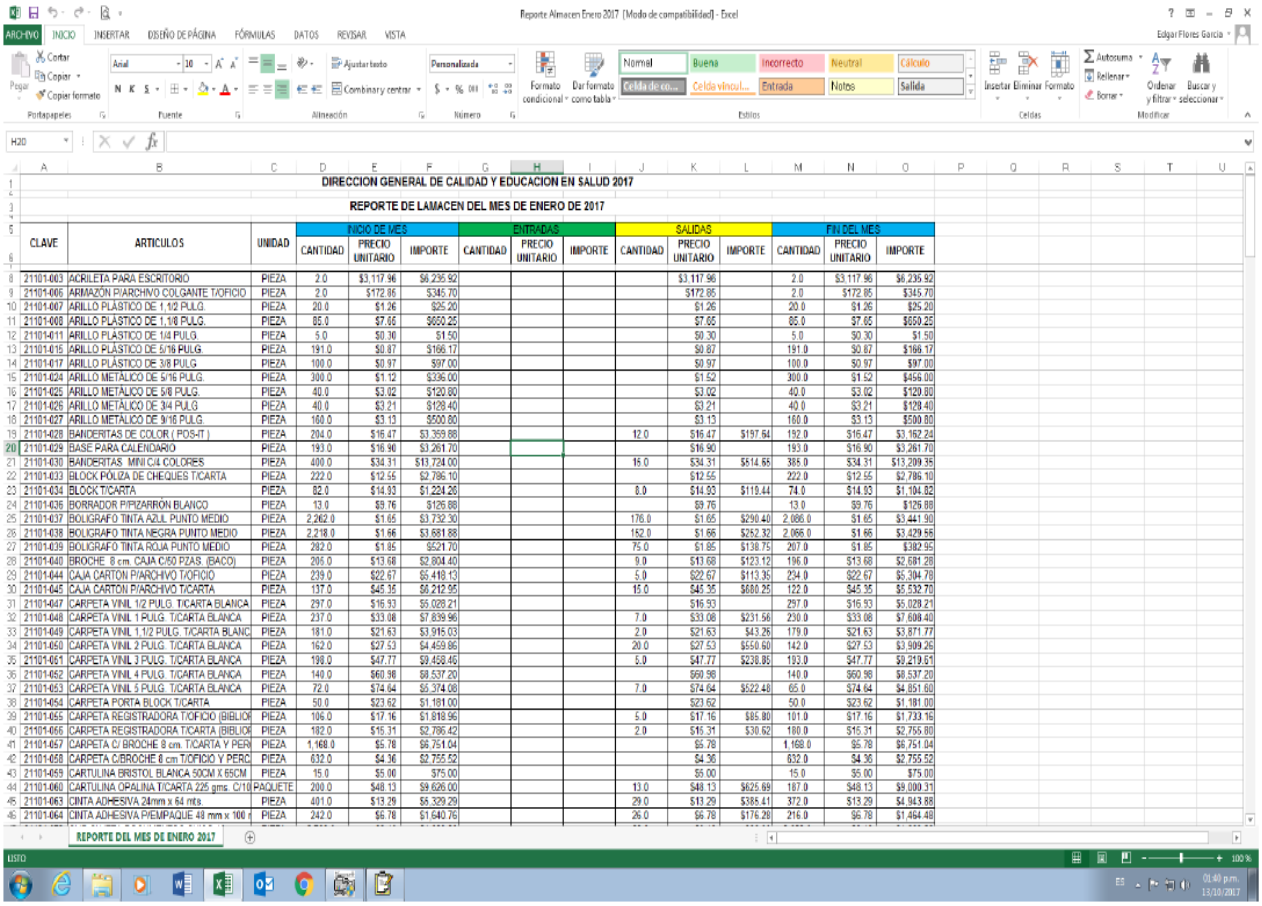
10.1 Vale de almacén o solicitud de insumos (Requisición de Material).

SALUD SECRETARÍA DE SALUD	D.G.C.E.S.	COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	Nº VALE
	VALE DE ALMACEN	AREA: XXXXXXXXXXXXXXXXXX	FECHA XX/XX/XXXX

CANTIDAD		UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO	CLAVE	
SOLIC.	SURT.			Nº PARTIDA	Nº PROG.
x		x	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	x	x
x		x	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	x	x
x		x	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	x	x

AUTORIZÓ	SOLICITÓ	RECIBIÓ
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	AREA DE ESTRUCTURA DE LA DGCES	AREA DE ESTRUCTURA DE LA DGCES

10.2 Informe Mensual (Informe de Existencia de Material en Almacén en medio electrónico).



DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD 2017

REPORTE DE LAMACEN DEL MES DE ENERO DE 2017

CLAVE	ARTICULOS	UNIDAD	INICIO DE MES			ENTRADAS			SALIDAS			FIN DEL MES		
			CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
21101-003	ACRILETA PARA ESCRITORIO	PIEZA	2.0	$3,117.96	$6,235.92					$3,117.96		2.0	$3,117.96	$6,235.92
21101-006	ARMAZÓN P/ARCHIVO COLGANTE T/OFICIO	PIEZA	2.0	$172.85	$345.70					$172.85		2.0	$172.85	$345.70
21101-007	ARILLO PLÁSTICO DE 1 1/2 PULG.	PIEZA	20.0	$1.26	$25.20					$1.26		20.0	$1.26	$25.20
21101-008	ARILLO PLÁSTICO DE 1 1/8 PULG.	PIEZA	85.0	$7.65	$650.25					$7.65		85.0	$7.65	$650.25
21101-011	ARILLO PLÁSTICO DE 1/4 PULG.	PIEZA	5.0	$0.30	$1.50					$0.30		5.0	$0.30	$1.50
21101-015	ARILLO PLÁSTICO DE 5/16 PULG.	PIEZA	191.0	$0.87	$166.17					$0.87		191.0	$0.87	$166.17
21101-017	ARILLO PLÁSTICO DE 3/8 PULG.	PIEZA	100.0	$0.97	$97.00					$0.97		100.0	$0.97	$97.00
21101-024	ARILLO METÁLICO DE 5/16 PULG.	PIEZA	300.0	$1.52	$336.00					$1.52		300.0	$1.52	$456.00
21101-025	ARILLO METÁLICO DE 5/8 PULG.	PIEZA	40.0	$3.02	$120.80					$3.02		40.0	$3.02	$120.80
21101-026	ARILLO METÁLICO DE 3/4 PULG.	PIEZA	40.0	$3.21	$128.40					$3.21		40.0	$3.21	$128.40
21101-027	ARILLO METÁLICO DE 9/16 PULG.	PIEZA	160.0	$3.13	$500.80					$3.13		160.0	$3.13	$500.80
21101-028	BANDERITAS DE COLOR (POS-IT)	PIEZA	204.0	$16.47	$3,359.88				12.0	$16.47	$197.64	192.0	$16.47	$3,162.24
21101-029	BASE PARA CALENDARIO	PIEZA	193.0	$16.90	$3,261.70					$16.90		193.0	$16.90	$3,261.70
21101-030	BANDERITAS MINI C/4 COLORES	PIEZA	400.0	$34.31	$13,724.00				15.0	$34.31	$514.65	385.0	$34.31	$13,209.35
21101-033	BLOCK PÓLIZA DE CHEQUES T/CARTA	PIEZA	222.0	$12.55	$2,786.10					$12.55		222.0	$12.55	$2,786.10
21101-034	BLOCK T/CARTA	PIEZA	82.0	$14.93	$1,224.26				8.0	$14.93	$119.44	74.0	$14.93	$1,104.82
21101-036	BORRADOR P/PIZARRÓN BLANCO	PIEZA	13.0	$9.76	$126.88					$9.76		13.0	$9.76	$126.88
21101-037	BOLÍGRAFO TINTA AZUL PUNTO MEDIO	PIEZA	2,262.0	$1.65	$3,732.30				176.0	$1.65	$290.40	2,086.0	$1.65	$3,441.90
21101-038	BOLÍGRAFO TINTA NEGRA PUNTO MEDIO	PIEZA	2,218.0	$1.66	$3,681.88				152.0	$1.66	$252.32	2,066.0	$1.66	$3,429.56
21101-039	BOLÍGRAFO TINTA ROJA PUNTO MEDIO	PIEZA	282.0	$1.85	$521.70				75.0	$1.85	$138.75	207.0	$1.85	$382.95
21101-040	BROCHE 8 cm. CAJA C/50 PZAS. (BACO)	PIEZA	295.0	$13.68	$2,804.40				9.0	$13.68	$123.12	196.0	$13.68	$2,681.28
21101-044	CAJA CARTÓN P/ARCHIVO T/OFICIO	PIEZA	239.0	$22.67	$5,419.13				5.0	$22.67	$113.35	234.0	$22.67	$5,304.78
21101-045	CAJA CARTÓN P/ARCHIVO T/CARTA	PIEZA	137.0	$45.35	$6,212.95				15.0	$45.35	$680.25	122.0	$45.35	$5,532.70
21101-047	CARPETA VINIL 1/2 PULG. T/CARTA BLANCA	PIEZA	297.0	$16.93	$5,029.21					$16.93		297.0	$16.93	$5,029.21
21101-048	CARPETA VINIL 1 PULG. T/CARTA BLANCA	PIEZA	237.0	$33.08	$7,839.96				7.0	$33.08	$231.56	230.0	$33.08	$7,608.40
21101-049	CARPETA VINIL 1 1/2 PULG. T/CARTA BLANC	PIEZA	181.0	$21.63	$3,915.03				2.0	$21.63	$43.26	179.0	$21.63	$3,871.77
21101-050	CARPETA VINIL 2 PULG. T/CARTA BLANCA	PIEZA	162.0	$27.53	$4,459.86				20.0	$27.53	$550.60	142.0	$27.53	$3,909.26
21101-051	CARPETA VINIL 3 PULG. T/CARTA BLANCA	PIEZA	198.0	$47.77	$9,458.46				5.0	$47.77	$238.85	193.0	$47.77	$9,219.61
21101-052	CARPETA VINIL 4 PULG. T/CARTA BLANCA	PIEZA	140.0	$69.98	$9,537.20					$69.98		140.0	$69.98	$9,537.20
21101-053	CARPETA VINIL 5 PULG. T/CARTA BLANCA	PIEZA	72.0	$74.64	$5,374.08				7.0	$74.64	$522.48	65.0	$74.64	$4,851.60
21101-054	CARPETA PORTA BLOCK T/CARTA	PIEZA	50.0	$23.62	$1,181.00					$23.62		50.0	$23.62	$1,181.00
21101-055	CARPETA REGISTRADORA T/OFICIO (BIBLIOT	PIEZA	106.0	$17.16	$1,818.96				5.0	$17.16	$85.80	101.0	$17.16	$1,733.16
21101-056	CARPETA REGISTRADORA T/CARTA (BIBLIOT	PIEZA	182.0	$15.31	$2,786.42				2.0	$15.31	$30.62	180.0	$15.31	$2,755.80
21101-057	CARPETA C/ BROCHE 8 cm. T/CARTA Y PER	PIEZA	1,168.0	$5.78	$6,751.04					$5.78		1,168.0	$5.78	$6,751.04
21101-058	CARPETA C/BROCHE 8 cm T/OFICIO Y PERC	PIEZA	632.0	$4.36	$2,755.52					$4.36		632.0	$4.36	$2,755.52
21101-059	CARTULINA BRISTOL BLANCA 50CM X 65CM	PIEZA	15.0	$5.00	$75.00					$5.00		15.0	$5.00	$75.00
21101-060	CARTULINA OPALINA T/CARTA 225 gms. C/10	PAQUETE	200.0	$48.13	$9,626.00				13.0	$48.13	$625.69	187.0	$48.13	$9,000.31
21101-063	CINTA ADHESIVA 24mm x 64 mts.	PIEZA	401.0	$13.29	$5,329.29				29.0	$13.29	$385.41	372.0	$13.29	$4,943.88
21101-064	CINTA ADHESIVA P/EMPAQUE 48 mm x 100 r	PIEZA	242.0	$6.78	$1,640.76				26.0	$6.78	$176.28	216.0	$6.78	$1,464.48

159. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE BIENES MUEBLES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Registrar y controlar los bienes muebles que forman parte del patrimonio de la Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a fin de mantener actualizado el inventario de los bienes muebles de la Secretaria de Salud, de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto.

2. ALCANCE

2.1 Al nivel interno el procedimiento es aplica a la Coordinación Administrativa de la DGCES, quien es la responsable de administrarlos los bienes muebles de la Dirección General, el Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales supervisa, registra y controla los bienes muebles.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las dependencias del sector público o privado que requieren de los servicios que presta la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), a través Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros por conducto del área de recursos materiales, será la responsable del registro y control de todos y cada uno de los bienes que ingresen a la Dirección General.

3.2 El área de recursos materiales y servicios generales, a través del almacén, dependiente del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros de la Coordinación Administrativa de la DGCES, será la responsable de la actualización periódica del inventario de los bienes.

3.3 El Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales de la Coordinación Administrativa de la DGCES, a través del área de recursos materiales (inventarios), será la única responsable de asignar el número de inventario de los bienes de activo fijo que correspondan de acuerdo con la “Clave CAMBS” asignada por las instancias reguladoras de la Secretaría de Salud.

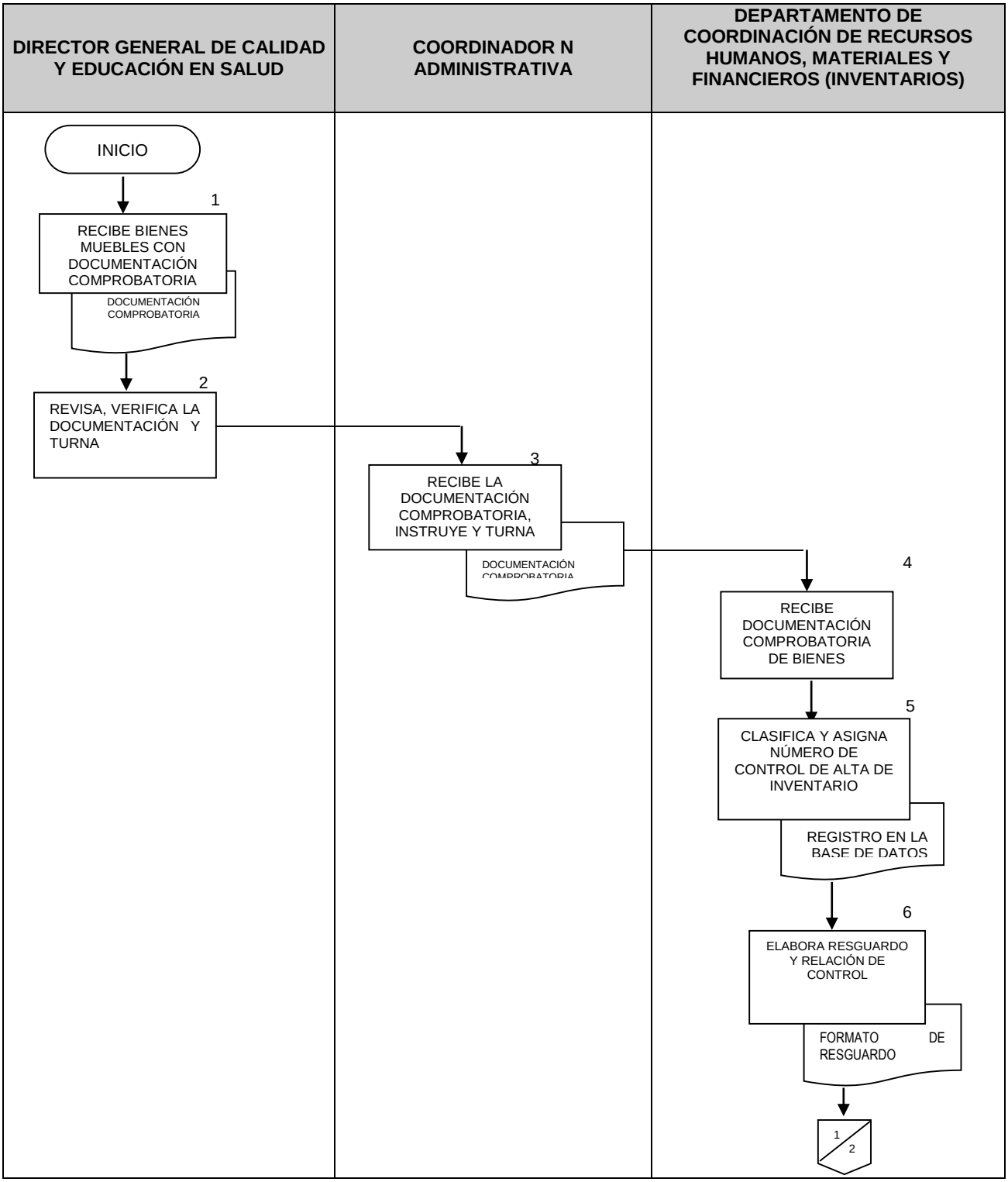
3.4 Es responsabilidad del área de inventarios proceder al “marcado” del número de inventario asignado a cada uno de los bienes muebles antes de la distribución y entrega de los mismos a las áreas correspondientes.

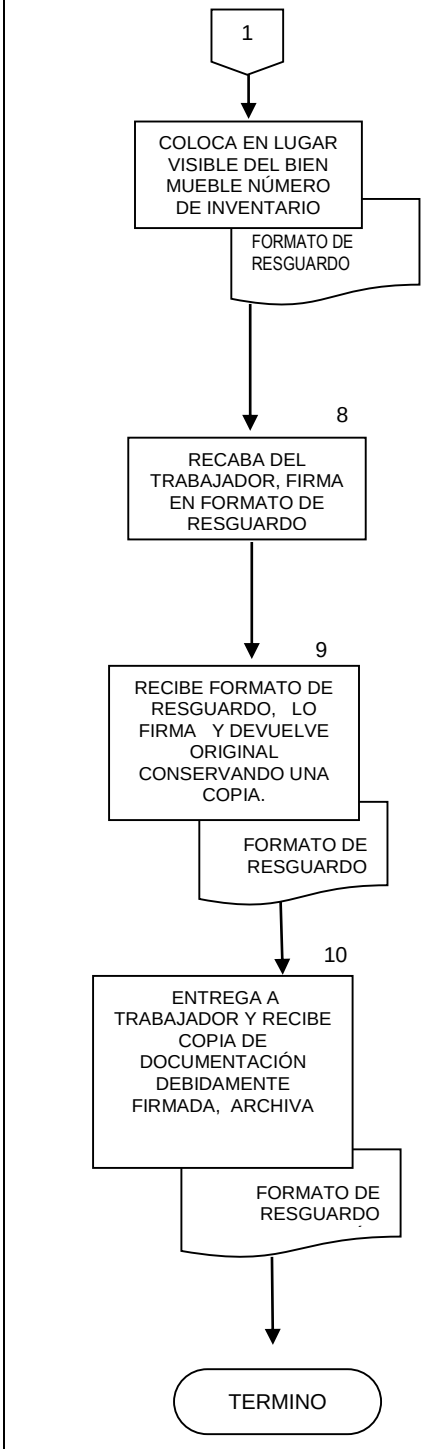
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe bienes muebles con documentación comprobatoria.	▪ Documentación comprobatoria.
	2	Revisa, verifica la documentación correspondiente y turna a la Coordinación Administrativa.	
Coordinador Administrativo	3	Recibe documentación comprobatoria que ampara los bienes recibidos, instruye y turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales(Área de Recursos Materiales)	▪ Documentación comprobatoria.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de inventarios)	4	Recibe documentación comprobatoria que ampara los bienes recibidos.	▪ Documentación comprobatoria.
	5	Clasifica de acuerdo al Catálogo de Adquisiciones de Bienes Muebles (CABMS), por grupo, subgrupo y variable que le corresponda, asignando el número de control de alta del inventario en orden progresivo a cada bien, de acuerdo a su clasificación verificando el control de bienes por variable y número progresivo y envía copia a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales de la SSA, actualizando el inventario global de la Secretaría de Salud.	▪ Base de datos de inventario (archivo electrónico)
	6	Elabora formato de resguardo y relación de control por cada uno de los bienes dados de alta en la Dirección General.	▪ Formato de Resguardo
	7	Coloca en lugar visible del bien mueble el número de inventario que corresponda de acuerdo al Formato de Resguardo.	
	8	Recaba en Formato de Resguardo firma de trabajador adscrito a la DGCES responsable de su uso.	

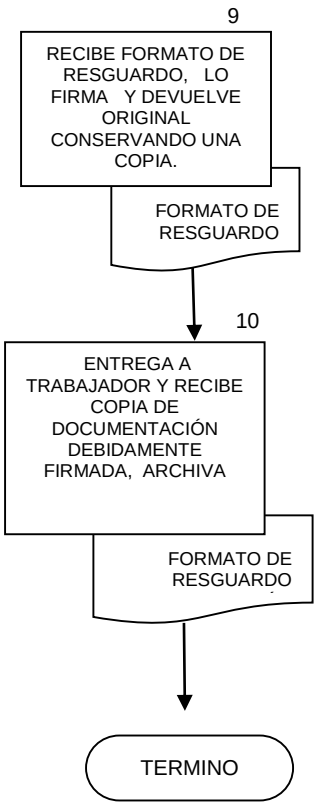
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	9	Recibe Formato de Resguardo, lo firma y devuelve original conservando una copia. Se hace la entrega de formato de resguardo (trabajador adscrito).	▪ Formato de Resguardo
	10	Recibe Formato de Reguardo debidamente firmado y archiva junto con documentación comprobatoria: original de los vales de resguardo. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Formato de Resguardo y documentación

5. DIAGRAMA DE FLUJO




1
COLOCA EN LUGAR VISIBLE DEL BIEN MUEBLE NÚMERO DE INVENTARIO
FORMATO DE RESGUARDO
8
RECABA DEL TRABAJADOR, FIRMA EN FORMATO DE RESGUARDO
9
RECIBE FORMATO DE RESGUARDO, LO FIRMA Y DEVUELVE ORIGINAL CONSERVANDO UNA COPIA.
FORMATO DE RESGUARDO
10
ENTREGA A TRABAJADOR Y RECIBE COPIA DE DOCUMENTACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA, ARCHIVA
FORMATO DE RESGUARDO
TERMINO

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR N ADMINISTRATIVA	DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (INVENTARIOS)
		1 7 COLOCA EN LUGAR VISIBLE DEL BIEN MUEBLE NÚMERO DE INVENTARIO


9
RECIBE FORMATO DE RESGUARDO, LO FIRMA Y DEVUELVE ORIGINAL CONSERVANDO UNA COPIA.
FORMATO DE RESGUARDO
10
ENTREGA A TRABAJADOR Y RECIBE COPIA DE DOCUMENTACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA, ARCHIVA
FORMATO DE RESGUARDO
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Manual General de Organización de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Vales de resguardo	Adscripción del trabajador	Almacén de la DGCES	N/A
7.2 Contrato de servicio	Duración de la obra	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A
7.3 Contrato de arrendamiento	Convenido por las partes	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adquiere un bien o un derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.2 **Arrendamiento.** Procedimiento mediante el cual la DGCES obtiene el derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.3 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal.

8.4 **Clave CAMBS.** Control alfanumérico para codificación, control y mantenimiento de todos los bienes muebles que forman parte del activo fijo de la DGCES.

8.5 **Servicio.** La prestación de servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con obra pública.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Resguardo (archivo electrónico).

160. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE NECESIDADES DE BIENES E INSUMOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Proveer los bienes e insumos requeridos por las diferentes áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para el debido cumplimiento de sus funciones y, de esta manera, estar en posibilidad de llevar a cabo el Programa de Adquisiciones de la unidad administrativa.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable tanto a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como a sus 43 puestos directivos organizacionales (dos direcciones generales adjuntas; ocho direcciones de área, trece subdirecciones de área, una coordinación administrativa y diecinueve departamentos de área, así como también a sus dos puestos de enlace de alta responsabilidad.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las dependencias del sector público o privado que requieren de los servicios que presta la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, a través del área de adquisiciones, solicitará a las diferentes áreas que conforman la DGCES, los requerimientos de bienes e insumos indispensables para el mejor desempeño de sus actividades.

3.2 El suministro de los bienes e insumos será responsabilidad exclusiva de las distintas áreas que integran a la DGCES, para ello deberán solicitar formalmente sus necesidades a la Coordinación Administrativa, para ello deberán considerar las prioridades fijadas en su Programa de Necesidades.

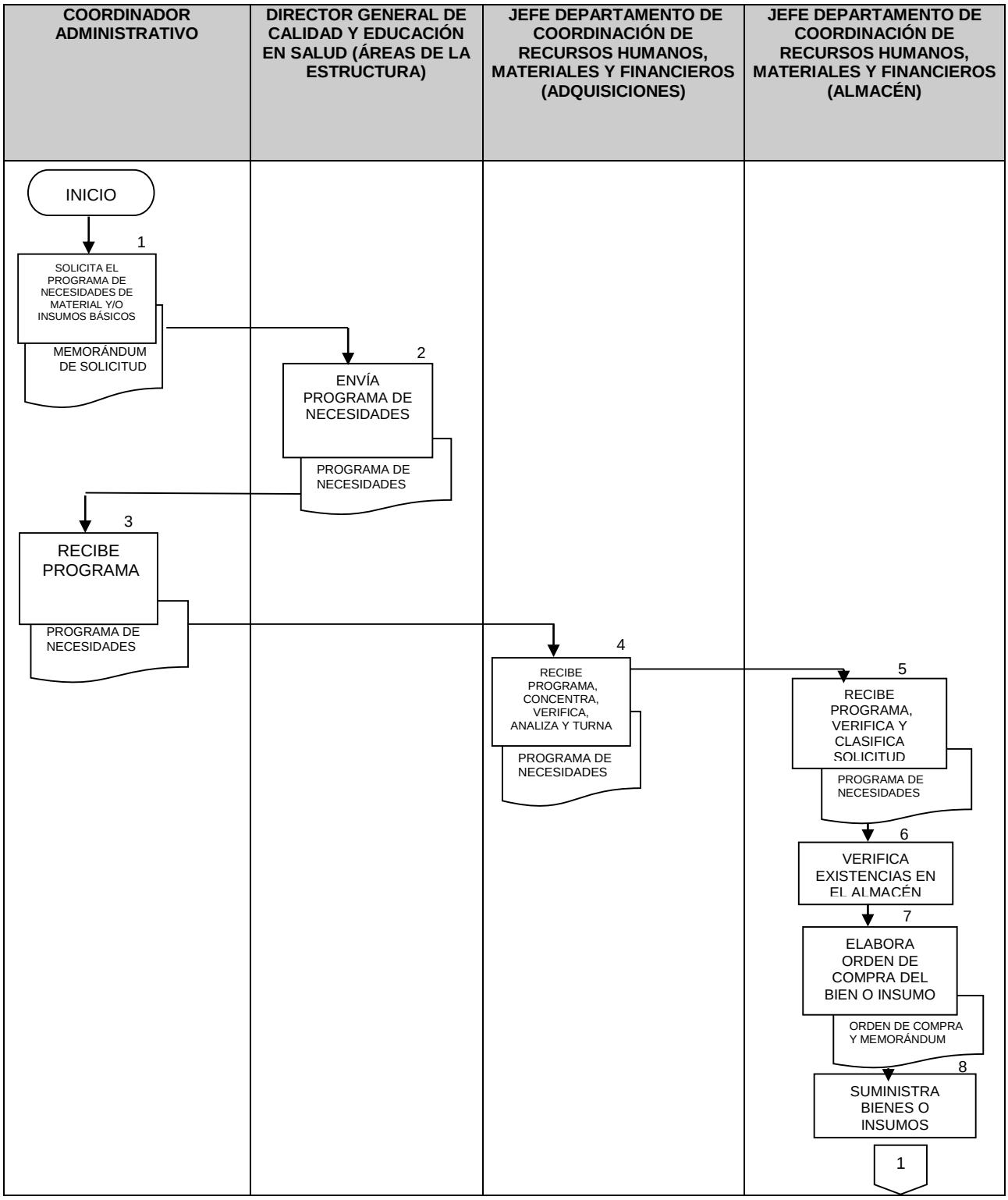
3.3 Los criterios que deberán prevalecer en la integración del Programa de Necesidades de bienes e insumos se fundamentarán en la racionalidad, ahorro, eficiencia y transparencia de los recursos financieros disponibles y, a su vez, la Coordinación Administrativa a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, por conducto del área de adquisiciones, será la responsable de programas y solicitar el suministro de bienes e insumos conforme al control de existencias en el almacén de la DGCES.

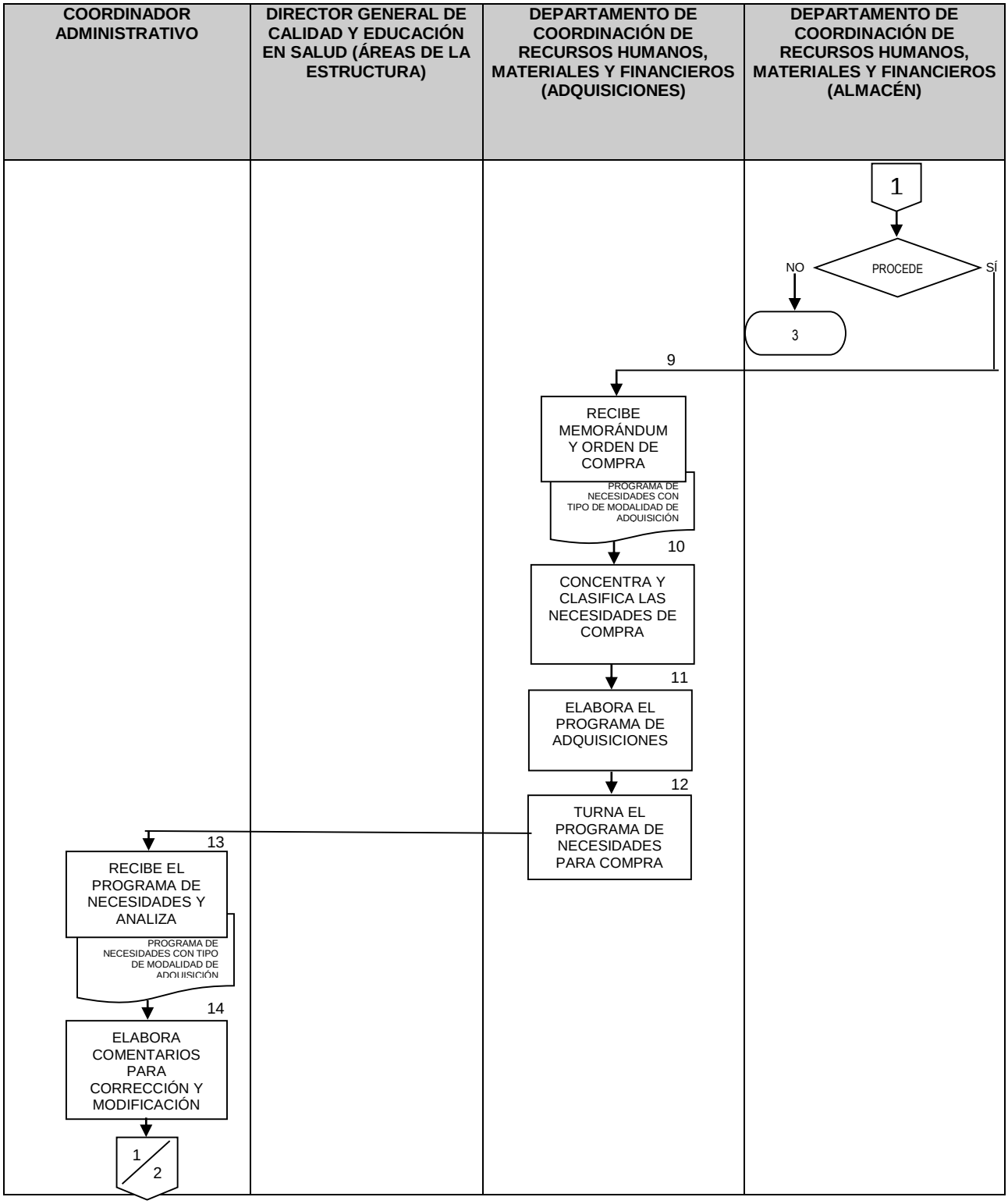
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

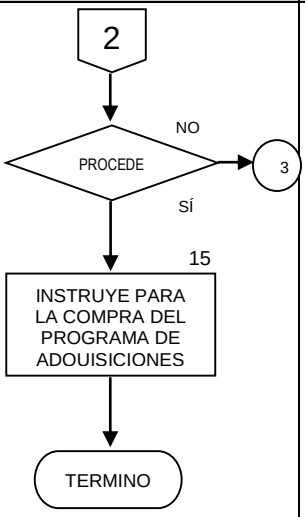
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Solicita mediante memorándum en o1/c, a las áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), el Programa de Necesidades de Material y/o Insumos Básicos en o2/c.	▪ Memorándum de solicitud
Director General de Calidad y Educación en Salud (áreas de estructura)	2	Envía a la Coordinación Administrativa de la DGCES su Programa de Necesidades de Material y/o Insumos Básicos en o2/c (áreas de estructura).	▪ Programa de Necesidades
Coordinador Administrativo	3	Recibe Programa de Necesidades en o2/c. Acusa de recibido en una copia y turna los restantes al área de recursos materiales, (adquisiciones) para su atención y seguimiento.	▪ Programa de Necesidades
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de adquisiciones)	4	Recibe Programa de Necesidades (o1/c), concentra, verifica, analiza y turna al área de almacén para su atención y seguimiento.	▪ Programa de Necesidades.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (almacén)	5 6 7 8	Recibe programa. Acusa de recibido en la copia. Verifica y clasifica el original de la solicitud de suministro del bien o insumo. Verifica existencias en el almacén por tipo de insumo o bien Elabora orden de compra del bien o insumo y turna memorándum en o1/c el área de adquisiciones para trámite Suministra bienes o insumos al área solicitante. Procede: No: Regresa actividad 1 Sí: Continúa procedimiento.	▪ Programa de Necesidades ▪ Orden de compra y memorándum

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinador de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de adquisiciones)	9	Recibe memorándum y orden de compra en o1/c del almacén con sello de no existencia. Acusa de recibido en la copia.	▪ Programa de Necesidades con tipo de modalidad de adquisición
	10	Concentra y clasifica las necesidades de compra por clave y tipo de bien o insumo.	
	11	Elabora programa de adquisiciones conforme a los bienes o insumos faltantes.	
	12	Turna Programa de Necesidades por tipo de modalidad de adquisición para ejecución de compra.	
Coordinador Administrativo	13	Recibe Programa de Necesidades con tipo de modalidad de adquisición y analiza.	▪ Programa de Necesidades con tipo de modalidad de adquisición
	14	Elabora comentarios para corrección y modificación. Procede: No: Regresa a la actividad 3. Sí: Continúa procedimiento.	
	15	Instruye para la compra del Programa de Adquisición conforme a la modalidad de adquisición. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE LA ESTRUCTURA)
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ADQUISICIONES)
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ALMACÉN)
1
PROCEDE
NO
SÍ
3
9
RECIBE MEMORÁNDUM Y ORDEN DE COMPRA
PROGRAMA DE NECESIDADES CON TIPO DE MODALIDAD DE ADQUISICIÓN
10
CONCENTRA Y CLASIFICA LAS NECESIDADES DE COMPRA
11
ELABORA EL PROGRAMA DE ADQUISICIONES
12
TURNA EL PROGRAMA DE NECESIDADES PARA COMPRA
13
RECIBE EL PROGRAMA DE NECESIDADES Y ANALIZA
PROGRAMA DE NECESIDADES CON TIPO DE MODALIDAD DE ADQUISICIÓN
14
ELABORA COMENTARIOS PARA CORRECCIÓN Y MODIFICACIÓN
1/2

COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE LA ESTRUCTURA)	DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ADQUISICIONES)	DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ALMACÉN)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Manual General de Organización de la SSA	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de pedido de insumos	Entrega y pago	Área de adquisiciones	N/A
7.2 Contrato de servicio	Duración de la obra	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A
7.3 Contrato de arrendamiento	Convenido por las partes	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adquiere un bien o un derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.2 **Arrendamiento.** Procedimiento mediante el cual la DGCES obtiene el derecho a utilizar un bien mueble o inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.3 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal.

8.4 **Modalidad o tipo de adquisición.** Mecanismo a implementar para la compra de los distintos bienes e insumos necesarios para la operación material de la DGCES.

8.5 **Programa de Necesidades de Bienes e Insumos.** Documento ejecutivo que contiene la desagregación de las necesidades de los distintos bienes e insumos necesarios para el cumplimiento de metas comprometidas por las distintas áreas que integran a la DGCES.

8.6 **Servicio.** La prestación de servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con obra pública.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de Mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

161. PROCEDIMIENTO PARA PRESTACIÓN DE APOYOS LOGÍSTICOS A EVENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Programar y efectuar los apoyos logísticos necesarios para la realización de los eventos requeridos por las diferentes áreas que conforman la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para el debido cumplimiento de sus funciones y, de esta manera, estar en posibilidad de determinar las erogaciones presupuestales a ejercer por concepto de eventos oficiales.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable tanto a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como a sus 45 puestos directivos organizacionales (dos direcciones generales adjuntas; ocho direcciones de área, trece subdirecciones de área, una coordinación administrativa y diecinueve departamentos de área, así como también a sus dos puestos de enlace de alta responsabilidad.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las dependencias del sector público o privado que requieren de los servicios que presta la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, será la responsable de efectuar la previsión y ejecución de los apoyos logísticos a los distintos eventos conforme a los requerimientos presentados por las áreas que integran a la DGCES en el Programa de Necesidades.

3.2 La realización de los apoyos logísticos a los eventos se efectuará considerando las prioridades fijadas por el área solicitante, por lo que el requerimiento de los apoyos logísticos será responsabilidad del área solicitante, así como de la importancia que represente contar con los requerimientos de los eventos para el cumplimiento de los objetivos y metas programadas anualmente de las áreas que integran a la DGCES.

3.3 Los criterios que deberán prevalecer en la ejecución de los apoyos logísticos de los eventos se fundamentarán en la racionalidad, ahorro, eficiencia y transparencia de los recursos financieros disponibles y, a su vez, la Coordinación Administrativa a través del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, será la responsable de ejercitar la modalidad de contratación de los apoyos logísticos para la ejecución de los eventos conforme al Programa de Necesidades de las distintas áreas que integran a la DGCES.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

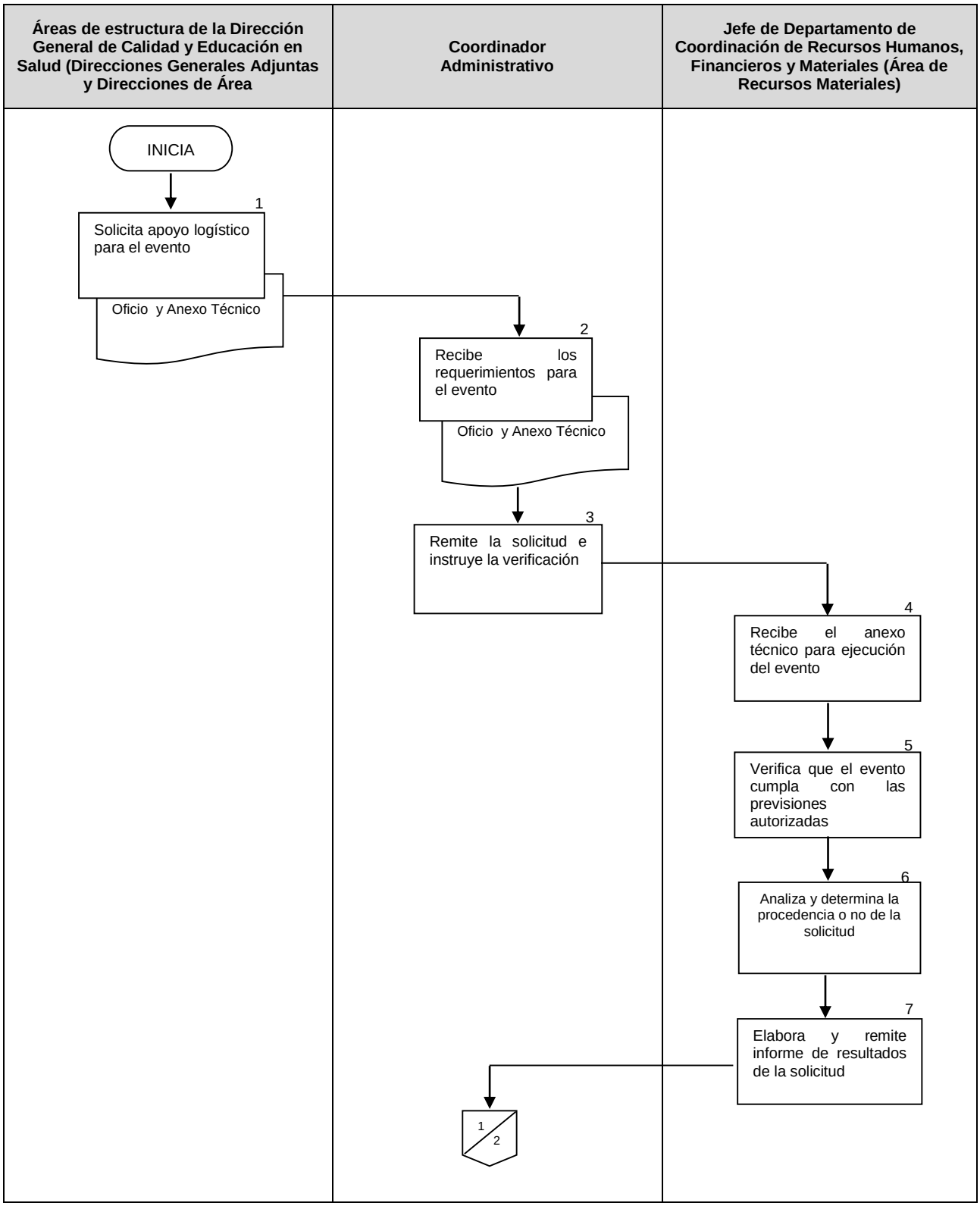
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área)	1	Solicita a la Coordinación Administrativa la implementación de apoyos logísticos para la realización de un evento. Incluye anexo técnico con los requerimientos solicitados.	▪ Oficio y Anexo técnico
Coordinador Administrativo	2	Recibe del área solicitante los requerimientos para la implementación de los apoyos logísticos para evento.	▪ Oficio y Anexo técnico
	3	Remite con control de gestión al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales la solicitud e instruye la verificación dentro del Programa de Necesidades Anual del Evento solicitado y de la viabilidad de la atención del requerimiento internamente.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	4	Recibe de la Coordinación Administrativa el anexo técnico para ejecución a evento.	
	5	Verifica que el evento se encuentre dentro de las previsiones autorizadas del Programa de Necesidades Anual.	
	6	Analiza y determina sobre la procedencia o improcedencia de la solicitud	
	7	Elabora y remite a la Coordinación Administrativa informe de resultados sobre la implementación de la solicitud del apoyo logístico del evento.	▪ Informe de resultados de la solicitud
Coordinador Administrativo	8	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales el informe de resultados de la solicitud de apoyo logístico para un evento.	▪ Memorándum
	9	Analiza y conforme a los resultados del informe instruye sobre la implementación del apoyo logístico, así como de las condiciones para la formalización del evento.	
	10	Proporciona apoyo logístico si no requiere de gestiones externas e instruye al Departamento de Coordinación de	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Recursos Humanos, Financieros y Materiales de la ejecución de gestiones externas.	
	11	Informa al área solicitante sobre la procedencia o improcedencia de la solicitud.	
		Procede:	
	12	No: Recibe de la Coordinación Administrativa el anexo técnico para ejecución a evento.	
	13	Sí: Genera la instrucción para continuar con el trámite.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	14	Recibe de la Coordinación Administrativa instrucción para la implementación del apoyo logístico a evento solicitado con gestiones externas.	
	15	Elabora y gestiona el acuerdo secretarial para autorización de la ejecución del evento.	
	16	Instruye al área de recursos materiales para la elaboración de documentación administrativa para la ejecución del apoyo logístico del evento conforme a modalidad de adquisición.	
	17	Implementa las acciones provistas por el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	
	18	Recaba documentación para la formalización del pedido, contrato o licitación. Solicita cotización.	
	19	Remite al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales documentación soporte de la implementación del apoyo logístico del evento.	▪ Documentación para implementación del evento

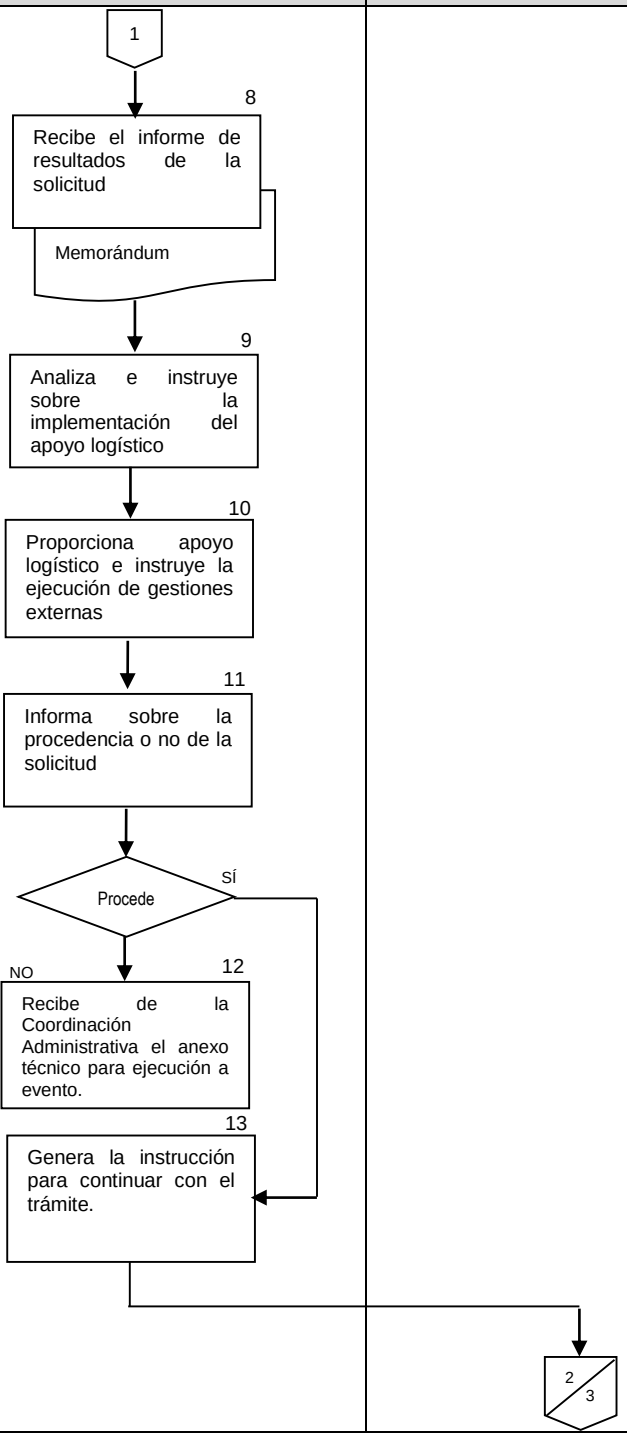
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	20	Recibe del área de recursos materiales la documentación soporte para la implementación del evento.	
	21	Analiza e integra carpeta documental. Procede:	▪ Carpeta documental para formalización
	22	No: Recibe de la Coordinación Administrativa instrucción para la implementación del apoyo logístico a evento solicitado con gestiones externas.	
	23	Sí: Lleva la instrucción para continuar con el trámite.	
	24	Recibe acuerdo secretarial con autorización respectiva e integra a carpeta documental.	
	25	Formaliza, tramita y ejecuta ante la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales la contratación del evento conforme a la modalidad de adquisición del proveedor y a las condiciones del anexo técnico.	
	26	Recibe de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales notificación de la suscripción de compromisos con proveedor para ejecutar el apoyo logístico del evento.	
	27	Recibe del proveedor los bienes, insumos o servicios conforme corresponda.	
	28	Gestiona pago ante el área de recursos financieros.	
	29	Verifica la ejecución del apoyo logístico para la realización del evento.	
	30	Integra y archiva expediente.	
Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	31	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales la notificación oficial del apoyo	

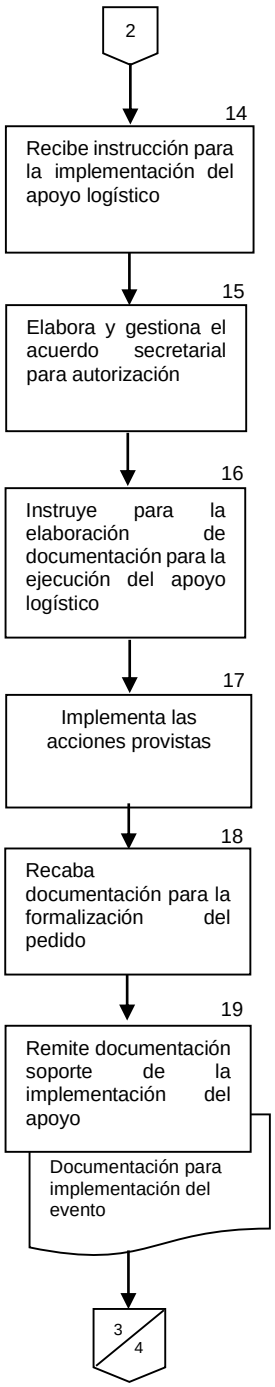
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
(Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área)		logístico que se brindará para la ejecución del evento.	
	32	Celebra contrato y/o pedido mediante al procedimiento de adjudicación directa.	
	33	Recibe los bienes e insumos, apoyo humano, servicios y demás recursos como parte del apoyo logístico del evento.	
	34	Notifica a la Coordinación Administrativa sobre los resultados del apoyo logístico brindado para la ejecución del evento.	▪ Informe de los resultados del apoyo logístico brindado
	35	Elabora escrito de liberación de pago y de recepción a conformidad del apoyo logístico brindado	▪ Liberación de pago
Coordinador Administrativo	36	Recibe del área solicitante el escrito de liberación de pago e informe de los resultados del apoyo logístico brindado para la ejecución del evento.	▪ Factura
	37	Verifica que todos los apoyos sean corresponsales a los requerimientos convenidos o contratados.	
	38	Autoriza y gestiona pago conforme a contrato o pedido.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

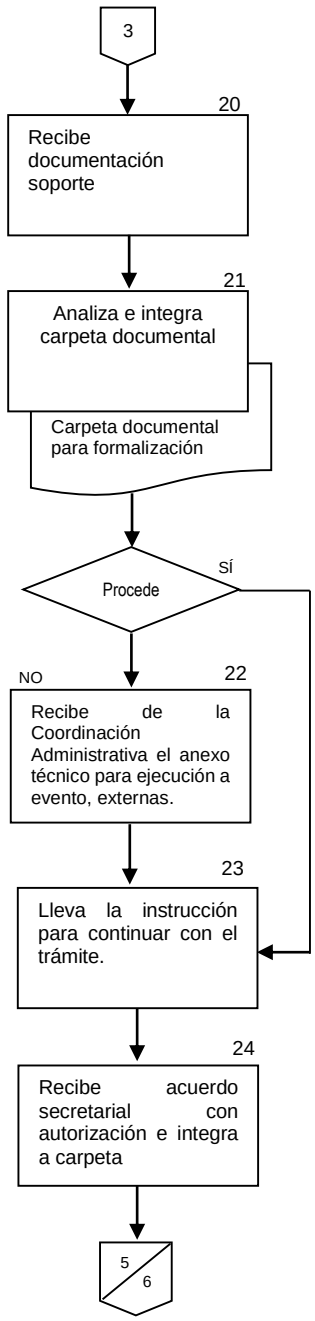
5. DIAGRAMA DE FLUJO

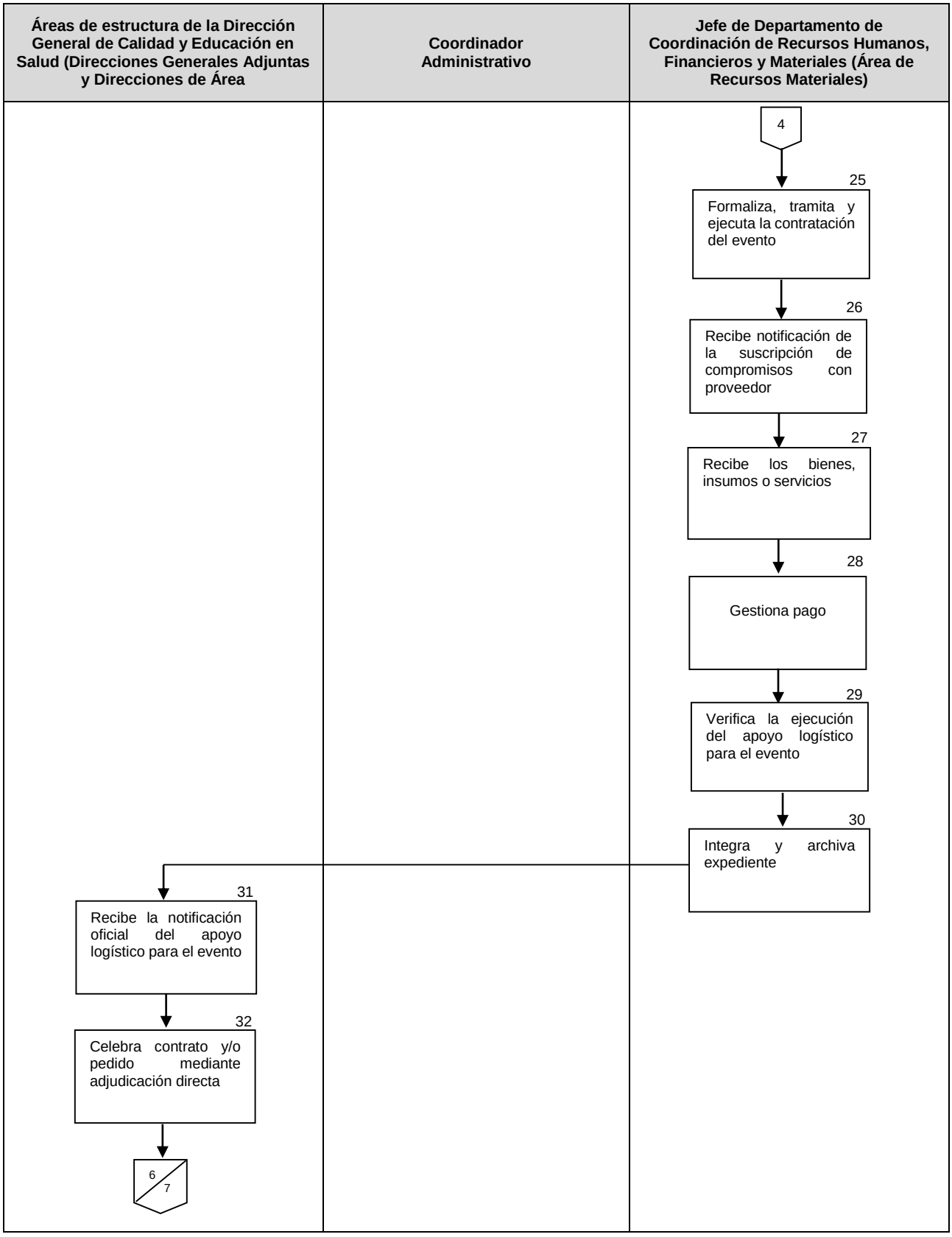


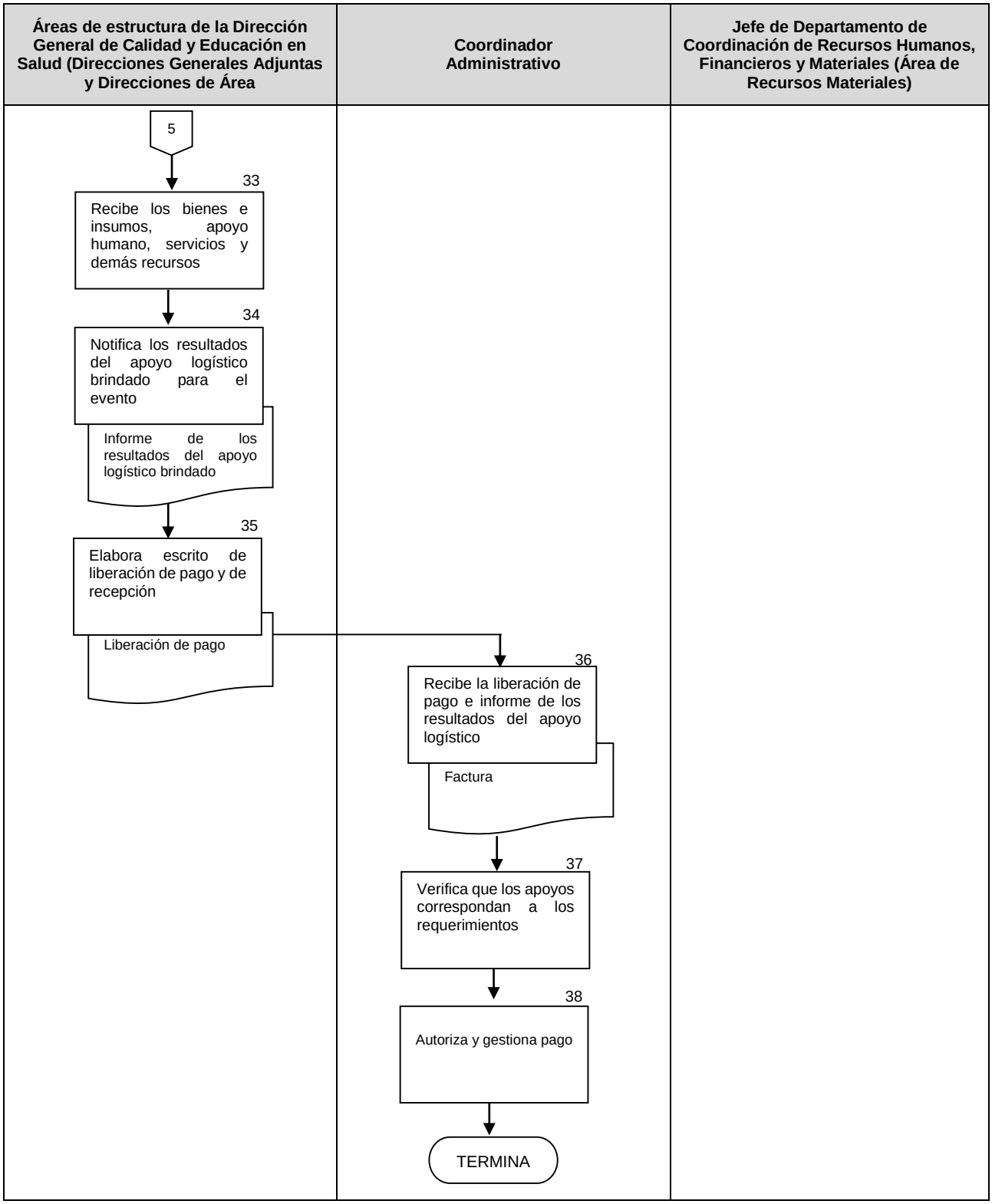
Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área	Coordinador Administrativo	Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Materiales)



Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área	Coordinador Administrativo	Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Materiales)
		

Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área	Coordinador Administrativo	Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Materiales)
		


Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área
Coordinador Administrativo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Materiales)
4
25
Formaliza, tramita y ejecuta la contratación del evento
26
Recibe notificación de la suscripción de compromisos con proveedor
27
Recibe los bienes, insumos o servicios
28
Gestiona pago
29
Verifica la ejecución del apoyo logístico para el evento
30
Integra y archiva expediente
31
Recibe la notificación oficial del apoyo logístico para el evento
32
Celebra contrato y/o pedido mediante adjudicación directa
6
7


Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Direcciones Generales Adjuntas y Direcciones de Área
Coordinador Administrativo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Materiales)
5
33
Recibe los bienes e insumos, apoyo humano, servicios y demás recursos
34
Notifica los resultados del apoyo logístico brindado para el evento
Informe de los resultados del apoyo logístico brindado
35
Elabora escrito de liberación de pago y de recepción
Liberación de pago
36
Recibe la liberación de pago e informe de los resultados del apoyo logístico
Factura
37
Verifica que los apoyos correspondan a los requerimientos
38
Autoriza y gestiona pago
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SSA	N/A
6.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6 Programa Anual de Necesidades de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Contrato de servicio	6 años	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A
7.2 Contrato de bienes o servicios	6 años	Coordinación Administrativa y/o Adquisiciones	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adquisición.** Procedimiento mediante el cual la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adquiere un Bien, insumo, servicio o un Derecho a utilizar un Bien Mueble o Inmueble, mediante el pago de una suma determinada.

8.2 **Apoyo logístico.** Intervención o mediación para las facilidades en la entrega de bienes, insumos, servicios, apoyos humanos, infraestructura física, tecnológica o de información para la ejecución de un evento oficial.

8.3 **Bienes muebles.** Los que con esa naturaleza considera el Código Civil Federal.

8.4 **Compra directa.** Mecanismos de Adquisición de un bien o insumo de forma inmediata atendiendo a los importes permitidos para la compra así como a los criterios de racionalidad y austeridad en el ejercicio del gastos.

8.5 **Evento.** Aquellas reuniones humanas que por su naturaleza oficial y contenidos en el Clasificador por Objeto del Gasto tengan por objeto algún interés de naturaleza pública o para el acatamiento o cumplimiento de funciones u objetivos inherentes a los propósitos de la Administración Pública Federal.

8.6 **Servicio.** La Prestación de Servicios de cualquier naturaleza excepto los relacionados con Obra Pública.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada al 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Memorándum
10.2 Oficio

10.1 Memorándum

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Coordinación Administrativa

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-CA-MEMO- xxxx -2017.

Ciudad de México, a xxxxxxxxxx de 2017.

PARA: xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

DE: xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

10.2 Oficio

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Coordinación Administrativa

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

DGCES-CA- xxxx -2017.

Ciudad de México, a xxxxxxxxxx de 2017.

xxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx
P R E S E N T E

xxxxxxxxxxxxxxxxx

162. PROCEDIMIENTO PARA DIFUSIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS DE CARRERA TITULARES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.

1. PROPÓSITO

1.1 Difundir los cursos de capacitación de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación entre los servidores públicos de carrera titulares, sujetos al Servicio Profesional de Carrera de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes, que le permitirán al personal tener un mejor desempeño de sus actuales y futuras funciones, así como dar cumplimiento a realizar 40 horas de capacitación anual, para dar cumplimiento a la normatividad aplicable.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, aplica a la Coordinación Administrativa de la DGCES, quien coordina y gira instrucciones para la difusión de los Cursos de Capacitación de los servidores públicos de la unidad administrativa, y al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Humanos), quien realiza la difusión del Programa de Capacitación.

2.2 A nivel externo, la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación lleva el registro y control de las horas de capacitación realizadas por los servidores públicos de carrera titulares sujetos al Servicio Profesional de Carrera con la finalidad de dar cumplimiento a la normatividad aplicable.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, a través del Área de Recursos Humanos, será la responsable de efectuar la ejecución de la difusión de los cursos de capacitación de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, a los servidores públicos de carrera titulares sujetos al Servicio Profesional de Carrera.

3.2 La Dirección General, las Direcciones Generales Adjuntas, las Direcciones de Área y las Subdirecciones de área de la DGCES, serán responsables de brindar facilidades a los servidores públicos bajo su autoridad para asistir a los cursos de capacitación para dar cumplimiento con la normatividad aplicable.

3.3 Para el cumplimiento de las obligaciones de capacitación anual de los servidores públicos de carrera titulares, se deberá consultar los lineamientos contenidos en el “Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010 y sus reformas (29-08-2011, 06-09-2012, 23-08-2013 y 04-02-2016 DOF).

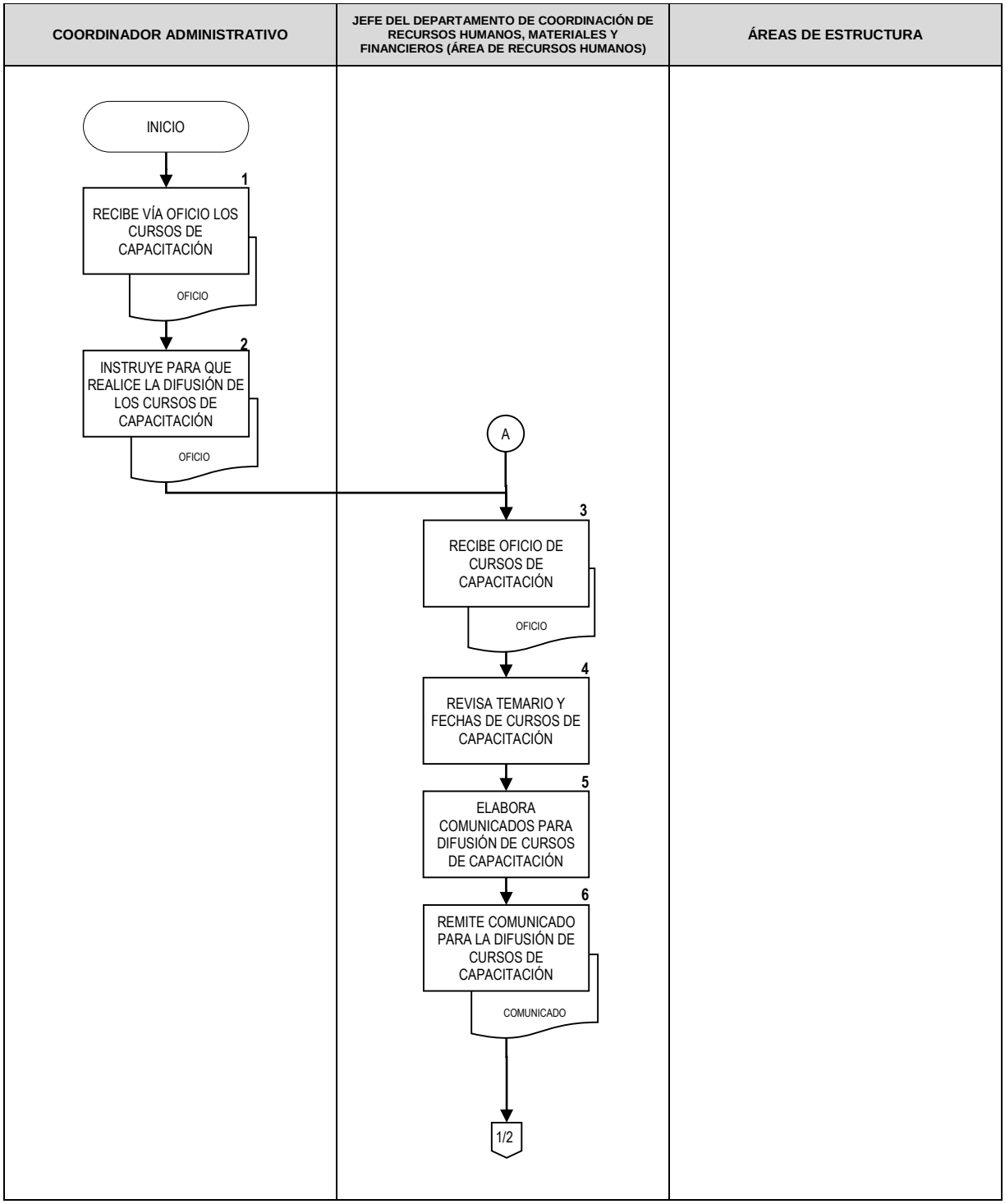
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

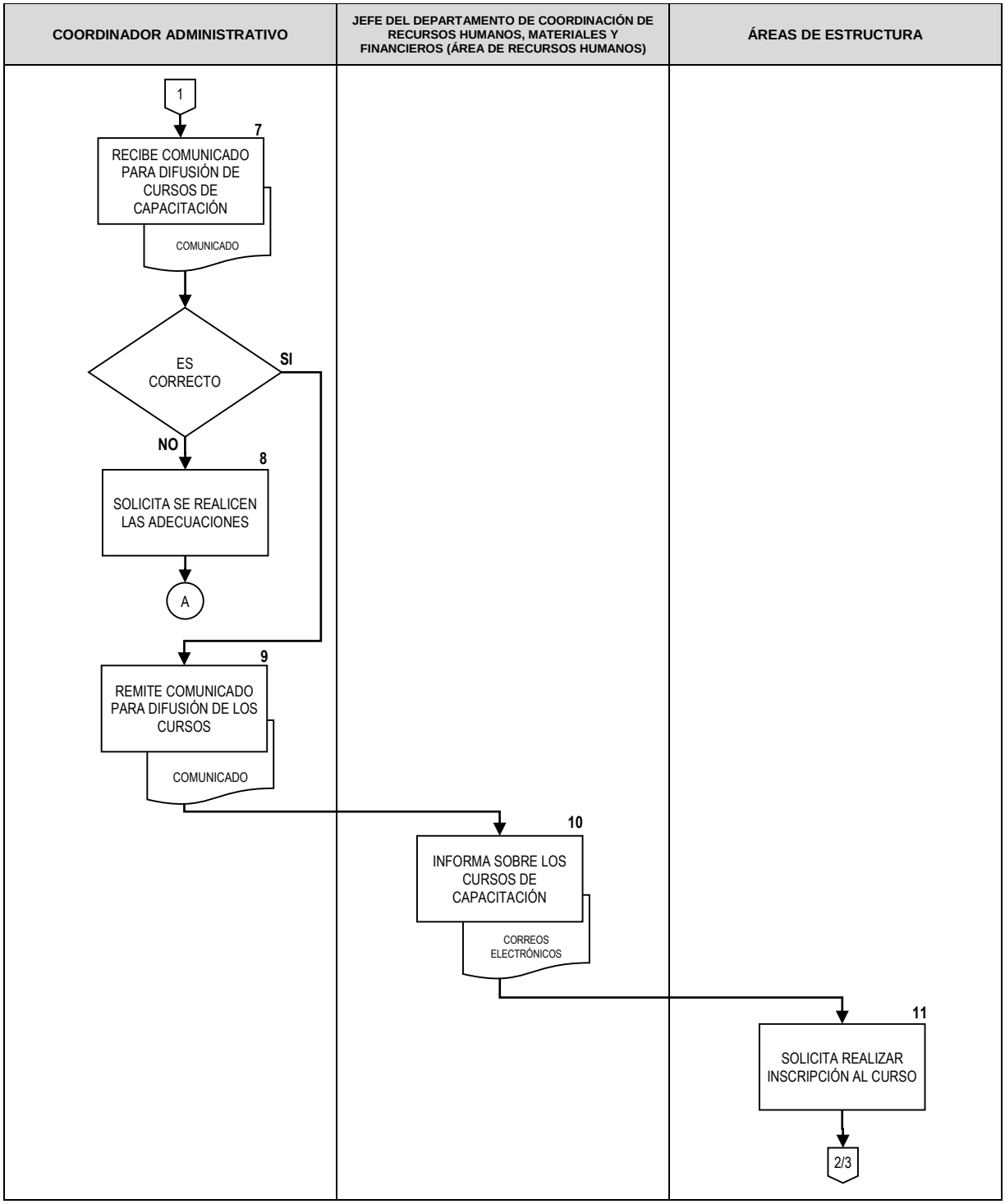
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Recibe de Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación y las áreas institucionales vía oficio los cursos de capacitación institucional para su difusión entre los servidores públicos.	▪ Oficio de cursos de capacitación
	2	Emite instrucciones al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos) de manera verbal, para que realice la difusión de los cursos de capacitación (internos y externos).	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	3	Recibe oficio de cursos de capacitación.	▪ Oficio de cursos de capacitación. ▪ Comunicado
	4	Revisa temario y fechas de cursos de capacitación institucional.	
	5	Elabora comunicado para difusión de los cursos de Capacitación.	
	6	Remite a la Coordinación Administrativa comunicado para la difusión de los cursos de capacitación.	
Coordinador Administrativo	7	Recibe comunicado para difusión de cursos de capacitación vía correo electrónico y verifica contenido final.	▪ Comunicado
	8	¿Es correcto? No: Solicita se realicen los correcciones al comunicado de difusión de cursos de capacitación. Regresa a la actividad 3.	
	9	Sí: Remite comunicado de difusión de cursos de capacitación al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos) para su difusión.	

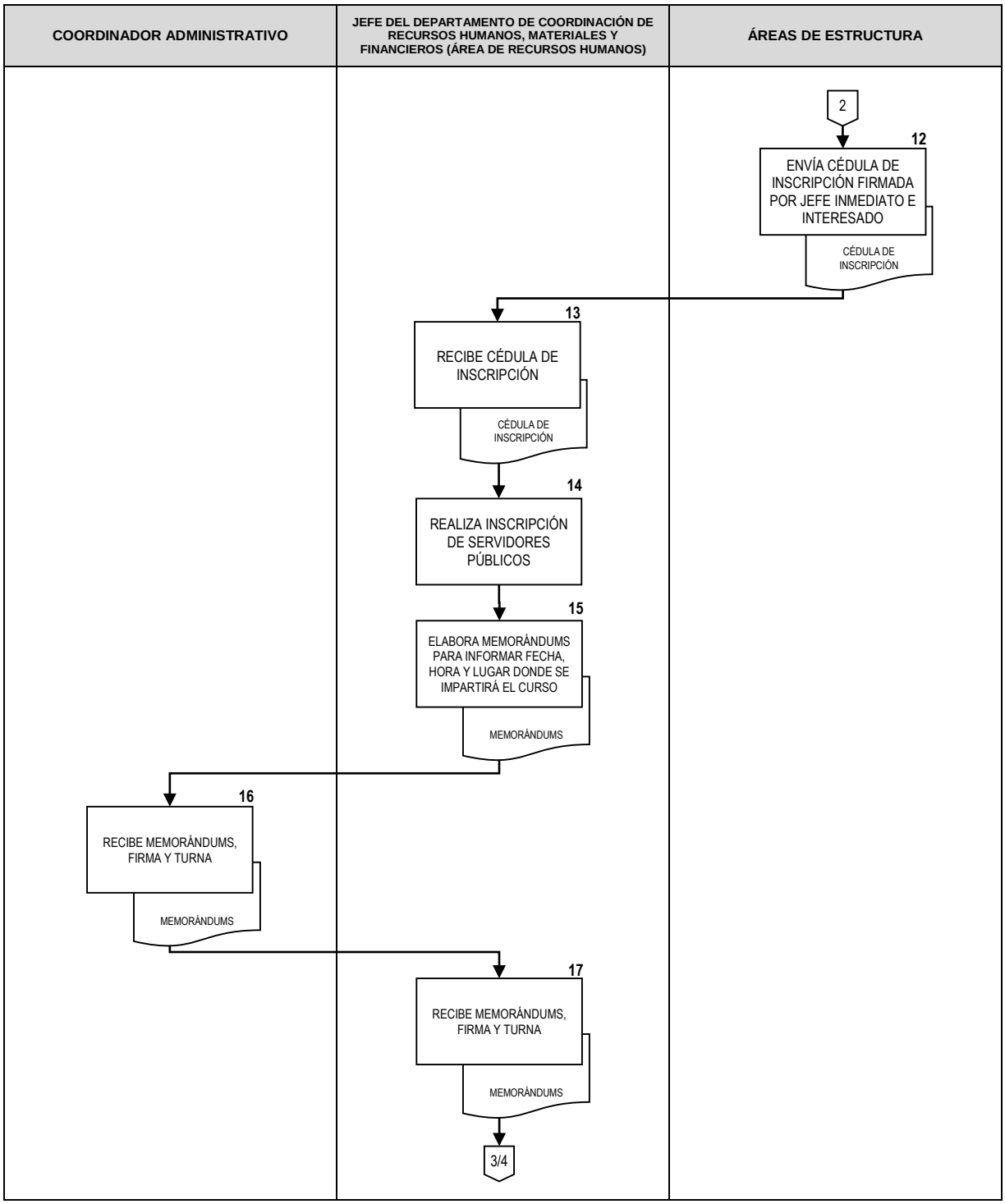
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	10	Informa a través de medios electrónicos a servidores públicos sobre la promoción de los cursos de capacitación.	▪ Correos electrónicos
Áreas de estructura	11 12	Solicita al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) realizar inscripción a los cursos de capacitación. Envía la cédula de inscripción del curso de capacitación, debidamente firmada por el jefe inmediato y el interesado.	▪ Correos electrónicos
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	13 14 15	Recibe cédula de inscripción al curso de capacitación. Realiza la inscripción de los servidores públicos. Elabora memorándums para notificar a los servidores públicos fecha, hora y lugar donde se impartirá el curso y turna a la Coordinación Administrativa para firma.	▪ Cédula de inscripción al curso de capacitación ▪ Memorándums
Coordinador Administrativo	16	Recibe memorándums, firma y tuna al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos)	▪ Memorándums
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	17	Recibe memorándums y turna a las áreas de estructura.	▪ Memorándums

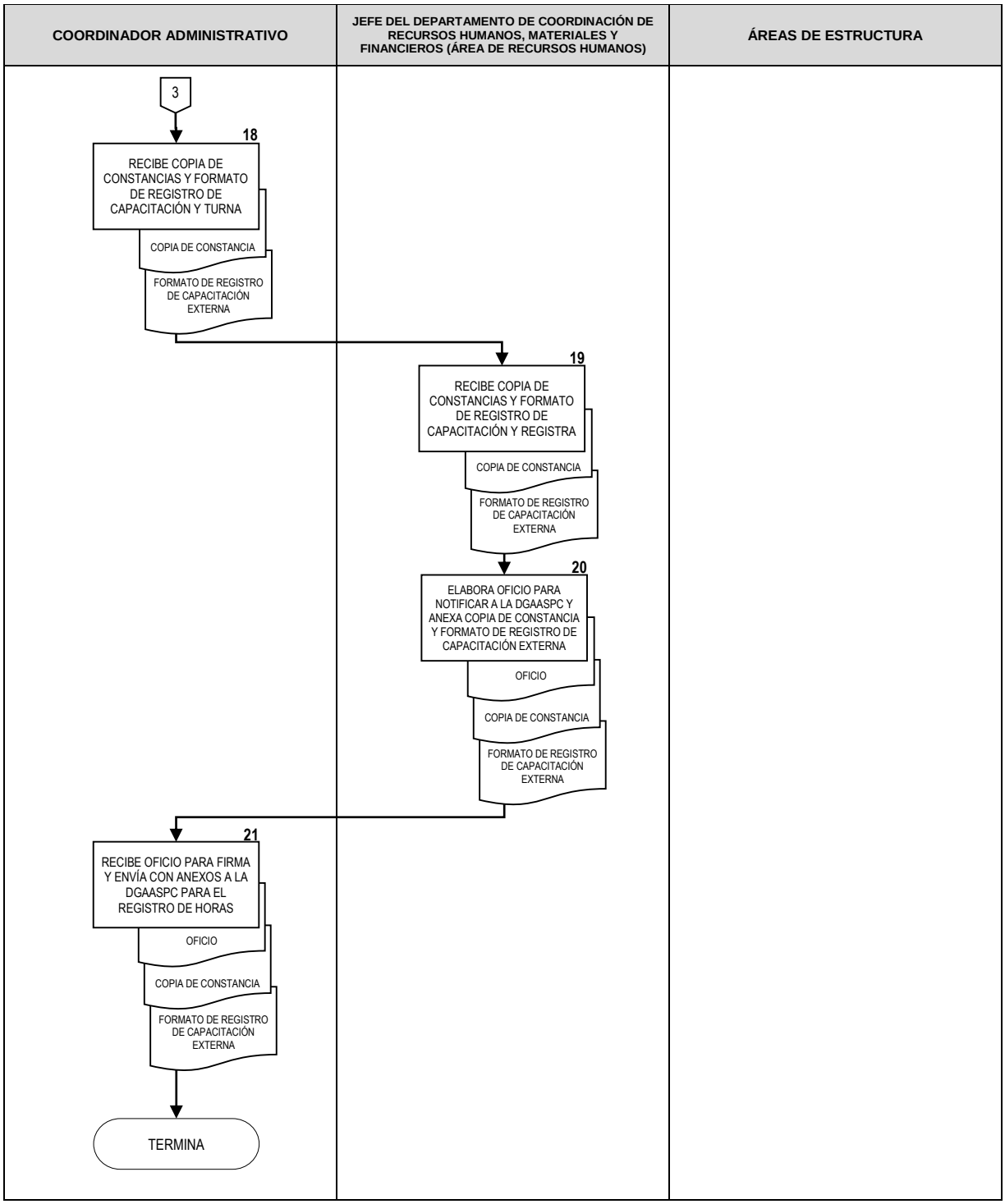
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	18	Recibe de los servidores públicos de mando que ocupan puestos de estructura de la DGCES, vía memorándum copia de las constancias y Formato de Registro de Capacitación externa y turna al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos).	▪ Memorándums ▪ Copia de constancia del curso de capacitación. ▪ Formato de registro de capacitación
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	19 20	Recibe copia de las constancias y Formato de Registro de Capacitación Externa, registra. Elabora oficio para notificar a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación y anexa copia de constancia y formato de registro de capacitación externa y turna a la Coordinación Administrativa para firma.	▪ Copia de constancia del curso de capacitación ▪ Formato de registro de capacitación externa ▪ Oficio
Coordinador Administrativo	21	Recibe oficio para firma y envía a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, copia de constancia y formato de registro de capacitación externa para registro de horas. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Oficio ▪ Copia de constancia de curso de capacitación ▪ Formato de registro de capacitación externa

5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
ÁREAS DE ESTRUCTURA
1
7
RECIBE COMUNICADO PARA DIFUSIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN
COMUNICADO
ES CORRECTO
SI
NO
8
SOLICITA SE REALICEN LAS ADECUACIONES
A
9
REMITE COMUNICADO PARA DIFUSIÓN DE LOS CURSOS
COMUNICADO
10
INFORMA SOBRE LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN
CORREOS ELECTRÓNICOS
11
SOLICITA REALIZAR INSCRIPCIÓN AL CURSO
2/3


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
ÁREAS DE ESTRUCTURA
2
12
ENVÍA CÉDULA DE INSCRIPCIÓN FIRMADA POR JEFE INMEDIATO E INTERESADO
CÉDULA DE INSCRIPCIÓN
13
RECIBE CÉDULA DE INSCRIPCIÓN
CÉDULA DE INSCRIPCIÓN
14
REALIZA INSCRIPCIÓN DE SERVIDORES PÚBLICOS
15
ELABORA MEMORÁNDUMS PARA INFORMAR FECHA, HORA Y LUGAR DONDE SE IMPARTIRÁ EL CURSO
MEMORÁNDUMS
16
RECIBE MEMORÁNDUMS, FIRMA Y TURNA
MEMORÁNDUMS
17
RECIBE MEMORÁNDUMS, FIRMA Y TURNA
MEMORÁNDUMS
3/4


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
ÁREAS DE ESTRUCTURA
3
18
RECIBE COPIA DE CONSTANCIAS Y FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y TURNA
COPIA DE CONSTANCIA
FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN EXTERNA
19
RECIBE COPIA DE CONSTANCIAS Y FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y REGISTRA
COPIA DE CONSTANCIA
FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN EXTERNA
20
ELABORA OFICIO PARA NOTIFICAR A LA DGAASPC Y ANEXA COPIA DE CONSTANCIA Y FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN EXTERNA
OFICIO
COPIA DE CONSTANCIA
FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN EXTERNA
21
RECIBE OFICIO PARA FIRMA Y ENVÍA CON ANEXOS A LA DGAASPC PARA EL REGISTRO DE HORAS
OFICIO
COPIA DE CONSTANCIA
FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACIÓN EXTERNA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Programa Específico de Capacitación de la DGCES.	N/A
6.2. Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	N/A
6.3. Reglamento del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	N/A
6.4. Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010 y sus reformas (29-08-2011, 06-09-2012, 23-08-2013 y 04-02-2016 DOF).	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficio de la General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	N/A
7.2. Memorándums	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	N/A
7.3. Formatos de registros de capacitación externa	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	N/A

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.4. Cédula de Inscripción para la Capacitación (DGRH)	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	N/A
7.5. Cédula de Inscripción para la Capacitación (DGTI)	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	N/A
7.6. Constancias	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Capacitación.** Acción de enseñar y transmitir conocimientos específicos dirigidos a la enseñanza de conocimientos, sean éstos nuevos o complementarios a una disciplina del conocimiento.

8.2 **Curso.** Programación en tiempo y espacio para la transmisión de conocimientos aplicando técnicas didácticas de enseñanza.

8.3 **Difusión.** Acción de promocionar algún asunto o cuestión relevante, importante o de interés específico a través de los diferentes medios de comunicación.

8.4 **Programa Anual de Capacitación.** Documento que contiene la programación de cursos de capacitación institucionales donde se detallan la disciplina, la duración, sede y responsable de la ejecución de los mismos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Formato de Registro de Capacitación Externa. Documento que contiene los datos del curso realizado por el servidor público de carrera titular, para el registro de las acciones de capacitación ante la instancia competente.

10.2 Cédula de Inscripción para la Capacitación DGRH. Documento que contiene los datos de del servidor público de carreta titular para su inscripción a los cursos de capacitación que imparte la Dirección General de Recursos Humanos.

10.3 Cédula de Inscripción para la Capacitación DGTI. Documento que contiene los datos de del servidor público de carreta titular para su inscripción a los cursos de capacitación que imparte la Dirección General de Tecnologías de la Información.

10.1 Formato de Registro de Capacitación Externa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA Y CAPACITACIÓN

FORMATO DE REGISTRO DE CAPACITACION EXTERNA

UNIDAD: (UR) 610 (EJEMPLO: 111, 312, 513, 610) NOMBRE DE LA UNIDAD: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

DATOS DEL TRABAJADOR

I.D. RUSP (9 CARACTERES, INCLUIR CEROS) R.F.C. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

NOMBRE DEL PUESTO: TIPO DE PUESTO: (EJ.: JEFE DE DEPARTAMENTO, SUBDIRECTOR, DIRECTOR DE AREA, DIRECTOR GENERAL ADJUNTO, RAMA MÉDICA, OPERATIVO

TIPO DE SERVIDOR PÚBLICO:

( ) OPERATIVO ( ) CARRERA (7 BOLETOS) ( ) CARRERA (CONCURSO) ( ) LIBRE DESIGNACIÓN

( ) PUESTO DE CARRERA ( ) ART. 34 ( ) GABINETE DE APOYO

NOMBRE DEL EVENTO: COSTO:$

NIVEL: CALIFICACIÓN: (EN ESCALA DEL 1 AL 100) FECHA DE INICIO: DD / MM / AAAA FECHA DE TÉRMINO: DD / MM / AAAA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIO EL EVENTO HORAS: (SIN DECIMALES) CRÉDITOS:

TIPO DE EVENTO:

( ) CURSO
( ) TALLER
( ) SEMINARIO
( ) DIPLOMADO
( ) OBJETO DE APRENDIZAJE
( ) OTRO: _____

FINALIDAD:

( ) MESA REDONDA
( ) FORO
( ) CONGRESO
( ) LICENCIATURA
( ) DOCTORADO

( ) INDUCIR
( ) FORTALECER
( ) ACTUALIZAR
( ) DESARROLLAR
( ) CERTIFICAR

MODALIDAD:

( ) PRESENCIAL
( ) A DISTANCIA
( ) MIXTA

TIPO DE CAPACIDAD:

( ) ESPECÍFICA
( ) GERENCIAL
( ) TRANSVERSAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

* Enviar un formato por cada una de las constancias que se remitan a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación.
* Este formato y la constancia de capacitación, deberán ser enviados a través de la Coordinación Administrativa de cada Unidad.
* La constancia que se anexe al presente formato deberá contener invariablemente el logo de la Institución y la firma del representante que emite la constancia, facultado para ello.
* Si la constancia fue emitida por una Institución NO oficial (dependencia de cuaquiera de los órdenes de gobierno (federal, estatal o municipal)) o institución sin reconocimiento oficial de la SEP, deberá acompañar copia simple de la propaganda con la que se haya difundido o dado a conocer el evento, la cual deberá contener dirección y teléfono de la Institución.

10.2 Cédula de Inscripción para la Capacitación DGRH

SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA Y CAPACITACIÓN
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE HABILIDADES

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN PARA CAPACITACIÓN

Fecha: ____ /__ /____

DATOS GENERALES			
Nombre (s)	**Apellido paterno**	**Apellido materno**	
RFC		**Correo electrónico**	
ID_Person (solo mandos medios)	**Nombre del puesto**	**Seleccione el tipo de Servidor Público** (marque con una x)	
		Operativo	**Libre Designación**
Clave de la UR 610	**Unidad Administrativa** Dirección General de Calidad y Educación en Salud	**Gabinete de Apoyo**	**Rama Médica**
		Servidor Público en Puesto de Carrera	
Área de Adscripción		**Domicilio de oficina** Homero N° 213, Piso ____, Col. Chapultepec Morales	
		Teléfono de Oficina o cisco	

DATOS DEL CURSO			
Nombre del curso	**Fecha de Inicio**	**Fecha de Término**	**Horario**

Mediante el presente documento, el solicitante se compromete a cumplir con el horario establecido de las sesiones, no abandonar el aula antes de que termine cada sesión, a participar en todas las actividades que comprende el curso.

El Solicitante | Jefe Inmediato | Enlace de Capacitación

RECUERDA QUE LA CAPACITACIÓN ES GRATUITA. ¡TÚ! LE DAS EL VALOR

Consideraciones:

1) Las cédulas de inscripción mal requisitadas, con información incompleta y/o que no estén llenadas a máquina o computadora, no serán aceptadas.
2) Para los cursos presenciales, se contará con una tolerancia de 15 minutos para poder ingresar al aula
3) Las inscripciones se podrán realizar únicamente a través de los enlaces de capacitación
4) Los enlaces de capacitación deberán remitir la cédula dentro de los 5 días hábiles previos al curso. De lo contrario, no será considerada la inscripción dejando sin validez este documento.
5) Los cursos están sujetos a cancelación y a cambios de fecha de acuerdo al número de personas inscritas y a las necesidades del servicio.

10.3 Cédula de Inscripción para la Capacitación DGTI

DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION
CÉDULA DE INSCRIPCIÓN A CAPACITACIÓN

Por favor llene los campos con los datos que se le solicitan
Es necesario contar con cuenta de correo de la Secretaría de Salud

Datos Personales						
Nombre		**Apellido paterno**			**Apellido materno**	
R.F.C		**Nivel de Estudios**	*Primaria*		**Entidad Federativa**	CDMX
			Secundaria			
			Carrera Técnica			
			Media Superior			
			Licenciatura			
			Maestría			
			Doctorado			
		Especifique el nombre de la Especialidad				
		Correo Electrónico			**Clave del alumno (en caso de contar con ella)**	

Datos de Oficina			
Unidad Administrativa 610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	**Tipo de Plaza:**	
		Base	
		Confianza	
Área		**Tipo de Puesto:**	
		Operativo	
		Enlace	
		Medio	
		Jefe de Depto.	
		Subdirector	
		Director	
Funciones:		**Clave presupuestal:**	
Teléfono		**Horario Laboral:**	
Nombre y Firma de Autorización del Jefe Inmediato		**Nombre y Firma del Solicitante**	
Jefe Inmediato		**El solicitante**	

Datos del Curso	
Curso Solicitado:	
Fecha de Impartición:	
Horario del Curso:	

Datos extras			
Enlace de Capacitación		Unidad de enlace	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
Correo electrónico		Fecha de Inscripción	

163. PROCEDIMIENTO PARA DAR DE ALTA LAS CUENTAS BANCARIAS DE PROVEEDORES Y ENTIDADES FEDERATIVAS EN EL SISTEMA DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO (SICOP) Y SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA FEDERAL (SIAFF)

1. PROPÓSITO

1.1 Gestionar ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto la apertura de cuentas bancarias para el depósito a los proveedores o entidades federativas por las adquisiciones, prestación de servicios y transferencias de recursos, de acuerdo con los recursos autorizados a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y con ello hacer frente al pago de los compromisos que deriven del desarrollo de las funciones y atribuciones de la DGCES.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien remite documentos e instruye su revisión y registro de cuentas bancarias; Coordinación Administrativa, verifica documentos formato de autorización de comisión; Jefatura de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, verifica documentación, elabora oficio para envío a la DGPOP para su registro.

2.2 A nivel externo el procedimiento es sujeto a la normatividad y a las políticas emitidas por las unidades globalizadoras como lo son: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autoriza el registro en la base de datos de las cuentas bancarias; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, revisa la documentación y envía a través del Sistema de contabilidad y Presupuesto el registro para autorización; a través del SICOP y SIAFF, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud verifica que la cuenta bancaria se encuentre registrada.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos financieros, es la responsable de efectuar ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) los trámites para la apertura de las cuentas bancarias de los proveedores y Gobiernos de los Estados que no se encuentren actualmente dados de alta en las bases de datos de los Sistemas de Administración Financiera Federal (SIAFF) y de Contabilidad y Presupuesto (SICOP), a los cuales haya que hacerse depósitos por concepto de pago por adquisiciones, prestación de servicios o transferencias.

3.2 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de Recursos Financieros, es la responsable de verificar que la documentación presentada por los beneficiarios para la apertura de las cuentas bancarias, esté completa y acorde a la normatividad que para tal efecto emite la Tesorería de la Federación y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP). Siendo el área de recursos materiales y servicios generales, la encargada de solicitar ante los beneficiarios la documentación faltante y/o corregida para proceder a gestionar el alta correspondiente.

3.3 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de Recursos Financieros, es la responsable de verificar que se haya efectuado el alta de las cuentas Bancarias de manera correcta, de acuerdo a la documentación presentada por los beneficiarios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

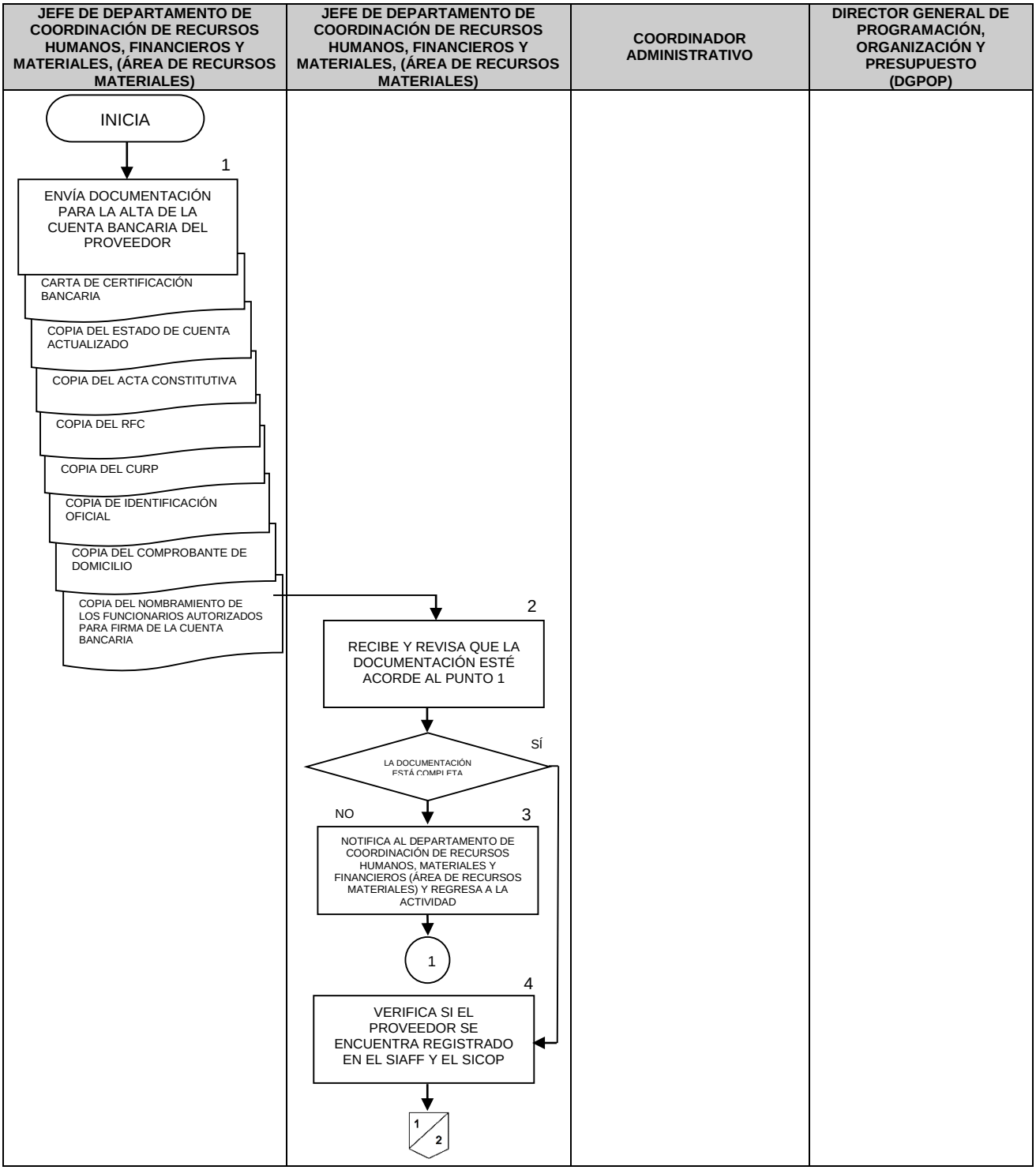
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, (área de recursos materiales)	1	Envía documentación para alta de la cuenta bancaria del proveedor en SIAFF y SICOP con lo siguiente: Original de la Carta de certificación bancaria, Copia del Estado de cuenta actualizado, Copia del Acta Constitutiva (solo para el caso de personas morales), Copia del Registro Federal de Contribuyentes, Copia de la Clave Única de Registro de Población (solo para el caso de Personas Físicas), Copia de identificación oficial, y Copia del comprobante de domicilio, así mismo, en caso de alta de cuenta bancaria para una Institución Pública o Gobierno Estatal, adicionalmente se presentará el nombramiento de los funcionarios autorizados para firma de la cuenta bancaria.	▪ Carta de certificación bancaria ▪ Copia del Estado de cuenta actualizado ▪ Copia del Acta Constitutiva ▪ Copia del Registro Federal de Contribuyentes ▪ Copia de la Clave Única de Registro de Población ▪ Copia de identificación oficial ▪ Copia del comprobante de domicilio ▪ Copia del nombramiento de los funcionarios autorizados para firma de la cuenta bancaria.

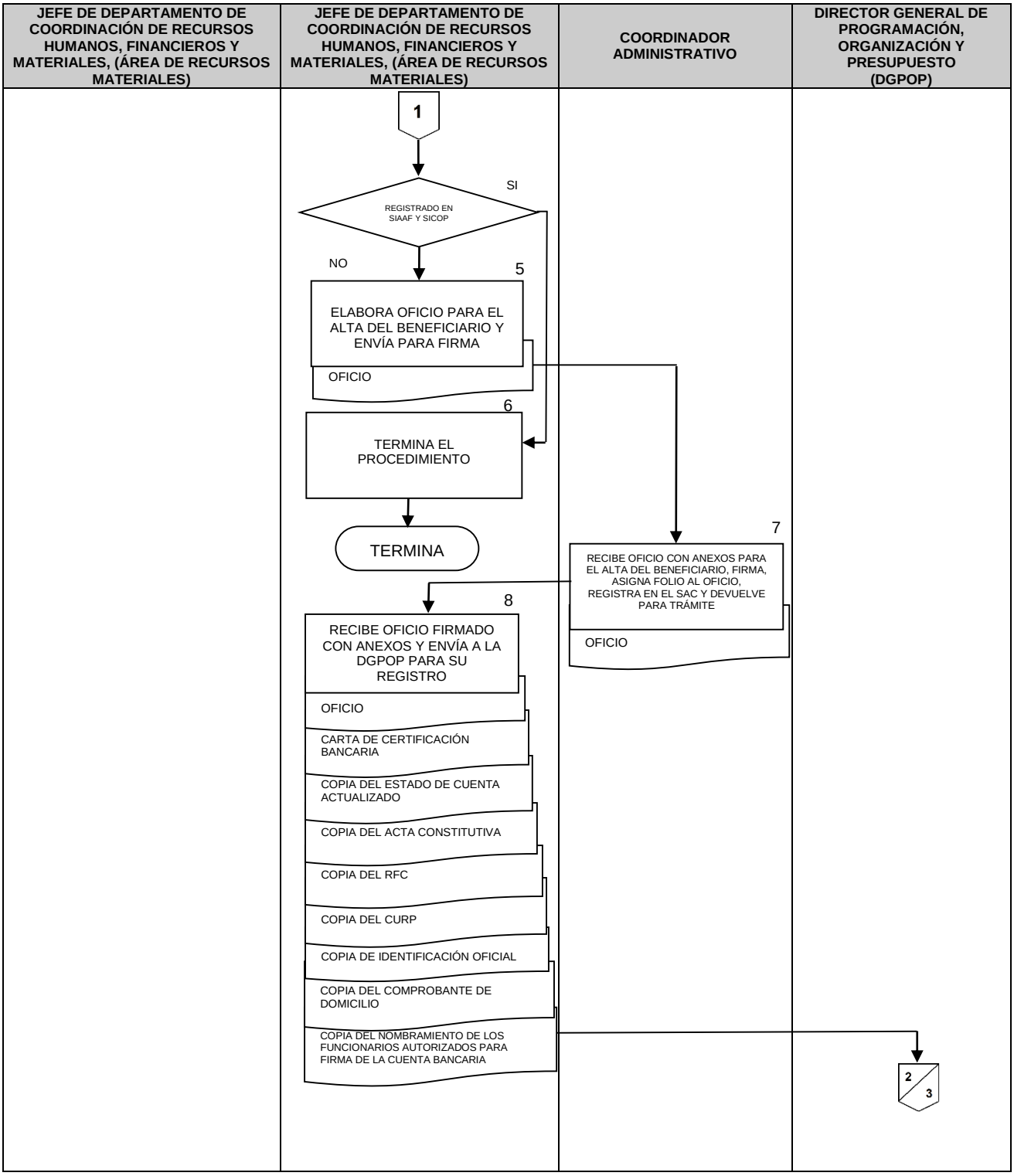
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos financieros)	2	Recibe y revisa que la documentación esté acorde a lo mencionado en el punto número 1. La documentación está completa:	
	3	No: Notifica al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos materiales) y regresa a la actividad 1.	
	4	Si: Verifica si el proveedor se encuentra registrado en las bases de datos del (SIAFF) y (SICOP).	
	5	No: Elabora Oficio para el Alta del Beneficiario, adjuntando los documentos enlistados en la actividad No. 1 y envía a la Coordinación Administrativa para firma.	
	6	Si: Termina procedimiento.	▪ Oficio
Coordinador Administrativo	7	Recibe oficio con anexos para el Alta del Beneficiario, firma, asigna folio de oficio, registra en el Sistema de Administración de Correspondencia (SAC) y devuelve para trámite.	▪ Oficio

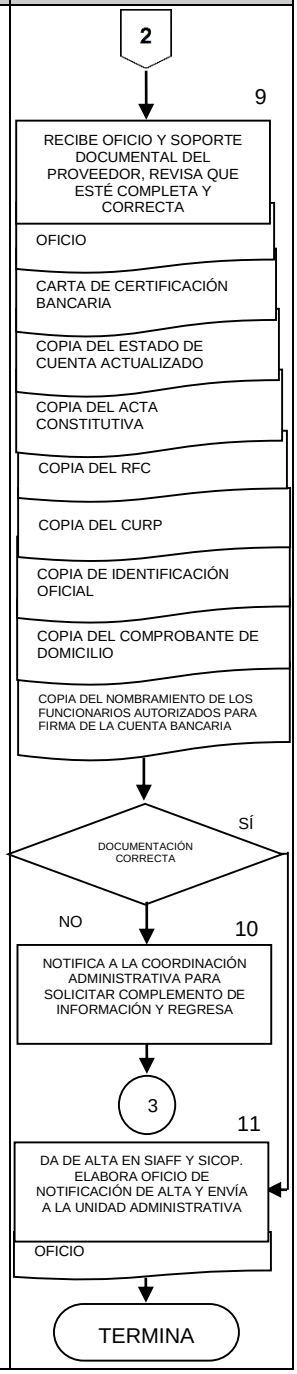
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos financieros)	8	Recibe oficio firmado con anexos para el Alta del Beneficiario y envía a la DGPOP para su registro.	▪ Oficio ▪ Carta de certificación bancaria ▪ Copia del Estado de cuenta actualizado ▪ Copia del Acta Constitutiva ▪ Copia del Registro Federal de Contribuyentes ▪ Copia de la Clave Única de Registro de Población ▪ Copia de identificación oficial ▪ Copia del comprobante de domicilio ▪ Copia del nombramiento de los funcionarios autorizados para firma de la cuenta bancaria.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Programación, Organización y Presupuesto DGPOP	9	Recibe oficio y soporte documental del proveedor, revisa que la documentación esté completa y correcta, para proceder a dar de alta al beneficiario.	▪ Oficio ▪ Carta de certificación bancaria ▪ Copia del Estado de cuenta actualizado ▪ Copia del Acta Constitutiva ▪ Copia del Registro Federal de Contribuyentes ▪ Copia de la Clave Única de Registro de Población ▪ Copia de identificación oficial ▪ Copia del comprobante de domicilio ▪ Copia del nombramiento de los funcionarios autorizados para firma de la cuenta bancaria.
		La documentación es correcta:	
	10	No: Notifica a la Coordinación Administrativa para solicitar complemento de información y regresa al punto No. 3	
	11	Sí: Da de alta en SIAFF y SICOP, elabora oficio de notificación de alta y envía a través de correo electrónico a la Unidad Administrativa.	▪ Oficio
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES, (ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)
JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES, (ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DGPOP)
1
REGISTRADO EN SIAAF Y SICOP
SI
NO
5
ELABORA OFICIO PARA EL ALTA DEL BENEFICIARIO Y ENVÍA PARA FIRMA
OFICIO
6
TERMINA EL PROCEDIMIENTO
TERMINA
7
RECIBE OFICIO CON ANEXOS PARA EL ALTA DEL BENEFICIARIO, FIRMA, ASIGNA FOLIO AL OFICIO, REGISTRA EN EL SAC Y DEVUELVE PARA TRÁMITE
OFICIO
8
RECIBE OFICIO FIRMADO CON ANEXOS Y ENVÍA A LA DGPOP PARA SU REGISTRO
OFICIO
CARTA DE CERTIFICACIÓN BANCARIA
COPIA DEL ESTADO DE CUENTA ACTUALIZADO
COPIA DEL ACTA CONSTITUTIVA
COPIA DEL RFC
COPIA DEL CURP
COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL
COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO
COPIA DEL NOMBRAMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS AUTORIZADOS PARA FIRMA DE LA CUENTA BANCARIA
2/3

JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES, (ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)	JEFE DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES, (ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DGPOP)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.3 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documentación Soporte para alta de Cuenta Bancaria.	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.2 Oficio de notificación de alta de beneficiario.	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Certificación Bancaria. Carta certificada por alguna institución bancaria, en la que se especifica la apertura de la cuenta bancaria con dicha Institución, la cual debe contener clabe interbancaria, número de cuenta bancaria, razón social, sello original del banco y la firma autógrafa del ejecutivo de cuenta.

8.2 Oficio de Notificación de Alta. Documento elaborado para notificar a la Unidad Administrativa que la cuenta bancaria del beneficiario, ha quedado ingresado en los sistemas SIAFF y SICOP.

8.3 SIAFF. Sistema de Administración Financiera Federal.

8.4 SICOP. Sistema de Contabilidad y Presupuesto.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de alta
10.2 Copia del Estado de cuenta actualizado
10.3 Copia del Acta Constitutiva
10.4 Copia del nombramiento de los funcionarios autorizados para firma de la cuenta bancaria.

10.1 Oficio de alta

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Oficio No. DGCES-CA- 1945 -2016
Ciudad de México, a 24 de noviembre de 2016

C.P. HILDA ROMERO OSORIO
DIRECTORA DE CONTROL DEL
EJERCICIO PRESUPUESTAL
PASEO DE LA REFORMA N°. 156, PISO 16
COL. JUÁREZ, DELEG. CUAUHTÉMOC
CP. 06600

Por este conducto, solicito a usted el alta en SIAFF y SICOP del beneficiario que a continuación se describe:

Nombre del Beneficiario:	Galport, S. de R.L. de C.V.
Dirección:	[redacted]
R.F.C.:	[redacted]
Clave Interbancaria:	[redacted]
Banco:	Banamex
Teléfono:	[redacted]

Para tal efecto, anexo los siguientes documentos:
- Carta de certificación bancaria y Estado de cuenta
- R.F.C.
- Credencial del INE
- Comprobante de domicilio

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO.

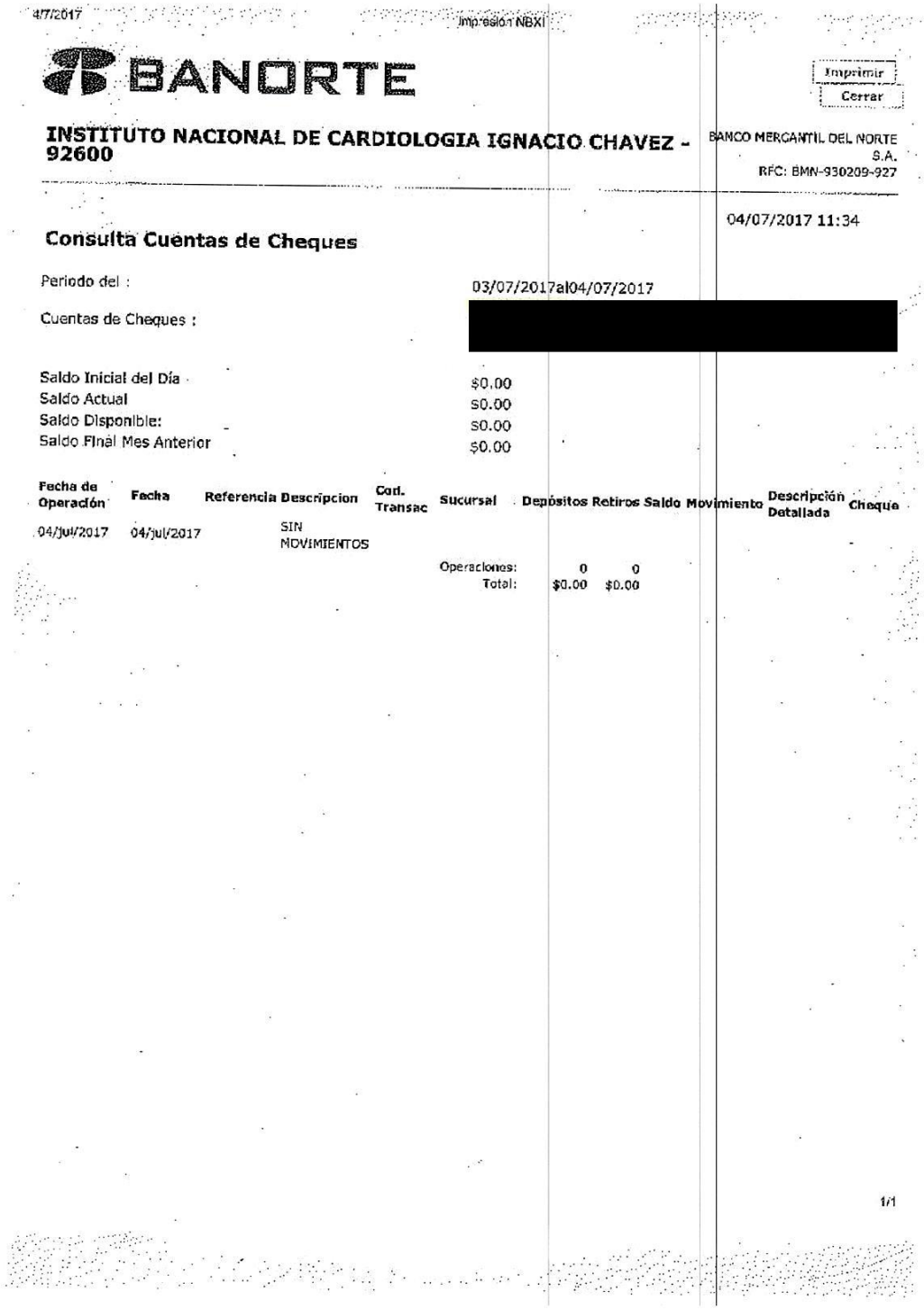
C.P. ERNESTO ORTÍZ YESCAS

SECCION/SERIE SC.15
EOY/JSV/IRC

SALUD
29 NOV. 2016
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL

HOMERO NO. 213, PISO 12, COL. CHAPULTEPEC MORALES, C.P. 11570, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, MÉXICO, D.F.,
TEL.: (55) 200 3400 WWW.CALIDAD.SALUD.GOB.MX

10.2 Estado de cuenta actualizado



4/7/2017 Impresión NBXI

BANORTE

Imprimir Cerrar

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ - 92600

BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A.
RFC: BMN-930209-927

04/07/2017 11:34

Consulta Cuentas de Cheques

Periodo del : 03/07/2017al04/07/2017

Cuentas de Cheques : [redacted]

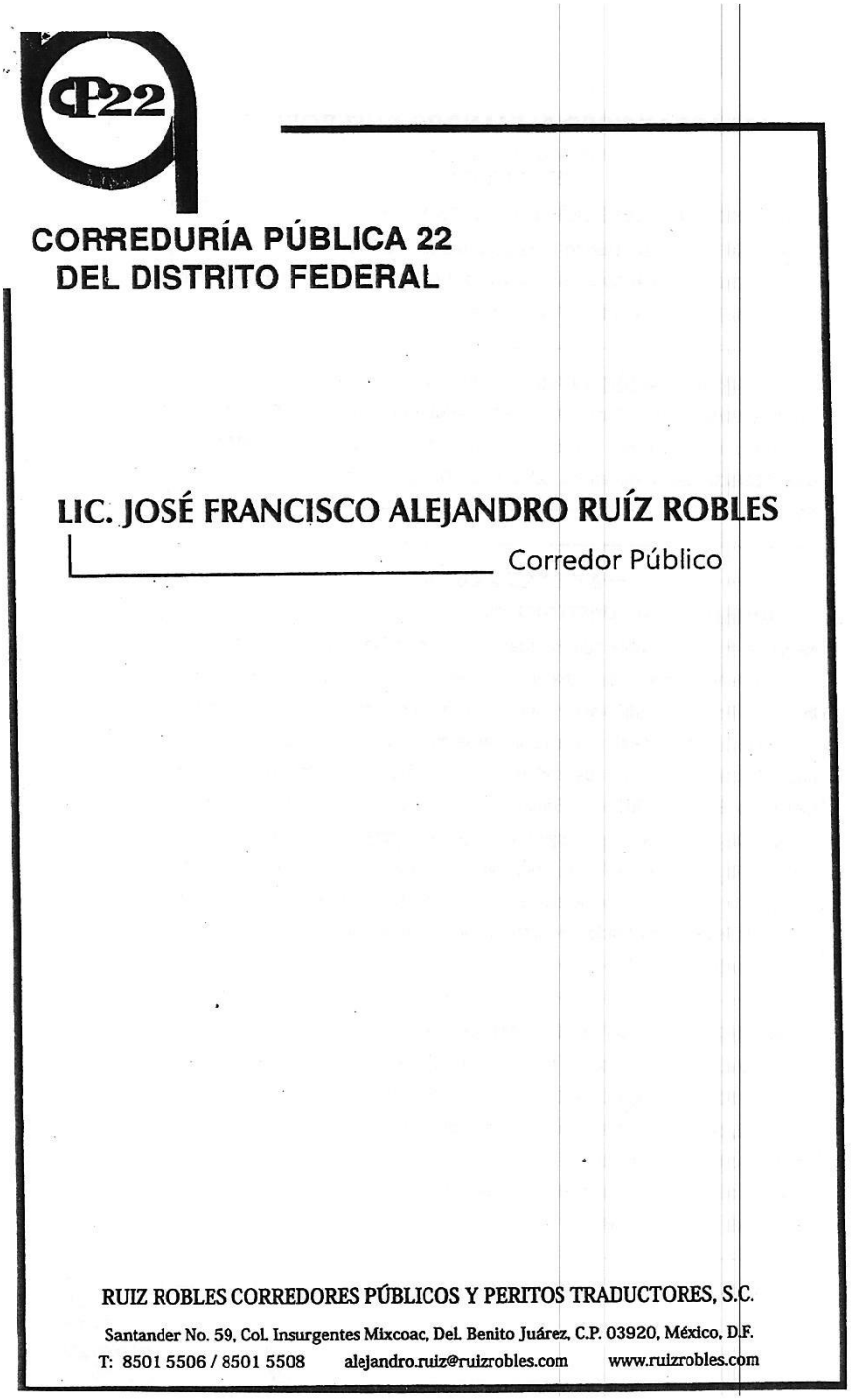
Saldo Inicial del Día	$0.00
Saldo Actual	$0.00
Saldo Disponible:	$0.00
Saldo Final Mes Anterior	$0.00

Fecha de Operación	Fecha	Referencia	Descripcion	Cod. Transac	Sucursal	Depósitos	Retiros	Saldo	Movimiento	Descripción Detallada	Cheque
04/jul/2017	04/jul/2017		SIN MOVIMIENTOS								

Operaciones:	0	0
Total:	$0.00	$0.00

1/1

10.3 Acta Constitutiva

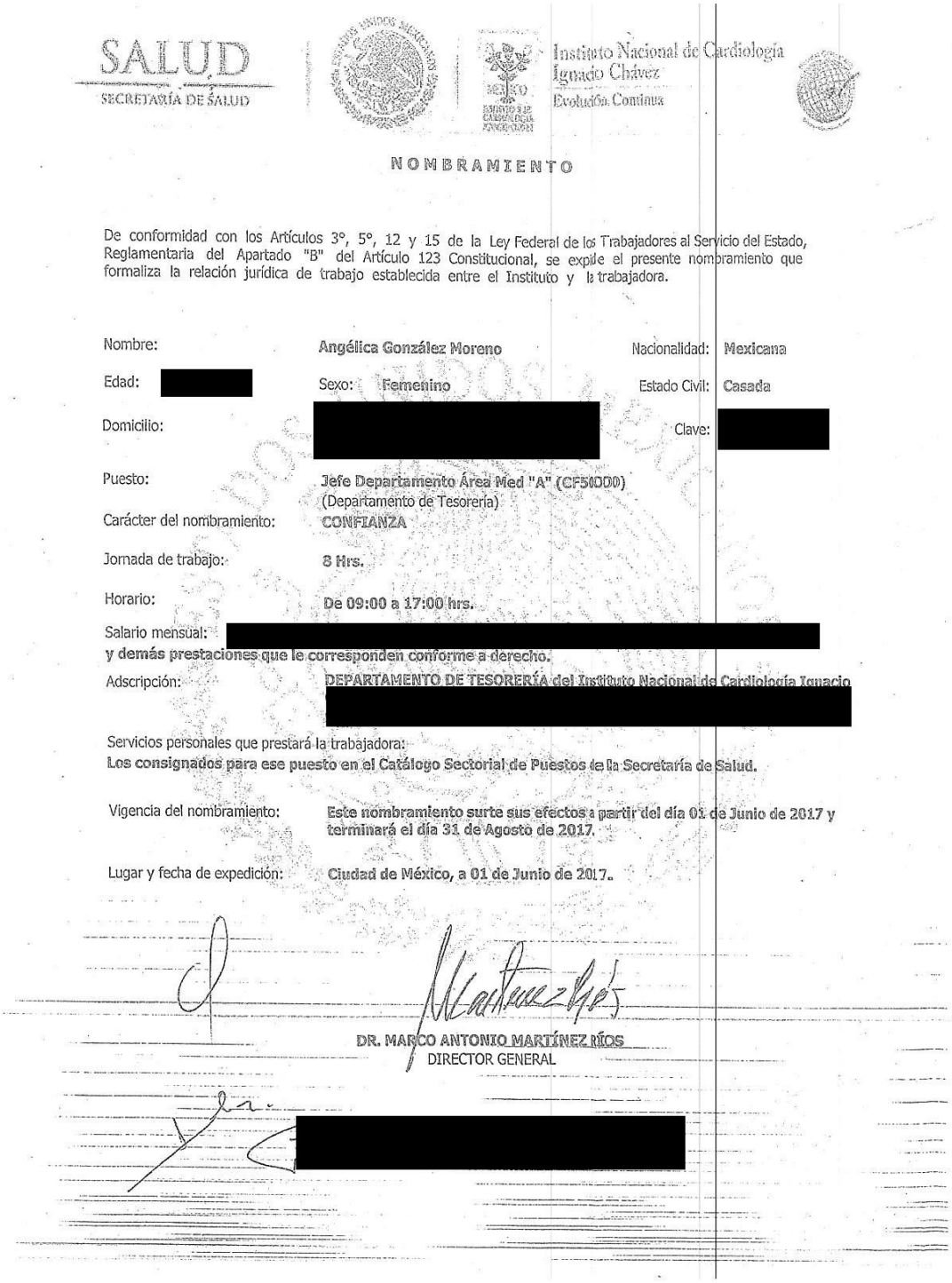


CORREDURÍA PÚBLICA 22
DEL DISTRITO FEDERAL

LIC. JOSÉ FRANCISCO ALEJANDRO RUÍZ ROBLES
Corredor Público

RUIZ ROBLES CORREDORES PÚBLICOS Y PERITOS TRADUCTORES, S.C.
Santander No. 59, Col. Insurgentes Mixcoac, Del. Benito Juárez, C.P. 03920, México, D.F.
T: 8501 5506 / 8501 5508 alejandro.ruiz@ruizrobles.com www.ruizrobles.com

10.4 Nombramiento de los funcionarios autorizados para firma de la cuenta bancaria



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Evolución Continua

NOMBRAMIENTO

De conformidad con los Artículos 3°, 5°, 12 y 15 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional, se expide el presente nombramiento que formaliza la relación jurídica de trabajo establecida entre el Instituto y la trabajadora.

Nombre: Angélica González Moreno
Nacionalidad: Mexicana
Edad: [redacted]
Sexo: Femenino
Estado Civil: Casada
Domicilio: [redacted]
Clave: [redacted]
Puesto: Jefe Departamento Área Med "A" (CF50D00)
(Departamento de Tesorería)
Carácter del nombramiento: CONFIANZA
Jornada de trabajo: 8 Hrs.
Horario: De 09:00 a 17:00 hrs.
Salario mensual: [redacted]
y demás prestaciones que le corresponden conforme a derecho.
Adscripción: DEPARTAMENTO DE TESORERÍA del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio [redacted]

Servicios personales que prestará la trabajadora:
Los consignados para ese puesto en el Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud.

Vigencia del nombramiento: Este nombramiento surte sus efectos a partir del día 01 de Junio de 2017 y terminará el día 31 de Agosto de 2017.

Lugar y fecha de expedición: Ciudad de México, a 01 de Junio de 2017.

DR. MARCO ANTONIO MARTÍNEZ RÍOS
DIRECTOR GENERAL

[redacted]

164. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN SOBRE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS RECURSOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.

1. PROPÓSITO

1.1 Atender las peticiones que realice la Unidad de Enlace de Acceso a la información de la Secretaría de Salud, respecto a las gestiones administrativas de las áreas de recursos humanos, financieros y materiales de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para dar cumplimiento a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y el Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno la Coordinación Administrativa organizar con las áreas de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, integrar la información para atender la solicitud de información, el Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, apoya en la integración de la información de las áreas de Humanos, Financieros y Materiales con la que se dará respuesta a la solicitud de información.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplica a la Unidad de Enlace de Acceso a la Información de la Secretaría de Salud, que solicita información de las gestiones administrativas de la DGCES, en estricto cumplimiento a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y el Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la Coordinación Administrativa promoverá la entrega de la información administrativa que le sea solicitada de acuerdo con la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información.

3.2 Las áreas internas y externas de la DGCES y de la Secretaría de Salud, deberán tramitar las solicitudes de información respecto a gestiones administrativas de las áreas de recursos humanos, financieros y materiales para la gerencia de los recursos autorizados a la DGCES.

3.3 Los peticionarios u organismos deberán promover sus solicitudes de información por los mecanismos que disponga la Unidad de Enlace de Acceso a la Información en la Secretaría de Salud.

3.4 La Coordinación Administrativa de la DGCES, a través del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales por conducto del área de recursos humanos, financieros y materiales será la responsable de proporcionar la información solicitada en materia de gestión administrativa de recursos por las áreas internas y externas institucionales, así como las del público en general y que sean promovidas por la Unidad de Enlace de Acceso a la información de la Secretaría de Salud.

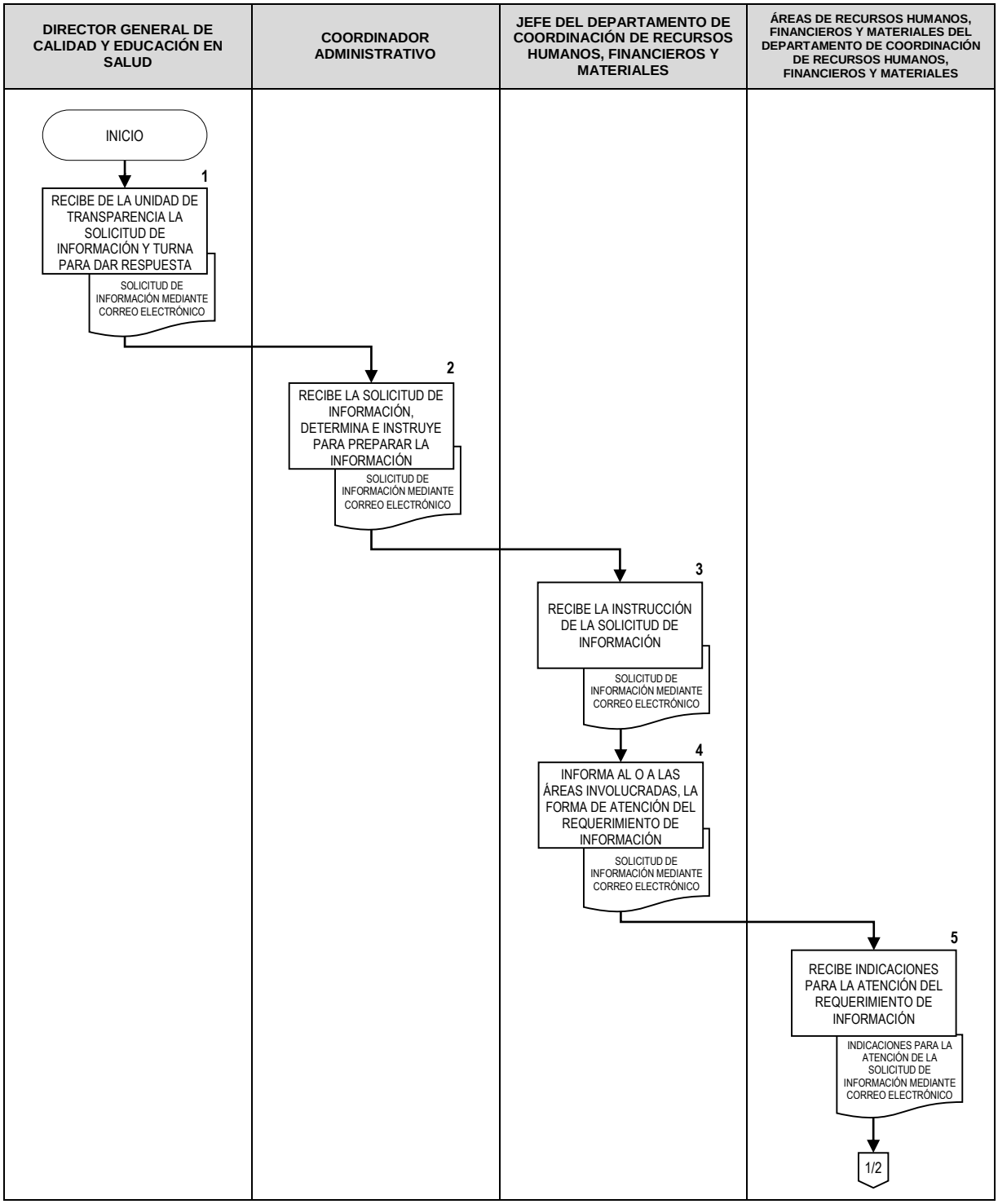
3.5 La información a proporcionar sobre la gestión administrativa de recursos corresponderá a aquella que no sean clasificada como reservada, de acuerdo con las disposiciones del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

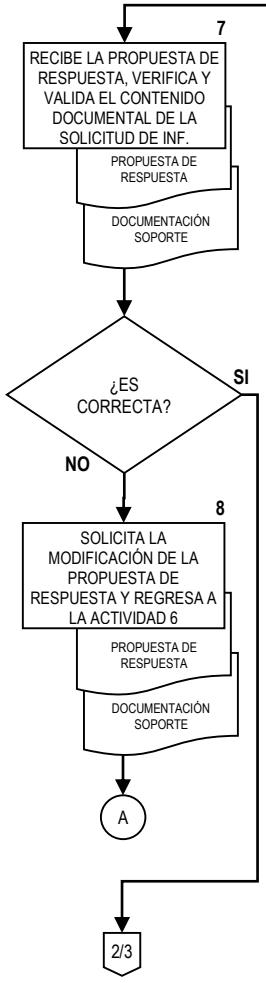
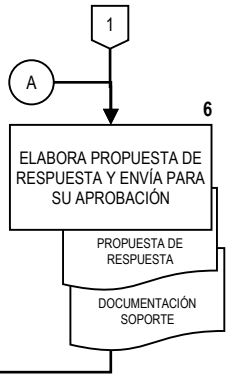
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

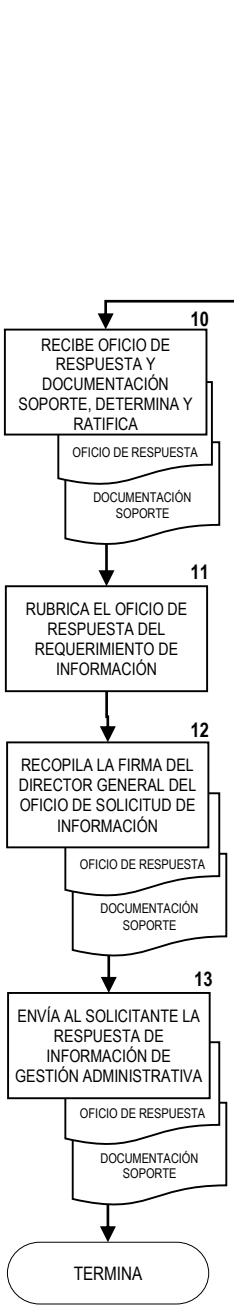
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe de la Unidad de Enlace y Transparencia vía correo electrónico la solicitud de información relacionada con la gestión administrativa de los recursos de la DGCES y turna a la Coordinación Administrativa para dar respuesta a la solicitud.	▪ Solicitud de información ▪ Correo electrónico
Coordinador Administrativo	2	Recibe la solicitud de la información, determina e instruye al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para que se prepare la información solicitada.	▪ Solicitud de información
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	3 4	Recibe de la Coordinación Administrativa la instrucción de la solicitud de información. Informa al o a las áreas involucradas respecto a la forma de atención del requerimiento de información y los tipos de instrumentos a emplear para atender la solicitud.	▪ Solicitud de información
Áreas de recursos humanos, financieros y materiales del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	5 6	Recibe indicaciones del Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para atender la solicitud de información. Elabora propuesta de respuesta y envía para aprobación.	▪ Propuesta de respuesta ▪ Documentación soporte
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	7 8 9	Recibe de las áreas de recursos humanos, financieros y materiales la propuesta de respuesta, verifica y valida el contenido documental de la solicitud de información. ¿Es correcta? No: Solicita a las áreas de recursos humanos, financieros y materiales modifique la propuesta de respuesta. Regresa a la actividad 6. Sí: Elabora oficio de respuesta y turna a la Coordinación Administrativa para validación del soporte documental y del oficio de respuesta del requerimiento de información.	▪ Propuesta de respuesta ▪ Documentación soporte ▪ Oficio de respuesta ▪ Documentación soporte

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	10	Recibe la propuesta de respuesta con documentación soporte. Determina y ratifica.	▪ Oficio de respuesta ▪ Documentación soporte
	11	Rubrica el oficio de respuesta del requerimiento de información.	
	12	Recopila la firma del Director General del oficio de solicitud de información.	
	13	Envía al solicitante la respuesta de información de gestión administrativa. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	DIRECCIONES GENERALES ADJUNTAS Y DIRECCIONES DE ÁREA
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	N/A
6.2. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	N/A
6.3. Lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.	N/A
6.4. Lineamientos para la organización y conservación de los archivos.	N/A
6.5. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficio de respuesta a solicitud de información	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales).	N/A
7.2. Solicitud de información	3 años	Coordinación Administrativa (Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales).	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Documentación Soporte de Respuesta.-** Soporte físico con documentos, archivos o escritos oficiales donde se concentran o comentan las actividades o trabajos emprendidos para la consecución de una función y actividad administrativa.

8.2 **Gestión Administrativa.-** Procedimientos, trabajos, tareas o actividades a través de los cuales la Coordinación Administrativa recaba, analiza, compara, selecciona, compromete y ejercita el ejercicio de los recursos autorizados para la función adjetiva de una Unidad Administrativa con objeto de formalizar compromisos para el Ejercicio del Gasto Público correspondiente.

8.3 **Respuesta a Solicitud de Información.-** Informe escrito conteniendo información sobre los resultados obtenidos con la administración de recursos administrativos y que es requerida por una persona u organismo.

8.4 **Solicitud de Información.-** Petición expresa a través de medios impresos y electrónicos con respecto a resultados de una gestión del campo de la administración de los recursos humanos, financieros y materiales de una Unidad Administrativa.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Oficio para dar respuesta a solicitud de información.

10.1 Oficio para dar respuesta a solicitud de información.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG- -2017

Ciudad de México, a de de 2017

C.
DIRECTOR DE ÁREA EN LA
UNIDAD DE TRANSPARENCIA
P R E S E N T E

A efecto de dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en respuesta a la solicitud No._____, recibida en esta Dirección General mediante correo electrónico CGAJDH-UT-CORREO-_____, de fecha_____ de_____, posterior a una consulta realizada con la Coordinación Administrativa, y después de una búsqueda exhaustiva en los archivos de esta Dirección General, comunico a usted lo siguiente en relación a:

"**Se transcribe textualmente la solicitud del peticionario". (sic)**

Al respecto se informa.....

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

Anexo:

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.

Sección/Serie 12C.6
Folio de Delegación DGCES No.
EOY/MLEM/mct

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

165. PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DEL FONDO ROTATORIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Conducir las gestiones administrativas para el control de recursos financieros autorizados a la unidad administrativa para el Fondo Rotatorio; destinados a hacer frente al pago de gastos menores y urgentes en las partidas de los capítulos de gasto 2000 “Materiales y Suministros” y 3000 “Servicios Generales”.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien instruye la solicitud del fondo rotatorio; Coordinación Administrativa, envía oficio de solicitud; Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, elabora oficio de solicitud y controla el fondo rotatorio.

2.2 A nivel externo el procedimiento es sujeto a la normatividad y a las políticas emitidas por las unidades globalizadoras como lo son: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autoriza el presupuesto para el fondo rotatorio; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, revisa la documentación de solicitud y asigna recursos; la Dirección General de Calidad y Educación en Salud verifica que los recursos se encuentren radicados en la cuenta bancaria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos financieros, es la responsable de efectuar ante Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, las gestiones administrativas para el manejo y control de los recursos asignados para el fondo rotatorio, que anualmente se otorga a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para hacer frente al pago de gastos urgentes y poca cuantía (hasta un 10% del monto total autorizado para el fondo rotatorio).

3.2 Para la elección de los gastos a cubrir con los recursos presupuestarios del fondo rotatorio, la Coordinación Administrativa deberá cumplir con la normatividad y lineamientos que en esta materia emitan las áreas globalizadoras.

3.3 Es responsabilidad del director general y del coordinador administrativo de la DGCES, designar y/o revocar a los servidores públicos autorizados para el registro de firmas mancomunadas de los cheques de la cuenta bancaria productiva para el manejo y control del fondo rotatorio.

3.4 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos Financieros, es la responsable, de acuerdo a las fechas establecidas en los lineamientos que para el efecto emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, del reintegro final para el cierre del ejercicio en vigor, de los recursos presupuestarios otorgados para el fondo rotatorio.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. (Director de Gestión Presupuestal)	1	Realiza conforme al presupuesto autorizado a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, adecuación presupuestal para asignar recursos a la partida 39910 “Fondo Rotatorio” y registra movimiento en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP)	
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. (Director de Control del Ejercicio Presupuestal)	2	Revisa en el SICOP el estado del ejercicio presupuestal, verifica que la partida 39910 “Fondo Rotatorio” cuente con disponibilidad presupuestal y emite Cuenta por Liquidar Certificada (CLC), para que sean depositados los recursos a través del Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF) en la cuenta concentradora de la DGPOP y posteriormente hacer la dispersión de recursos en la cuenta productiva a nombre de la DGCES.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	5 6 7	Verifica depósito en la cuenta bancaria productiva, la cual es exclusiva para el manejo del fondo rotatorio. El deposito: No esta aplicado. Verifica depósito en la cuenta bancaria productiva. Reinicia en el punto No. 5 Verifica si el depósito está aplicado. Siguiendo los lineamientos y normatividad para el manejo de los recursos del fondo rotatorio, inicia operación del fondo de acuerdo a los requerimientos formulados por las áreas que correspondan; y por concepto de: Viáticos nacionales e internacionales, pasajes nacionales, pasajes urbanos y suburbanos, pago a proveedores por gastos urgentes y poca cuantía,	▪ Documentación del fondo rotatorio

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	8	reembolso de gastos y gastos a comprobar.	
	9	Recibe de las áreas de la DGCES, la solicitud de pago o recursos de acuerdo a los conceptos señalados en el punto No. 7 con su respectiva documentación comprobatoria. Revisa el tipo de concepto y anexo del oficio enviado por la DGPOP para la operación del fondo rotatorio y continúa.	▪ Formato de autorización de comisión. ▪ Formato único de comisión ▪ Formato “Detalle de las comisiones con periodo”.
	10	Si la solicitud es:	
	11	Pago de viáticos nacionales e internacionales y pasajes nacionales: revisa formato de autorización de comisión, formato único de comisión, itinerario, periodo, y tabulador de viáticos y pasajes.	▪ Memorándum, factura y en su caso orden de servicio o compra.
	12	Pasajes urbanos y suburbanos: revisa que el formato cuente con nombre y firma del trabajador, detalle de las comisiones, periodo, días hábiles e importe, elabora relación de gastos de pasajes urbanos y suburbanos por periodo de pago y plasma sello presupuestal.	▪ Memorándum, factura y en su caso orden de servicio o compra.
	13	Pago a proveedor: revisa documentación soporte, verifica que el producto o servicio no se encuentre dentro de un contrato, sea urgente y poca cuantía (hasta un 10% del monto autorizado por la DGPOP para fondo rotatorio), que el concepto del gasto se encuentre dentro de las partidas clasificadas en el anexo del oficio emitido por la DGPOP.	▪ Oficio o Memorándum de solicitud de recursos.

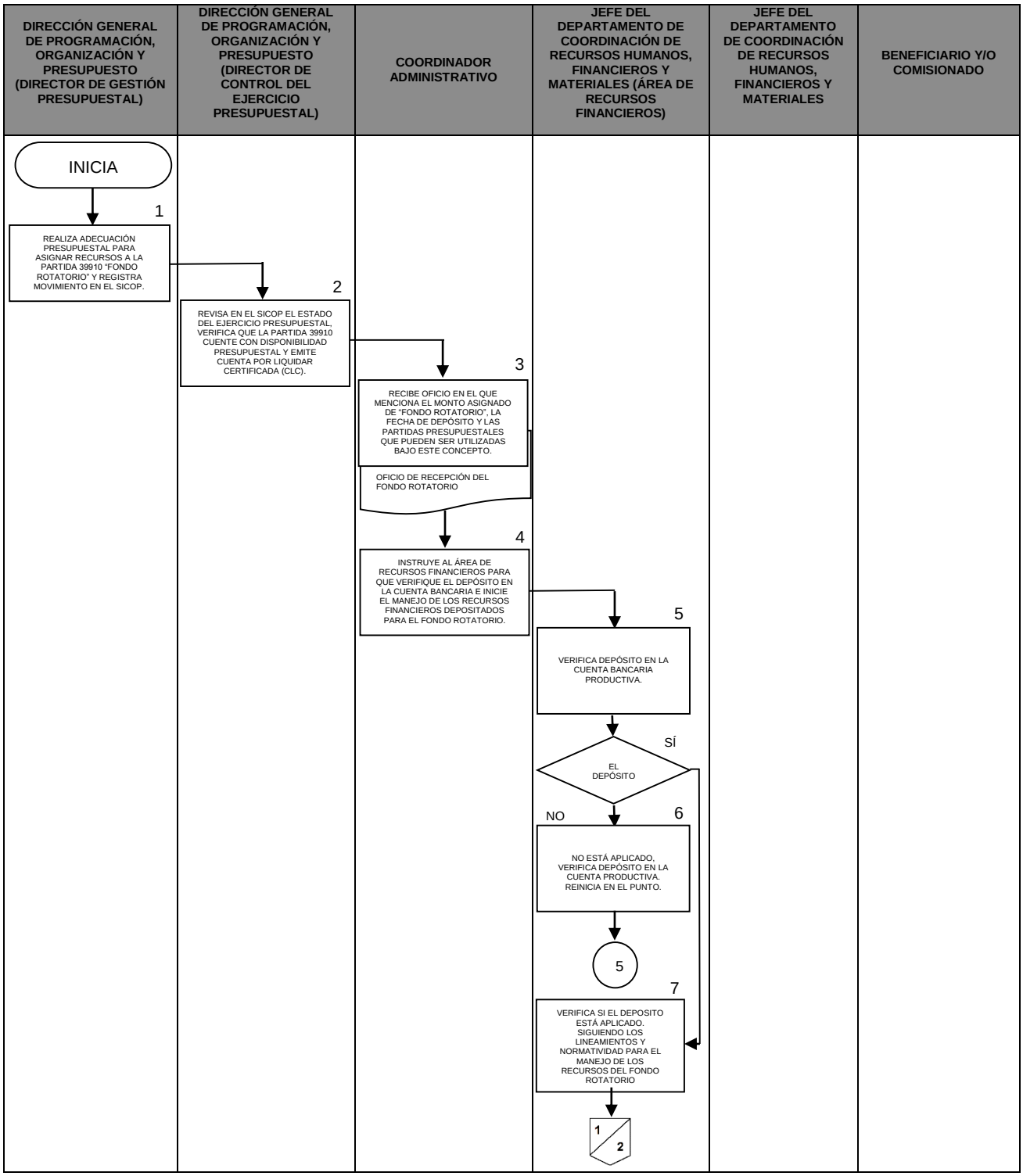
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	14	Reembolso de gastos: revisa documentación comprobatoria, que el servicio o adquisición no se encuentre considerado en un contrato, importe, que el concepto de gasto se encuentre dentro de las partidas clasificadas en el anexo del oficio emitido por la DGPOP. Gastos a comprobar: revisa oficio o memorándum de solicitud de recursos e importe solicitado el cual no debe exceder del 10% del monto total autorizado para el fondo rotatorio.	
	15	Procede la solicitud para pago por los diferentes conceptos del fondo rotatorio:	
	16	No: devuelve documentación y reinicia en el punto no. 8. Si: Verifica saldo bancario, elabora cheque y póliza a nombre del beneficiario, afectando el saldo de la cuenta bancaria productiva de fondo rotatorio y turna para firmas mancomunadas.	
Coordinador Administrativo.	20	Recibe cheque, póliza cheque con primera firma y documentación soporte, revisa: Procede:	
	21	No: devuelve documentación y reinicia en el punto No. 16.	
	22	Si: estampa segunda firma y remite para el trámite correspondiente.	

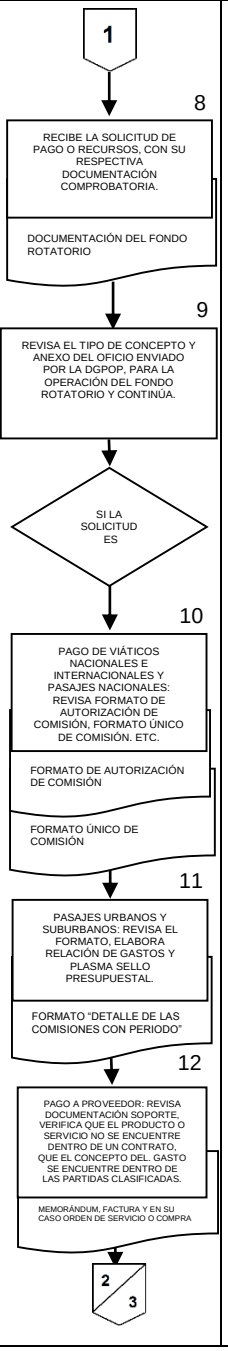
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Beneficiario y/o comisionado	24	Recibe cheque por concepto de: viáticos nacionales e internacionales y/o pasajes terrestres, comprueba dentro de los primeros cinco días hábiles a la conclusión de su comisión; gastos a comprobar, comprueba cinco días hábiles a la recepción del cheque. Comprueban continúa el procedimiento.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	25	Recibe documentación comprobatoria, revisa requisitos fiscales, conceptos de gasto que estén de acuerdo al anexo del oficio emitido por la DGPOP. Procede:	
	26	No: devuelve documentación comprobatoria, y reinicia en el punto no. 24.	
	27	Si: Clasifica el gasto de acuerdo a los conceptos aplicables en el Clasificador por objeto del gasto y al anexo del oficio emitido por la DGPOP, registra la documentación comprobatoria en el Sistema de contabilidad y presupuesto (SICOP) afectando las partidas presupuestales correspondientes, genera vía SICOP formato “solicitud de pago” electrónico para la recuperación de los recursos del fondo rotatorio, elabora oficio “Solicitud de pago”, anexa documentación comprobatoria del gasto y turna para firma.	

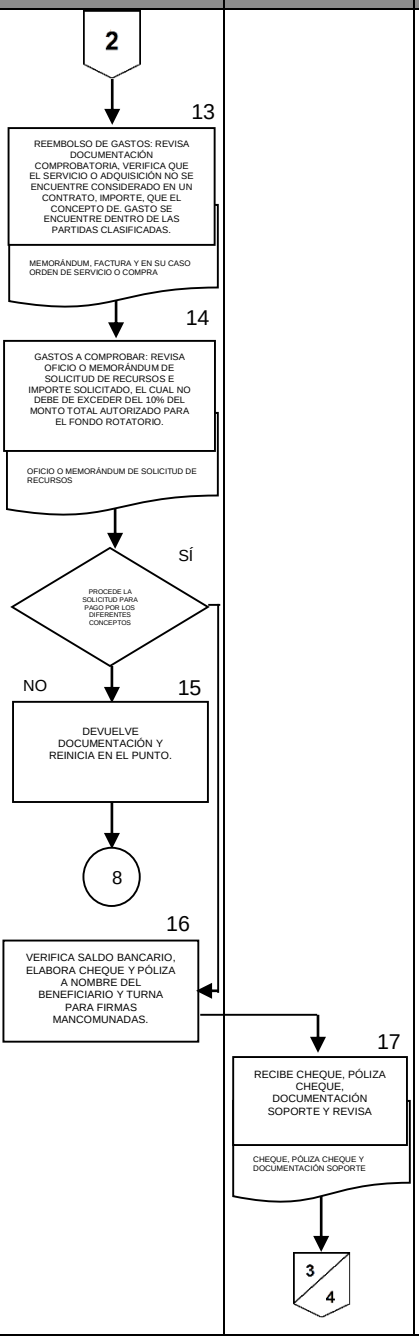
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	28 29 30	Recibe oficio de solicitud de pago con documentación comprobatoria, revisa: Procede: No: devuelve para corrección, reinicia en punto No. 27 Si: firma solicitud de pago, documentación comprobatoria y turna para envío a la DGPOP.	▪ Oficio de solicitud de pago y documentación comprobatoria.
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	31	Recibe oficio de solicitud de pago con documentación comprobatoria, revisa firmas y que la solicitud se encuentre registrada en el SICOP. envía para trámite de pago:	
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. (Director de Control del Ejercicio Presupuestal)	32 33 34	Recibe oficio de solicitud de pago con documentación comprobatoria, verifica que la solicitud de pago se encuentre registrada en el SICOP, revisa firmas, clasificación por objeto del gasto y envía para trámite de pago: Procede: No: devuelve para corrección y reinicia en el punto 27. Si: envía a través del SICOP, la información al SIAFF y programa el depósito bancario en la cuenta productiva de fondo rotatorio vía transferencia electrónica, para la recuperación de los recursos.	▪ Oficio de solicitud de pago y documentación comprobatoria.

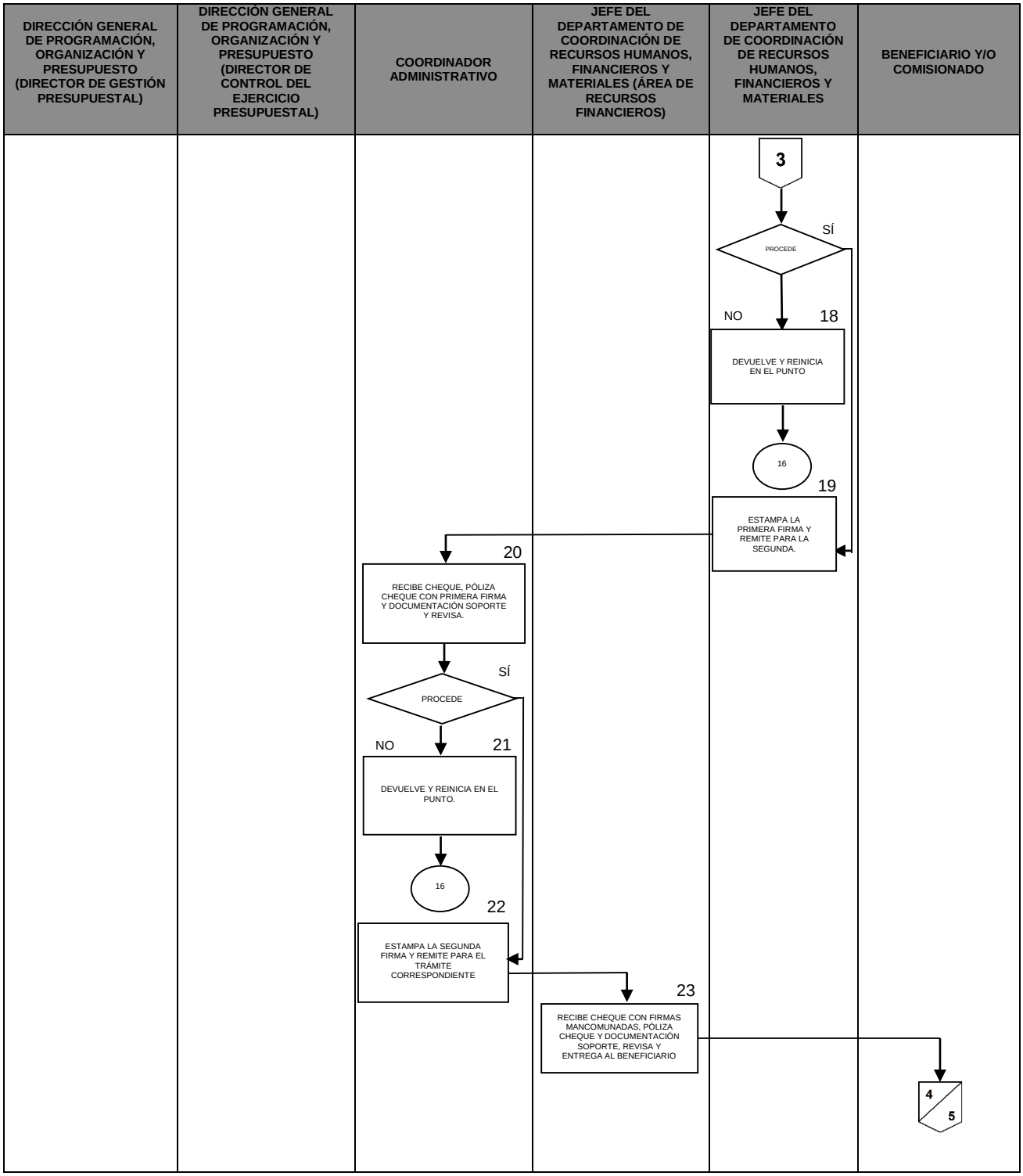
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	35 36	Verifica en el SIAFF la programación del depósito en la cuenta bancaria y una vez que se encuentre depositado, actualiza los saldos bancarios y reinicia el proceso de operación del Fondo Rotatorio. Se enlaza con lo siguiente: 1. “Procedimiento para el Trámite de Viáticos y Pasajes Nacionales”. 2. “Procedimiento para Trámite de Viáticos y Pasajes Internacionales”. 3. “Procedimiento para el Ejercicio y Control del Presupuesto Autorizado, Asignado a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud”. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

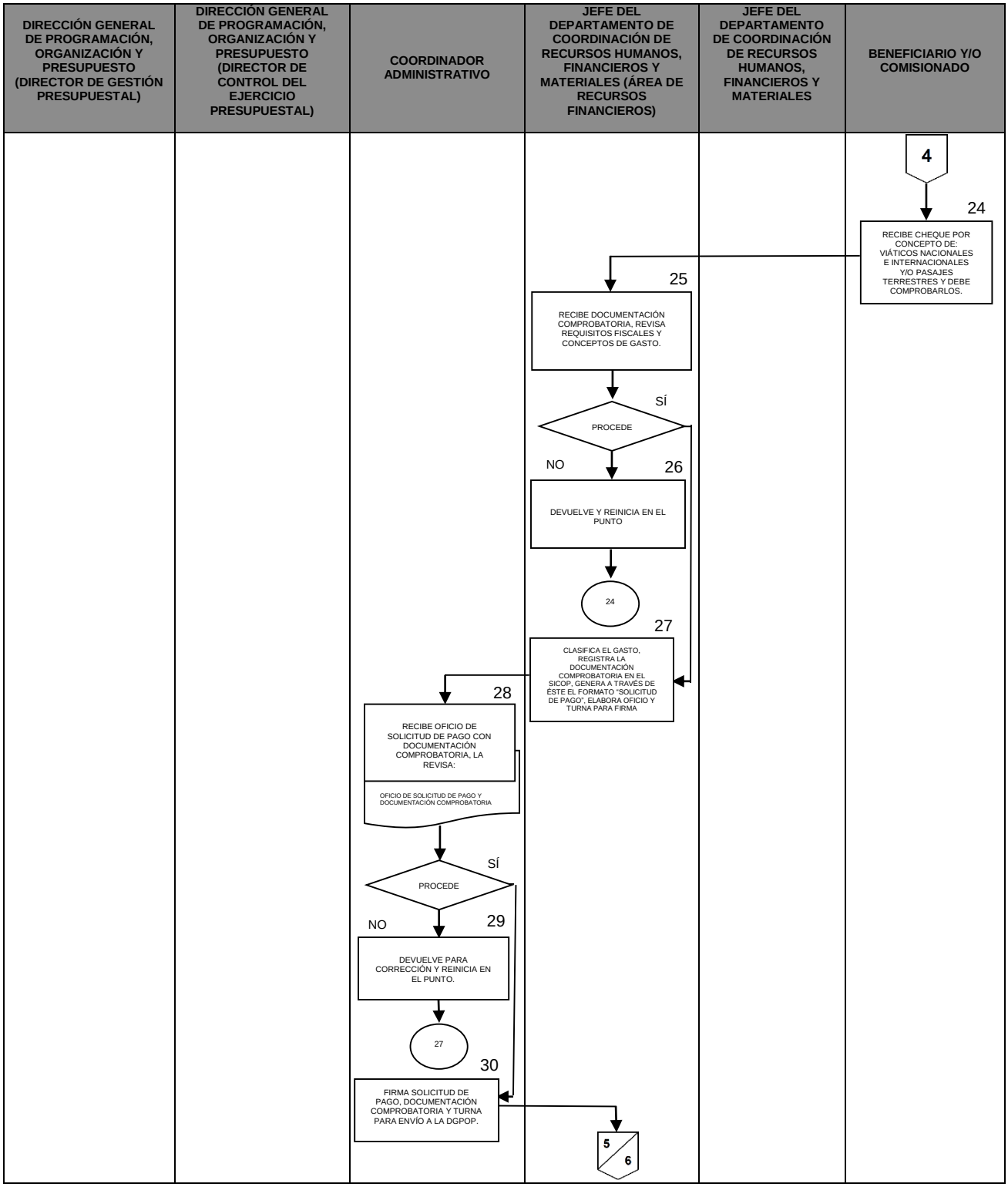
5. DIAGRAMA DE FLUJO

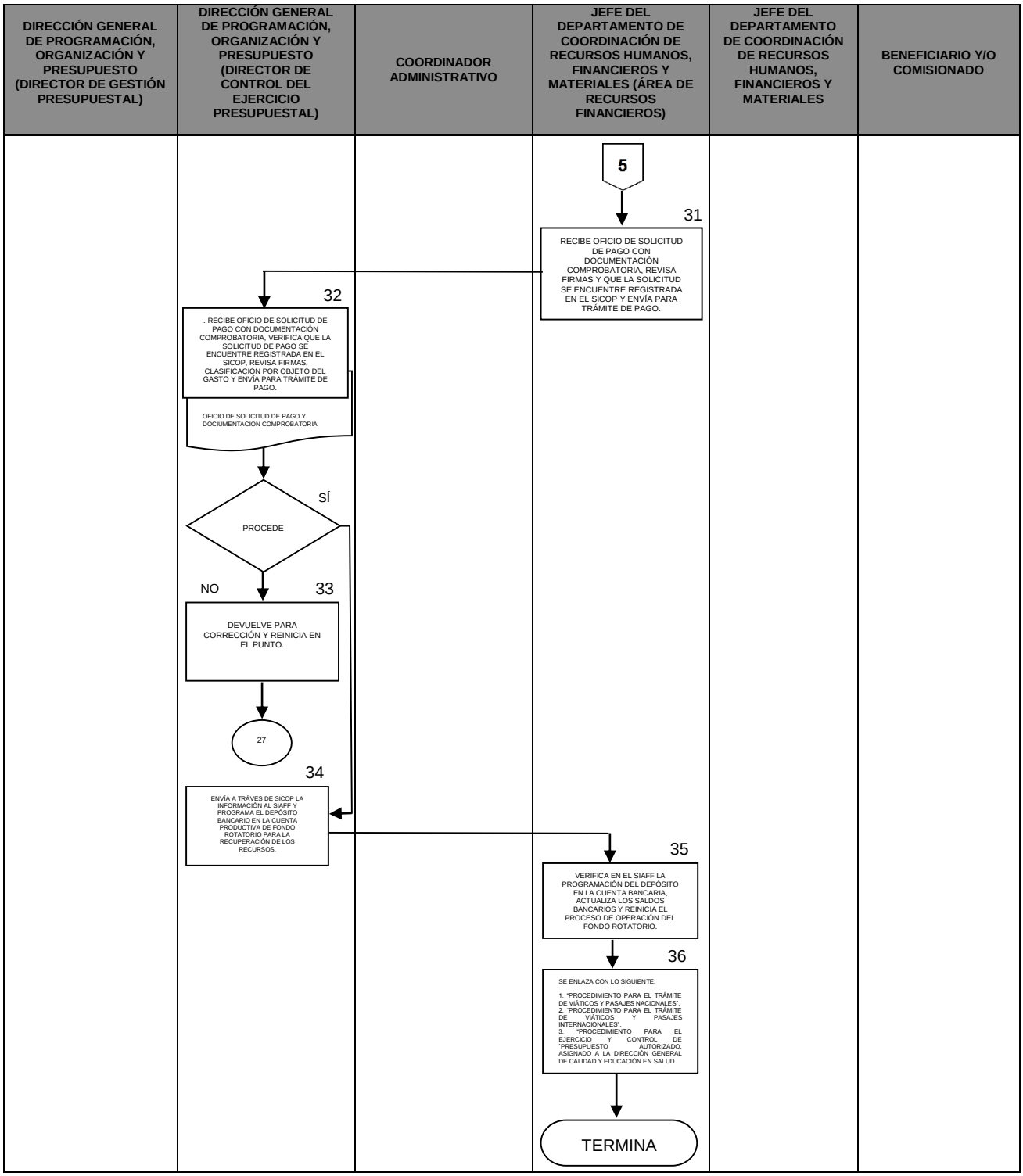


DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE GESTIÓN PRESUPUESTAL)	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	BENEFICIARIO Y/O COMISIONADO
					

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE GESTIÓN PRESUPUESTAL)	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	BENEFICIARIO Y/O COMISIONADO
					


DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE GESTIÓN PRESUPUESTAL)
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
BENEFICIARIO Y/O COMISIONADO
3
PROCEDE
SÍ
NO
18
DEVUELVE Y REINICIA EN EL PUNTO
16
19
ESTAMPA LA PRIMERA FIRMA Y REMITE PARA LA SEGUNDA.
20
RECIBE CHEQUE, PÓLIZA CHEQUE CON PRIMERA FIRMA Y DOCUMENTACIÓN SOPORTE Y REVISA.
PROCEDE
SÍ
NO
21
DEVUELVE Y REINICIA EN EL PUNTO.
16
22
ESTAMPA LA SEGUNDA FIRMA Y REMITE PARA EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE
23
RECIBE CHEQUE CON FIRMAS MANCOMUNADAS, PÓLIZA CHEQUE Y DOCUMENTACIÓN SOPORTE, REVISA Y ENTREGA AL BENEFICIARIO
4
5


DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE GESTIÓN PRESUPUESTAL)
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
BENEFICIARIO Y/O COMISIONADO
4
24
RECIBE CHEQUE POR CONCEPTO DE: VIÁTICOS NACIONALES E INTERNACIONALES Y/O PASAJES TERRESTRES Y DEBE COMPROBARLOS.
25
RECIBE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, REVISA REQUISITOS FISCALES Y CONCEPTOS DE GASTO.
PROCEDE
SÍ
NO
26
DEVUELVE Y REINICIA EN EL PUNTO
24
27
CLASIFICA EL GASTO, REGISTRA LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA EN EL SICOP, GENERA A TRAVÉS DE ÉSTE EL FORMATO "SOLICITUD DE PAGO", ELABORA OFICIO Y TURNA PARA FIRMA
28
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO CON DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, LA REVISA:
OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO Y DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA
PROCEDE
SÍ
NO
29
DEVUELVE PARA CORRECCIÓN Y REINICIA EN EL PUNTO.
27
30
FIRMA SOLICITUD DE PAGO, DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y TURNA PARA ENVÍO A LA DGPOP.
5
6


DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE GESTIÓN PRESUPUESTAL)
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
BENEFICIARIO Y/O COMISIONADO
5
31
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO CON DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, REVISA FIRMAS Y QUE LA SOLICITUD SE ENCUENTRE REGISTRADA EN EL SICOP Y ENVÍA PARA TRÁMITE DE PAGO.
32
. RECIBE OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO CON DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, VERIFICA QUE LA SOLICITUD DE PAGO SE ENCUENTRE REGISTRADA EN EL SICOP, REVISA FIRMAS, CLASIFICACIÓN POR OBJETO DEL GASTO Y ENVÍA PARA TRÁMITE DE PAGO.
OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO Y DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA
PROCEDE
SÍ
NO
33
DEVUELVE PARA CORRECCIÓN Y REINICIA EN EL PUNTO.
27
34
ENVÍA A TRÁVES DE SICOP LA INFORMACIÓN AL SIAFF Y PROGRAMA EL DEPÓSITO BANCARIO EN LA CUENTA PRODUCTIVA DE FONDO ROTATORIO PARA LA RECUPERACIÓN DE LOS RECURSOS.
35
VERIFICA EN EL SIAFF LA PROGRAMACIÓN DEL DEPÓSITO EN LA CUENTA BANCARIA, ACTUALIZA LOS SALDOS BANCARIOS Y REINICIA EL PROCESO DE OPERACIÓN DEL FONDO ROTATORIO.
36
SE ENLAZA CON LO SIGUIENTE:
1. "PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE VIÁTICOS Y PASAJES NACIONALES".
2. "PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE VIÁTICOS Y PASAJES INTERNACIONALES".
3. "PROCEDIMIENTO PARA EL EJERCICIO Y CONTROL DE PRESUPUESTO AUTORIZADO, ASIGNADO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.3 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Póliza cheque firmada por el beneficiario	Cinco años	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.2 Contrato y tarjetas de registro de firmas originales de cuenta bancaria productiva del fondo rotatorio	Permanente	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.3 Oficio de recepción y del reintegro del fondo rotatorio	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Fondo rotatorio.** Previsión presupuestaria para hacer frente a los compromisos de pago menores que deriven de los capítulos 2000 “Materiales y Suministros” y 3000 “Servicios Generales”.

8.2 **Reintegro.** Compensación financiera que da origen a un ingreso y cuyos recursos presupuestarios son autorizados de la Unidad Administrativa.

8.3 **Solicitud de pago.** Documento para efectuar la recuperación de los recursos ejercidos por concepto de fondo rotatorio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Formato de autorización de comisión
10.2. Formato único de comisión
10.3. Oficio y memorándum de solicitud de recursos
10.4. Facturas y orden de servicio o compra
10.5. Oficio y formato de solicitud de pago
10.6. Cheque y póliza cheque

10.1. Formato de autorización de comisión

SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIONES NACIONALES

Fecha:	10 de Julio de 2017						
Nombre:	Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia						
Puesto:	Directora de Evaluación de la Calidad						
Unidad Administrativa:	Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Lugar de comisión:	Oaxaca de Juárez, Oaxaca	**Periodo de Comisión:**	Del 11 al 14 de Julio de 2017	**Duración de la comisión (días):**	3 días		
Requiere viáticos:	Sí	**Medio de transporte:**	Aéreo	**Tipo de comisión:**	**Nacional**	**Internacional**	
					X		
Itinerarios:	**Aerolínea**	**Destino**		**Vuelo**	**Horario**		
	Aeroméxico	Ida	Ciudad de México - Oaxaca	AM2098	14:10 p.m.	15:24 p.m.	
	Aeroméxico	Regreso	Oaxaca- Ciudad de México	AM2047	08:29 a.m.	09:50 a.m.	
Motivo de la comisión:	*Realizar el pilotaje de la Cédula de Acreditación para hospitales de segundo nivel en CAUSES, en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Ciudad de Oaxaca de Juárez del 11 al 14 de Julio del 2017.*						
Justificación y/o comentarios:	*La Dirección General de Calidad y Educación en Salud conduce el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica el cual tiene como objetivo coadyuvar en el cumplimiento de criterios de capacidad, seguridad y calidad a fin de fortalecer el Sistema Nacional de Salud e incidir en la Meta Nacional II "México Incluyente" del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la que se establece el objetivo 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud", y Estrategia 2.2 "Mejorar la calidad de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud", así como en el objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud 2013-20182. "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", y su Estrategia 2.2. "Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud". Por lo anterior, la presente comisión forma parte de los trabajos de actualización de los instrumentos de evaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.*						

Área requirente

Comisiona

Dra. Odet Sarabia González
Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Comisionado

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Directora de Evaluación de la Calidad

Valida

C.P. Ernesto Ortiz Yescas
Coordinador Administrativo de la Unidad Administrativa

Autoriza

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

C.c.p. Área de Recursos Humanos
Sección/ Serie: 5C 22

OK

10.2 Formato único de comisión

SALUD

DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN.

GENERALIDADES

C: VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA — No. 89
ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD — FECHA: 10/07/2017
FILIACIÓN: [redacted]
PUESTO: DIRECTORA DE AREA
CLAVE/CATEGORÍA: [redacted]
RESIDENCIA: CIUDAD DE MEXICO
COMISIONADO AL ESTADO/PAÍS DE: OAXACA, OAXACA
PERIODO DURANTE: 3.0 DÍAS DEL 11/jul AL 14/jul DE 2017

NACIONAL: [X] INTERNACIONAL: [ ]

MOTIVO DE LA COMISIÓN: REALIZAR EL PILOTAJE DE LA CÉDULA DE ACREDITACIÓN PARA HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL EN CAUSES, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD EN LA CIUDAD DE OAXACA DE JUAREZ

MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE [ ] AÉREO [X]

VIATICOS

LUGARES Y PERIODOS DE LA COMISIÓN	TARIFA	CUOTA DIARIA	DIAS	IMPORTE
OAXACA, OAXACA	B	$1,700.00	3.0	$ 5,100.00
				$ 5,100.00

OBSERVACIONES:

IMPORTE TOTAL DE VIATICO $ 5,100.00
GASTOS DE CAMINO
CASETAS
GASOLINA

TOTAL $ 5,100.00

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF		PI
025	P012	37504	1	1		CL040

IMPORTE

$ 5,100.00

EVALUACION

DOCUMENTOS DE RESPALDO
( ) Actas Circunstanciadas
( ) Diplomas o Constancias de Participación
( ) Programas de Trabajo
(X) Informe de la Comisión
( ) Otros
DESCRIBIR

PASAJES

VIAJE REDONDO DE: MEX-OAXACA, OAX.-MEX

ESPECIFICACIONES

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF		PI
002	M001	37104	1	1		AD010

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

DIRECTOR GENERAL	EL BENEFICIARIO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ	VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA	C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

10.3 Oficio y memorándum de solicitud de recursos

"REGULARIZACIÓN DEL FONDO ROTATORIO."

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Oficio No. DGCES-CA- 01789 -2017.
México, Ciudad de México, a 7 de Junio de 2017.

LIC. JOSÉ GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
REFORMA No. 156 Piso Nº 16
COL. JUÁREZ
DEL. CUAUHTÉMOC C.P. 06600

AT´N: C. P. HILDA ROMERO OSORIO
DIRECTORA DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

Por este medio, me permito enviar a usted, documentación comprobatoria de gastos efectuados con cargo al presupuesto autorizado de esta Dirección General, con el propósito de que se efectúe el trámite de la solicitud de pago para recuperación de fondo rotatorio. La información se detalla a continuación:

PARTIDA	DENOMINACION	IMPORTE
37201	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISIÓN	$ 1,330.00
37504	VIATICOS NACIONALES PARA SERVIDORES PÚBLICOS EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	$ 3,920.00
	TOTAL SOLICITUD DE PAGO Nº 21964	**$ 5,250.00**

Se indican los procesos generados en la captura de la solicitud de pago en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP).

Solicitud de Pago Directo			Documentación Comprobatoria	
No. Proceso	**Folio**	**No. Solicitud**	**No. Proceso**	**Folio**
69465	44	21964	68566	44

SE ANEXA: FUC's originales, Facturas, Validación de Comprobantes Fiscales, Nota Informativa y Reportes de SICOP.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

12:18

ATENTAMENTE
EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

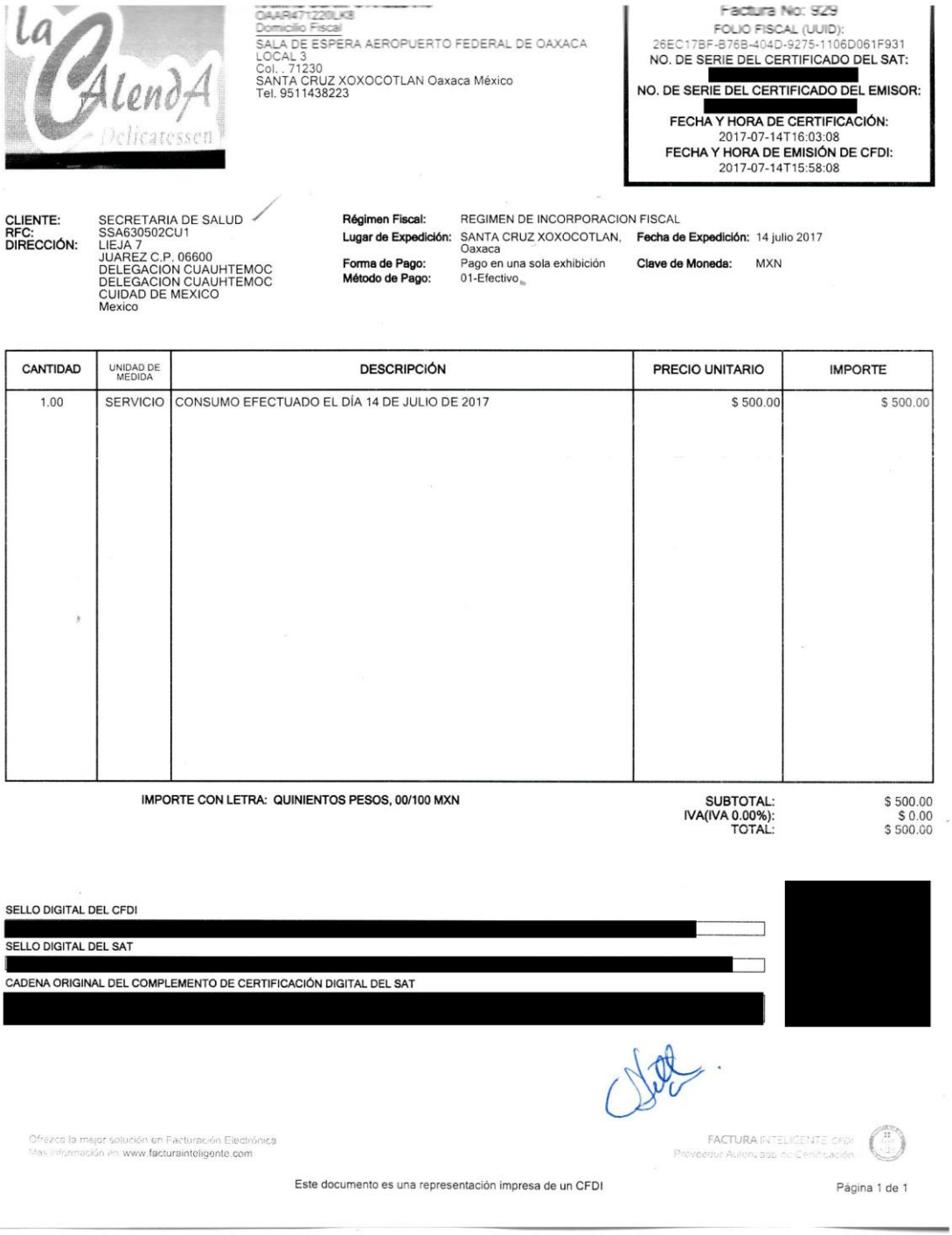
C.P. ERNESTO ORTÍZ YESCAS

SALUD
08 JUN. 2017
RECIBIDO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente
Sección/Serie: SC.14

Homero Nº 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

10.4 Facturas y orden de servicio o compra



la Alenda Delicatessen

[redacted]
Domicilio Fiscal
SALA DE ESPERA AEROPUERTO FEDERAL DE OAXACA
LOCAL 3
Col. . 71230
SANTA CRUZ XOXOCOTLAN Oaxaca México
Tel. 9511438223

Factura No: 929
FOLIO FISCAL (UUID):
26EC17BF-B76B-404D-9275-1106D061F931
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT:
[redacted]
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR:
[redacted]
FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN:
2017-07-14T16:03:08
FECHA Y HORA DE EMISIÓN DE CFDI:
2017-07-14T15:58:08

CLIENTE: SECRETARIA DE SALUD
RFC: SSA630502CU1
DIRECCIÓN: LIEJA 7
JUAREZ C.P. 06600
DELEGACION CUAUHTEMOC
DELEGACION CUAUHTEMOC
CUIDAD DE MEXICO
Mexico

Régimen Fiscal: REGIMEN DE INCORPORACION FISCAL
Lugar de Expedición: SANTA CRUZ XOXOCOTLAN, Oaxaca **Fecha de Expedición:** 14 julio 2017
Forma de Pago: Pago en una sola exhibición **Clave de Moneda:** MXN
Método de Pago: 01-Efectivo

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1.00	SERVICIO	CONSUMO EFECTUADO EL DÍA 14 DE JULIO DE 2017	$ 500.00	$ 500.00

IMPORTE CON LETRA: QUINIENTOS PESOS, 00/100 MXN

SUBTOTAL: $ 500.00
IVA(IVA 0.00%): $ 0.00
TOTAL: $ 500.00

SELLO DIGITAL DEL CFDI
[redacted]
SELLO DIGITAL DEL SAT
[redacted]
CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT
[redacted]

[redacted]

Ofrezca la mejor solución en Facturación Electrónica
Más información en www.facturainteligente.com

FACTURA INTELIGENTE CFDI
Proveedor Autorizado de Certificación

Este documento es una representación impresa de un CFDI

Página 1 de 1

10.5 Oficio y formato de solicitud de pago

SOLICITUD DE PAGO PARA SU REVISION

Comisionado Habilitado

FECHA DE EXPD.			FECHA DE PAGO SOLICITADA			NUMERO	HOJA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		No.	DE
20	06	2017				012-24600	1	1

$ 54,553.45 (CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS 45/100 M.N. **********)

TIPO DE MONEDA			EQUIVALENTE	TIPO DESTINO	TESOFE / SNC	No. PROCESO	ESTADO	UNIDAD EJECUTORA
CLAVE	NOMBRE	TIPO DE CAMBIO						
	NACIONAL		M.N.	NA	TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN	77830		Dirección General de Calidad y Educación en Salud

No. SEC.	TIPO	CLAVE PRESUPUESTAL	TIPO DE CONCEPTO	DOCUMENTO DE REFERENCIA	BENEFICIARIO	CONCEPTO	IMPORTES BRUTO	IMPORTES NETO
1	REC	012.610.2304.025.P012.37000.1.1.09.00000000000 37201.-Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión	PN-000		R12610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD/CH	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	7,076.80	7,076.80
2	REC	012.610.2304.025.P012.37000.1.1.09.00000000000 37504 -Viáticos nacionales para servidores públicos en el desempeño de funciones oficiales	PN-000		R12610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD/CH	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	47,476.65	47,476.65
					RFC/Codigo: SSA630502CU1 Cuenta: 02118004020459418 7 Banco: HSBC Mexico, S. A. Sucursal: S/N			
							54,553.45	54,553.45
						I.S.R.	.00	
						I.V.A.	.00	
						5 AL MILLAR	.00	
						OTRAS RETEN	.00	

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

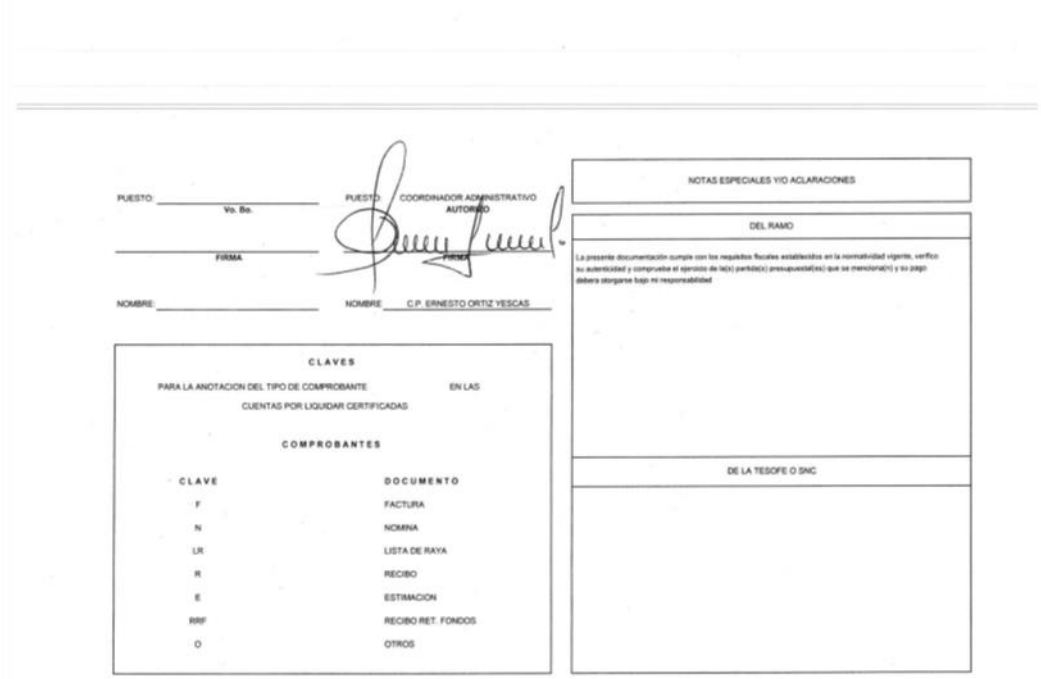
ATENTAMENTE
COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTÍZ YESCAS

SALUD
20 JUN. 2017
RECIBIDO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente
Sección/Serie: SC.14

10.5 Oficio y formato de solicitud de pago



PUESTO: _____ Vo. Bo.
FIRMA: _____
NOMBRE: _____

PUESTO: COORDINADOR ADMINISTRATIVO AUTORIZO
FIRMA: _____
NOMBRE: C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

NOTAS ESPECIALES Y/O ACLARACIONES

DEL RAMO

La presente documentación cumple con los requisitos fiscales establecidos en la normatividad vigente, verifico su autenticidad y comprueba el ejercicio de la(s) partida(s) presupuestal(es) que se menciona(n) y su pago debera otorgarse bajo mi responsabilidad

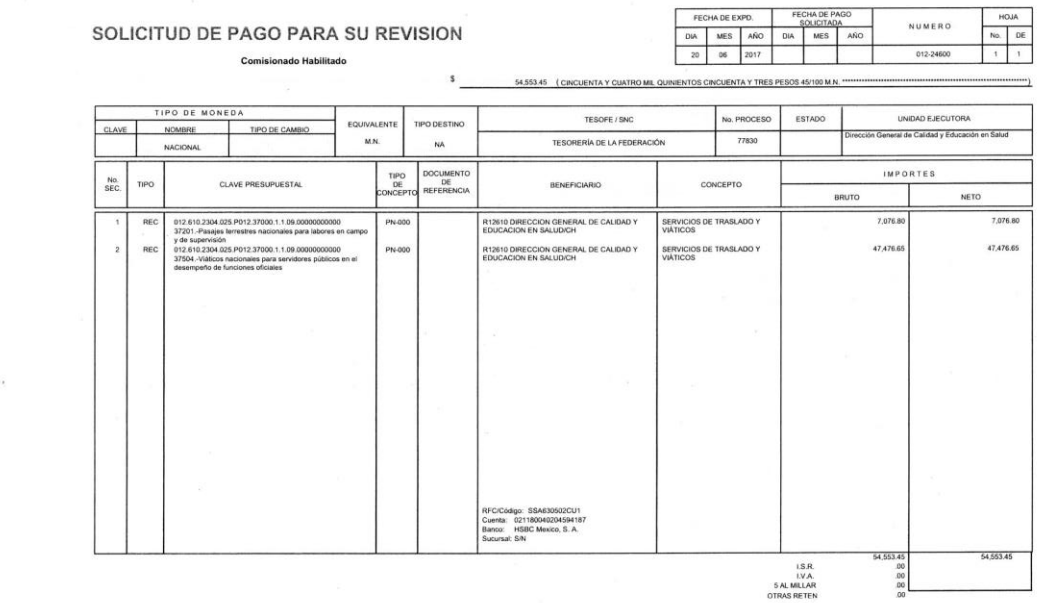
DE LA TESOFE O SNC

CLAVES

PARA LA ANOTACION DEL TIPO DE COMPROBANTE EN LAS CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS

COMPROBANTES

CLAVE	DOCUMENTO
F	FACTURA
N	NOMINA
LR	LISTA DE RAYA
R	RECIBO
E	ESTIMACION
RRF	RECIBO RET. FONDOS
O	OTROS



SOLICITUD DE PAGO PARA SU REVISION

Comisionado Habilitado

FECHA DE EXPD. DIA	MES	AÑO	FECHA DE PAGO SOLICITADA DIA	MES	AÑO	NUMERO	HOJA No.	DE
20	06	2017				012-24600	1	1

$ 54,553.45 (CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS 45/100 M.N. **********)

TIPO DE MONEDA CLAVE	NOMBRE	TIPO DE CAMBIO	EQUIVALENTE M.N.	TIPO DESTINO	TESOFE / SNC	No. PROCESO	ESTADO	UNIDAD EJECUTORA
	NACIONAL			NA	TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN	77830		Dirección General de Calidad y Educación en Salud

No. SEC.	TIPO	CLAVE PRESUPUESTAL	TIPO DE CONCEPTO	DOCUMENTO DE REFERENCIA	BENEFICIARIO	CONCEPTO	IMPORTES BRUTO	IMPORTES NETO
1	REC	012.610.2304.025.P012.37000.1.1.09.00000000000 37201.-Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión	PN-000		R12610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD/CH	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	7,076.80	7,076.80
2	REC	012.610.2304.025.P012.37000.1.1.09.00000000000 37504.-Viáticos nacionales para servidores públicos en el desempeño de funciones oficiales	PN-000		R12610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD/CH	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	47,476.65	47,476.65
					RFC/Código: SSA630502CU1 Cuenta: 021180040204594187 Banco: HSBC Mexico, S. A. Sucursal: S/N			
							54,553.45	54,553.45
						I.S.R.	.00	
						I.V.A.	.00	
						5 AL MILLAR	.00	
						OTRAS RETEN	.00	

10.6 Cheque y póliza cheque

COPIA DEL CHEQUE

23 de junio de 2017

ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ **$4,250.00**

(CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)

Cheque No. **9000109**

CONCEPTO DEL PAGO:

VIATICOS POR COMISIÓN A LA CIUDAD DE SAN MIGUEL DE ALLENDE GUANAJUATO DEL 26 AL 28 DE JUNIO PARA PARTICIPAR COMO REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD EN EL EVENTO QUE REALIZA LA ESCUELA DE PARTERAS PROFESIONALES DE CASA.

FIRMA CHEQUE RECIBIDO:

23/06/17

DISTRIBUCION CHEQUE - BENEFICIARIO COPIA COLOR - ARCHIVO CON COMPROBANTES.- COPIA BLANCA NUMERICO.- CONTABILIDAD BANCARIAS

CUENTA	SUB-CUENTA	NOMBRE	PARCIAL	DEBE	HABER
11206-0000-0000		ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ			
		VIATICOS POR COMISIÓN A LA CIUDAD DE SAN MIGUEL DE ALLENDE GUANAJUATO DEL 26 AL 28 DE JUNIO PARA PARTICIPAR COMO REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD EN EL EVENTO QUE REALIZA LA ESCUELA DE PARTERAS PROFESIONALES DE CASA.		$4,250.00	
11203-0002-0000		Cta. No. 040-20459400 ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ Cheque No. 9000109			$4,250.00
			SUMAS IGUALES	$4,250.00	$4,250.00

HECHO POR:	REVISADO:	AUTORIZADO:	AUXILIARES:	DIARIO:	POLIZA No.
IRC	JSV	EQY			78

CP 1013 pcform

HSBC 9000124

FECHA: 10 de agosto de 2017

PAGUESE ESTE CHEQUE A: EDNA ASUAN PICHARDO AGUIRRE $ 4,250.00

LA CANTIDAD DE: (CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.) MONEDA NACIONAL

R12 610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y
RFC SSA-630502-CU1 CTA 4020459400
SUC 3003 SUDERMAN
MEXICO DF

CUENTA No. CHEQUE No. FIRMA

0968:511800 215:040 204 594 00*9000124

166. PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DEL CONCEPTO DEL "COMISIONADO HABILITADO" DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Llevar a cabo el manejo y control del concepto de Comisionado Habilitado a través de la Cuenta Bancaria Productiva aperturada para tal fin y hacer frente al pago de Viáticos Nacionales e Internacionales y Pasajes Terrestres Nacionales para cumplir con las comisiones oficiales necesarias para la operación de los programas autorizados a la unidad administrativa.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Coordinación Administrativa, envía oficio de solicitud recursos; Jefatura de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, verifica disponibilidad presupuestal, elabora oficio de solicitud y controla la cuenta bancaria

2.2 A nivel externo el procedimiento es sujeto a la normatividad y a las políticas emitidas por las unidades globalizadoras como lo son: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autoriza el presupuesto la solicitud de recursos; Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, revisa la documentación de solicitud y asigna recursos; la Dirección General de Calidad y Educación en Salud verifica que los recursos se encuentren radicados en la cuenta bancaria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos financieros, es la responsable de manejar y controlar los recursos financieros del Comisionado Habilitado, que son utilizados para Viáticos nacionales e internacionales y pasajes terrestres.

3.2 Para el control de los recursos, se tiene aperturada una cuenta bancaria productiva, derivada de una cuenta concentradora que opera la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).

3.3 Es responsabilidad del Director General y del Coordinador Administrativo de la DGCES, definir y revocar a los servidores públicos autorizados para el registro de firma para la signa de cheques de la cuenta bancaria de pagador habilitado.

3.4 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, a través del área de recursos financieros, es la responsable de informar a las áreas globalizadoras el nombre y rúbrica de los servidores públicos autorizados para la firma de cheques de la cuenta bancaria de pagador habilitado de la DGCES.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	1 2 3	Verifica suficiencia presupuestal al inicio de cada mes para la solicitud de recursos. Se cuenta con suficiencia: No: Enlaza con el procedimiento para transferencias y adecuaciones presupuestales y reinicia en el punto No. 1 Si: elabora recibo de retiro de fondos el cual debe contener fecha, importe por partida y/o partidas presupuestales, registra en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP), afectando la o las partidas presupuestales correspondientes, emite formato de "Solicitud de pago", elabora oficio de solicitud de pago y envía para firma.	
Coordinador Administrativo	4 5 6	Recibe solicitud de pago con recibo de retiro de fondos y formato de solicitud de pago emitido por el (SICOP), revisa. Procede: No: Devuelve documentación y reinicia en el punto No. 3. Si: firma y realiza el trámite correspondiente.	▪ Recibo de retiro de fondos. ▪ Formato de solicitud de pago. ▪ Oficio para solicitud de pago
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	7	Recibe solicitud de pago con recibo de retiro de fondos y formato de solicitud de pago emitido por el (SICOP), debidamente firmado, remite para autorización a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.	▪ Recibo de retiro de fondos. ▪ Formato de solicitud de pago. ▪ Oficio para solicitud de pago

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (Director de Control del Ejercicio Presupuestal)	8 9 10 11	Recibe solicitud de pago con recibo de retiro de fondos y formato de solicitud de pago emitido por el (SICOP), debidamente firmado, revisa: Procede: No: devuelve para corrección o complemento y reinicia en punto No. 7. Si: revisa registro en SICOP, avanza a través de interface al Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF) y programa el depósito a la cuenta bancaria concentradora y posterior dispersión electrónica a la cuenta bancaria productiva de Comisionado Habilitado a nombre de la DGCES. Elabora oficio de notificación de depósito en la Cuenta Productiva de Comisionado Habilitado, una vez depositados los recursos, mediante el cual especifica la fecha de comprobación de dichos recursos, misma que será de 30 días hábiles a partir de la fecha de depósito de los recursos y envía a la Coordinación Administrativa.	▪ Recibo de retiro de fondos. ▪ Formato de solicitud de pago. ▪ Oficio para solicitud de pago
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	12 13 14	Revisa programación de depósito en el SIAFF, movimientos bancarios y/o solicita saldo de cuenta bancaria. Se encuentra el deposito: No: espera a que se encuentre aplicado Si: informa e inicia la operación del Comisionado Habilitado.	
Coordinador Administrativo	15	Recibe de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector	▪ Formato de autorización de

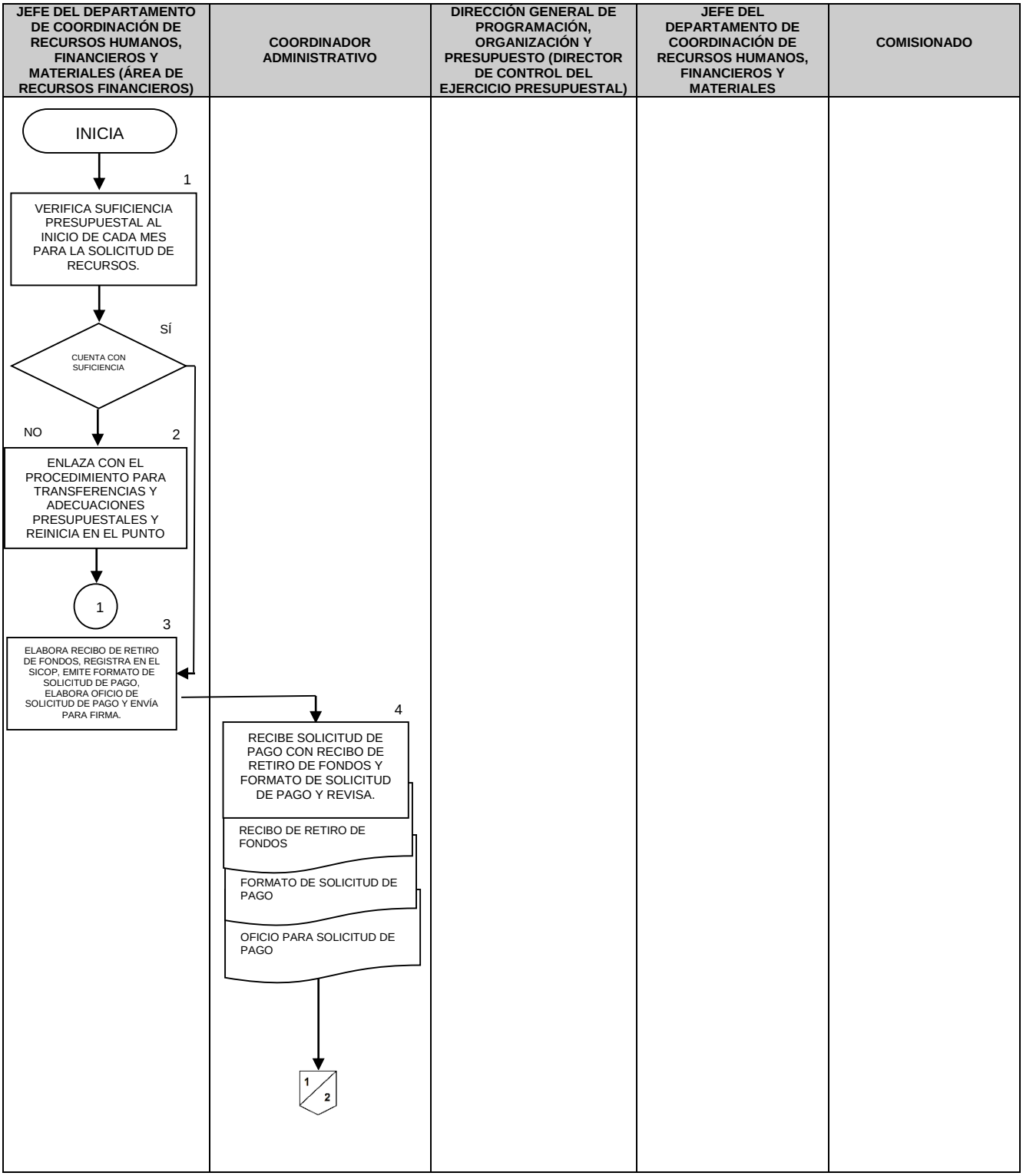
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Salud (SIDSS) y/o la Dirección General, los formatos de autorización de comisión y único de comisión, debidamente requisitados y firmados y envía para trámite correspondiente.	comisión. ▪ Formato único de comisión
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	16	Recibe formatos de autorización de comisión y único de comisión, debidamente requisitados y firmados, revisa y elabora cheque y póliza cheque, afectando la cuenta productiva de comisionado habilitado, para el pago de los viáticos nacionales e internacionales y pasajes terrestres, turna para firmas mancomunadas.	▪ Formato de autorización de comisión. ▪ Formato único de comisión
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales.	17	Recibe cheque, póliza cheque y formatos de comisión, revisa, firma y turna para segunda firma.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque ▪ Formato de autorización de comisión. ▪ Formato único de comisión
Coordinador Administrativo	18	Recibe cheque con la primera firma, póliza cheque y formatos de comisión, revisa, estampa la segunda firma y turna para lo procedente.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque ▪ Formato de autorización de comisión. ▪ Formato único de comisión
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	19	Recibe cheque con firmas mancomunadas, póliza cheque y formatos de comisión y entrega al comisionado.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque ▪ Formato de autorización de comisión. ▪ Formato único de comisión.
Comisionado	20	Recibe cheque y estampa firma, nombre y fecha en póliza cheque.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque

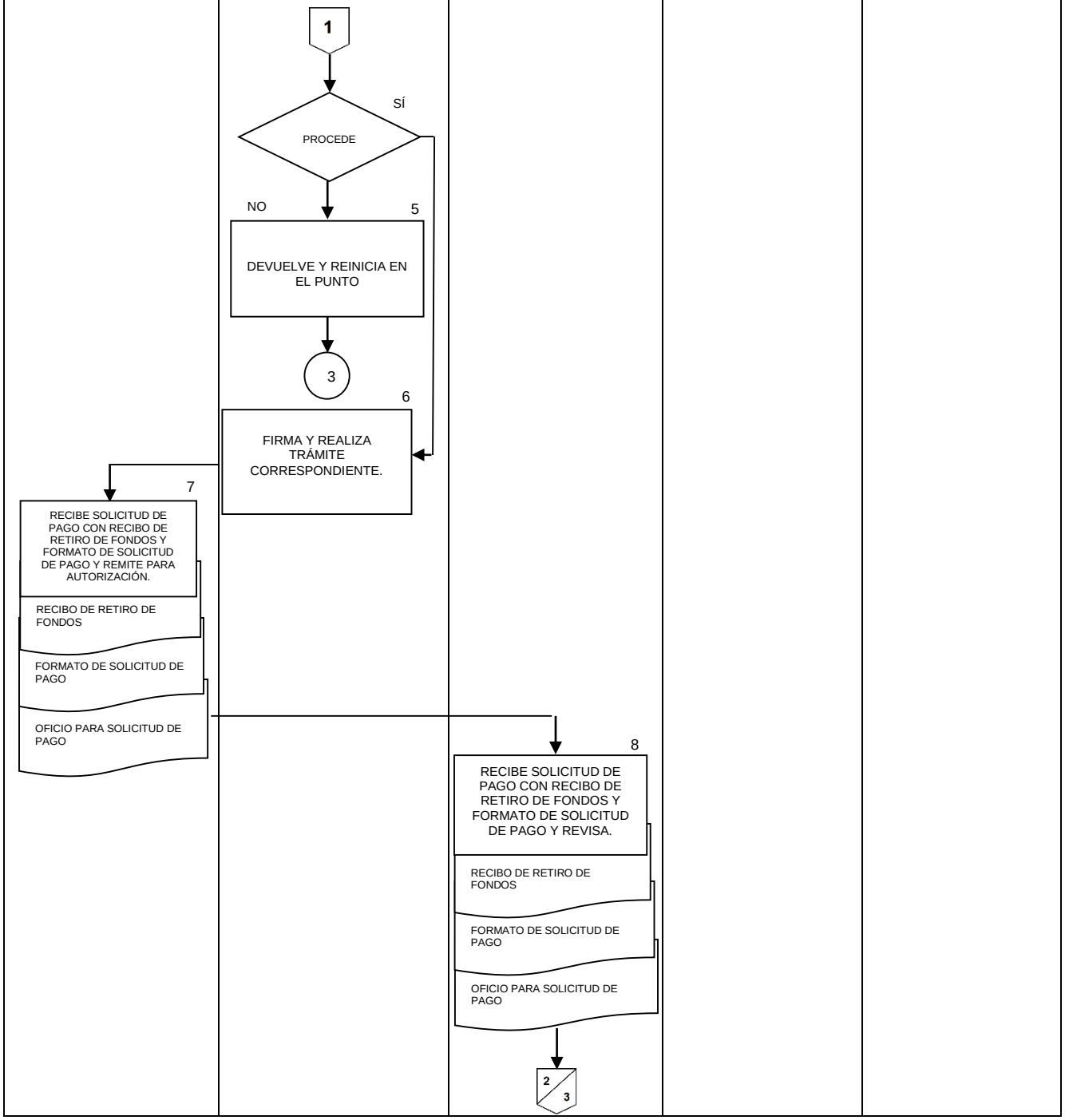
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	21	Comprueba dentro de los 5 días hábiles siguientes, a partir del término de su comisión.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	22	Recibe comprobación, revisa documentación comprobatoria, requisitos fiscales, concepto de gastos, en su caso ficha de depósito y que se encuentren dentro del periodo de comisión. Es correcta la documentación:	▪ Documentación comprobatoria y en su caso ficha de depósito por los recursos no ejercidos.
	23	No: devuelve documentación al comisionado para su corrección o complemento, reinicia en la actividad 21	
	24	Si: verifica que la documentación sea congruente con el importe otorgado y procede a su registro.	
	25	Solicita a la DGPOP a través del SICOP la línea de captura para depósito en ventanilla, para la devolución de los recursos no utilizados y que se encuentran depositados en la cuenta productiva, elabora oficio con el que formalizará la solicitud de la línea de captura ante la DGPOP.	
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (Director de Control del Ejercicio Presupuestal)	26	Recibe oficio, avanza proceso en SICOP, genera línea de captura y envía a la Unidad Administrativa mediante correo electrónico.	▪ Oficio
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y	27	Revisa correo electrónico, imprime línea de captura, elabora cheque y póliza cheque para devolución de los recursos	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Materiales (área de recursos financieros)		a la Tesorería de la Federación y turna para firmas mancomunadas.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	28	Recibe cheque, póliza cheque y línea de captura, revisa beneficiario e importes de documentos y firma, turna para segunda firma.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque
Coordinador Administrativo	29	Recibe cheque, póliza cheque y línea de captura, revisa beneficiario e importes de documentos y estampa la segunda firma, devuelve para lo procedente.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos financieros)	30 31 32	Recibe cheque, póliza cheque y línea de captura, revisa y deposita en ventanilla de institución bancaria. Realiza el registro de la documentación comprobatoria afectando las partidas correspondientes y el depósito bancario en el SICOP. Imprime el formato de documentación comprobatoria que genera el SICOP y avanza el proceso hasta finalizarlo, elabora oficio de comprobación de gastos y envía para folio y firma.	▪ Cheque ▪ Póliza cheque
Coordinador Administrativo	33 34 35	Recibe oficio, formato de documentación comprobatoria y ficha de depósito, revisa: Procede: No: devuelve documentación y reinicia en el punto 32 Si: Folia, firma y envía para el trámite correspondiente.	▪ Oficio ▪ Cheque ▪ Póliza cheque ▪ Nota informativa
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos	36	Recibe oficio, formato de documentación comprobatoria y ficha de depósito, revisa que el oficio se encuentre firmado y envía para comprobación del recibo de	▪ Oficio ▪ Cheque ▪ Póliza cheque ▪ Nota informativa

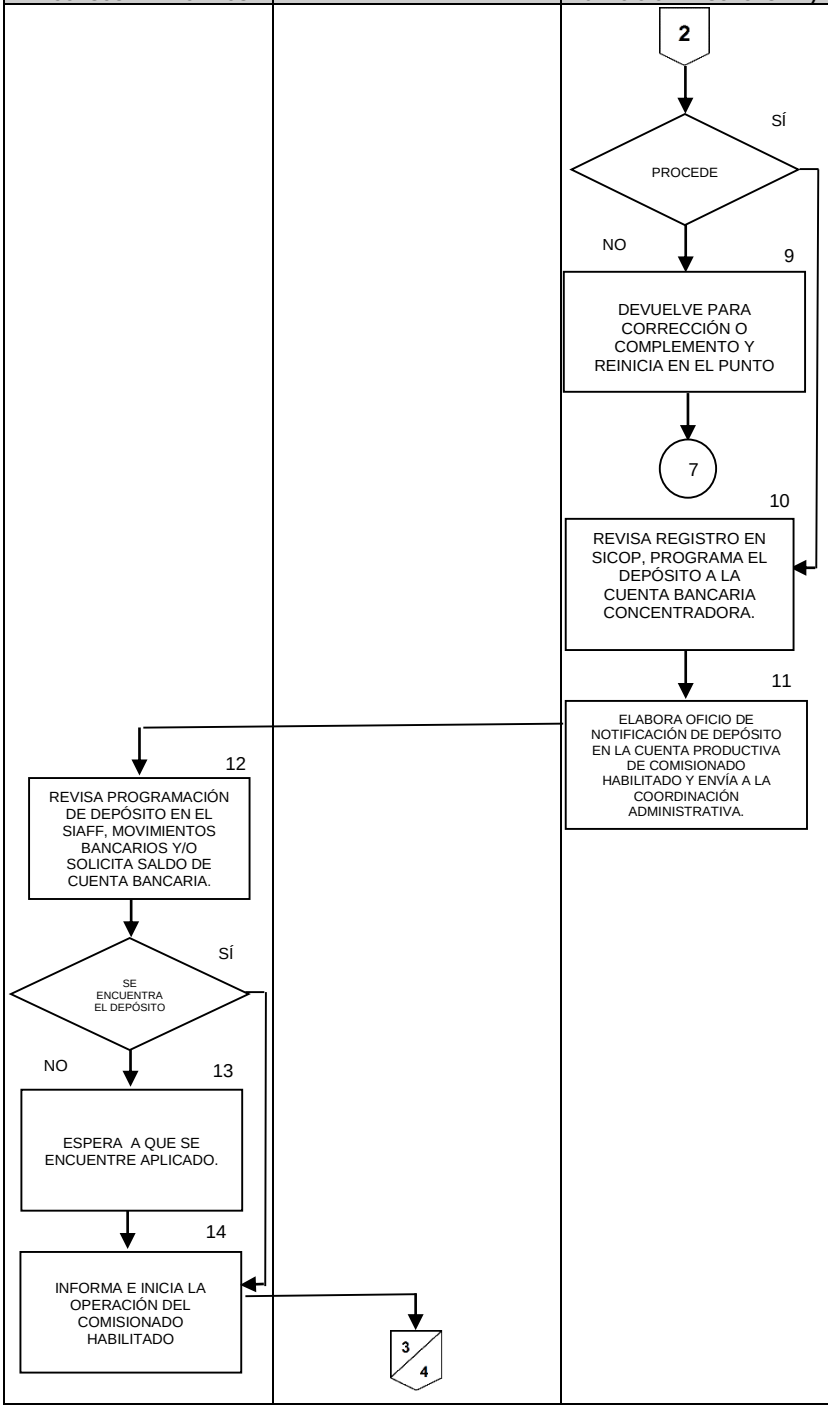
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
financieros)		retiro de fondos.	
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (Director de Control del Ejercicio Presupuestal)	37	Recibe oficio, formato de documentación comprobatoria y ficha de depósito, revisa que el oficio se encuentre firmado y envía para comprobación del recibo de retiro de fondos, revisa que la documentación comprobatoria se encuentre debidamente registrada en el SICOP. Procede: No: devuelve documentación y reinicia en la actividad 36.	▪ Oficio ▪ Recibo de retiro de fondos ▪ Solicitud de pago ▪ Documentación comprobatoria ▪ Nota informativa
	38		
	39	Si: Realiza y autoriza trámite correspondiente para iniciar el proceso en SICOP para comprobación total del recibo de retiro de fondos, a través de interface envía al SIAFF lo correspondiente a los recursos no ejercidos para la reincorporación al presupuesto de la Dirección General.	
	40	Verifica y autoriza la operación del Comisionado Habilitado. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

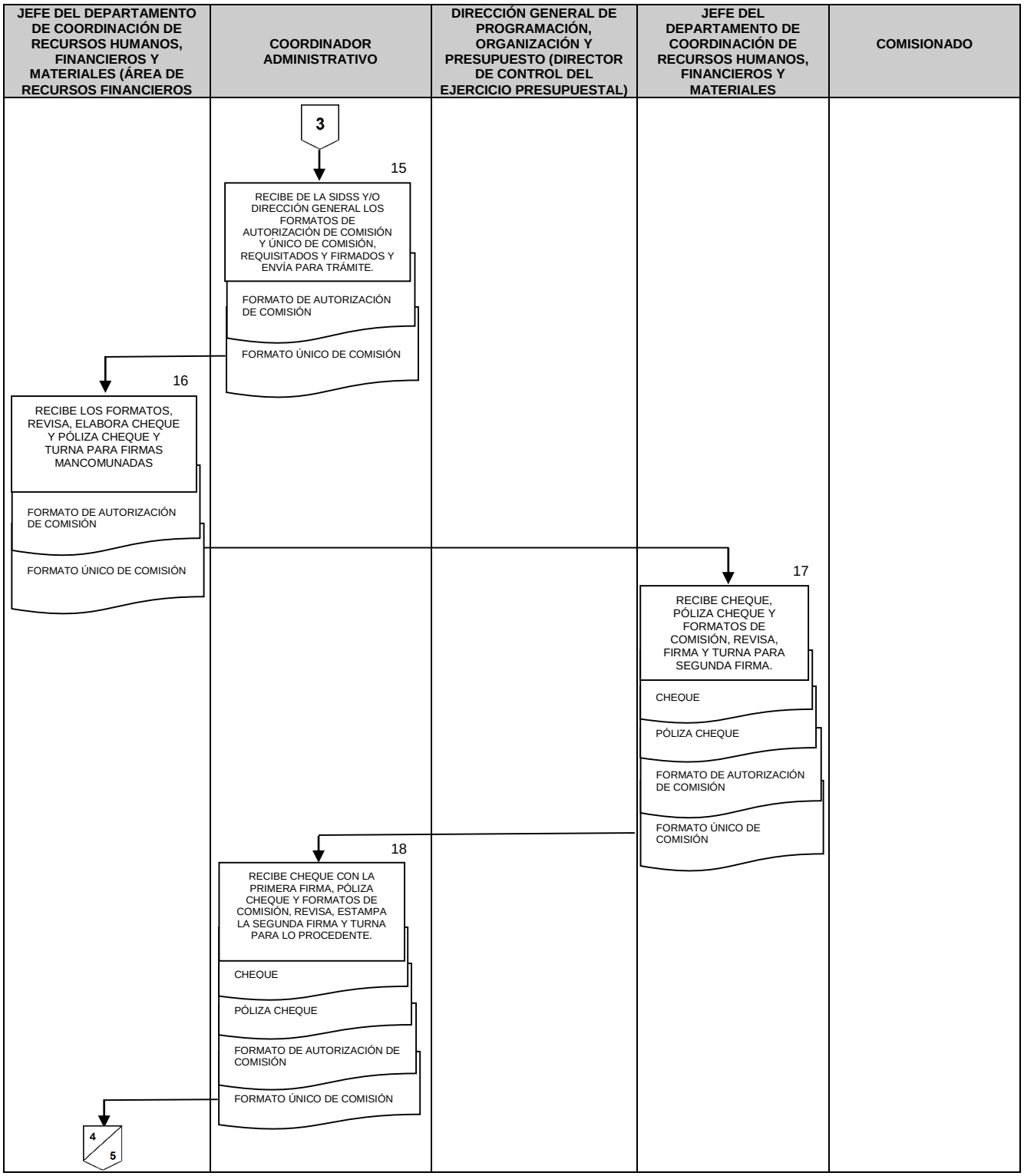
5. DIAGRAMA DE FLUJO

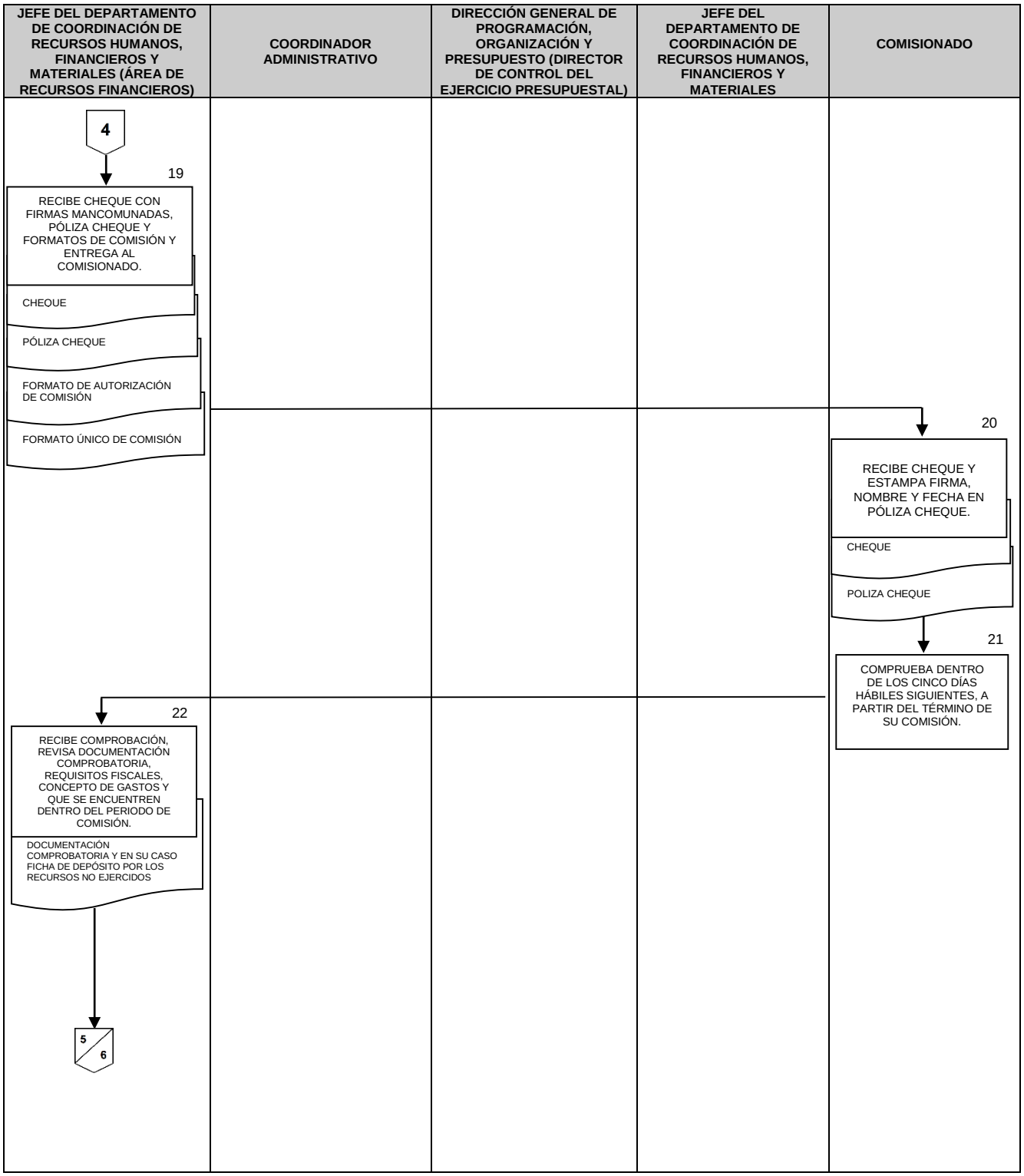



JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
1
PROCEDE
SÍ
NO
5
DEVUELVE Y REINICIA EN EL PUNTO
3
6
FIRMA Y REALIZA TRÁMITE CORRESPONDIENTE.
7
RECIBE SOLICITUD DE PAGO CON RECIBO DE RETIRO DE FONDOS Y FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO Y REMITE PARA AUTORIZACIÓN.
RECIBO DE RETIRO DE FONDOS
FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO
OFICIO PARA SOLICITUD DE PAGO
8
RECIBE SOLICITUD DE PAGO CON RECIBO DE RETIRO DE FONDOS Y FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO Y REVISA.
RECIBO DE RETIRO DE FONDOS
FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO
OFICIO PARA SOLICITUD DE PAGO
2
3

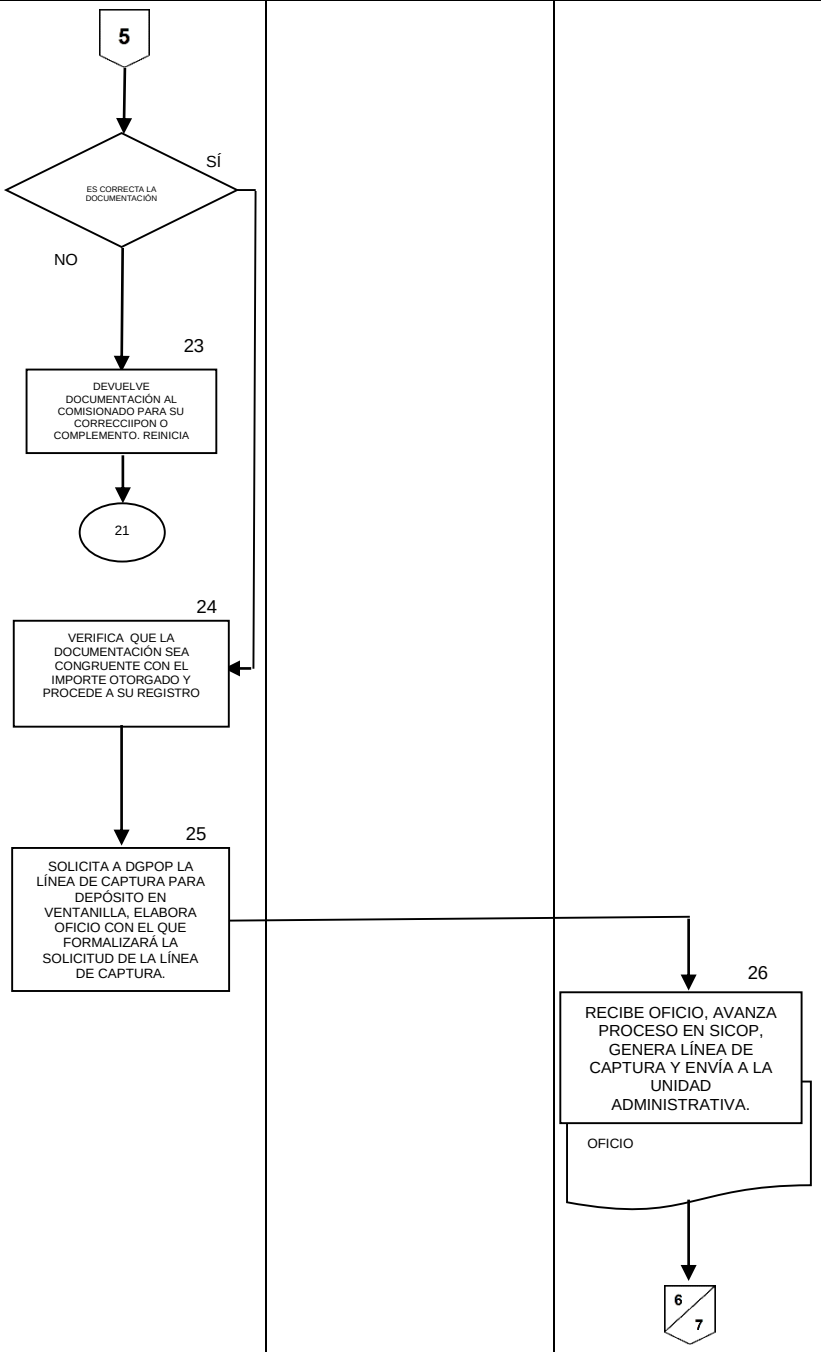
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	COMISIONADO

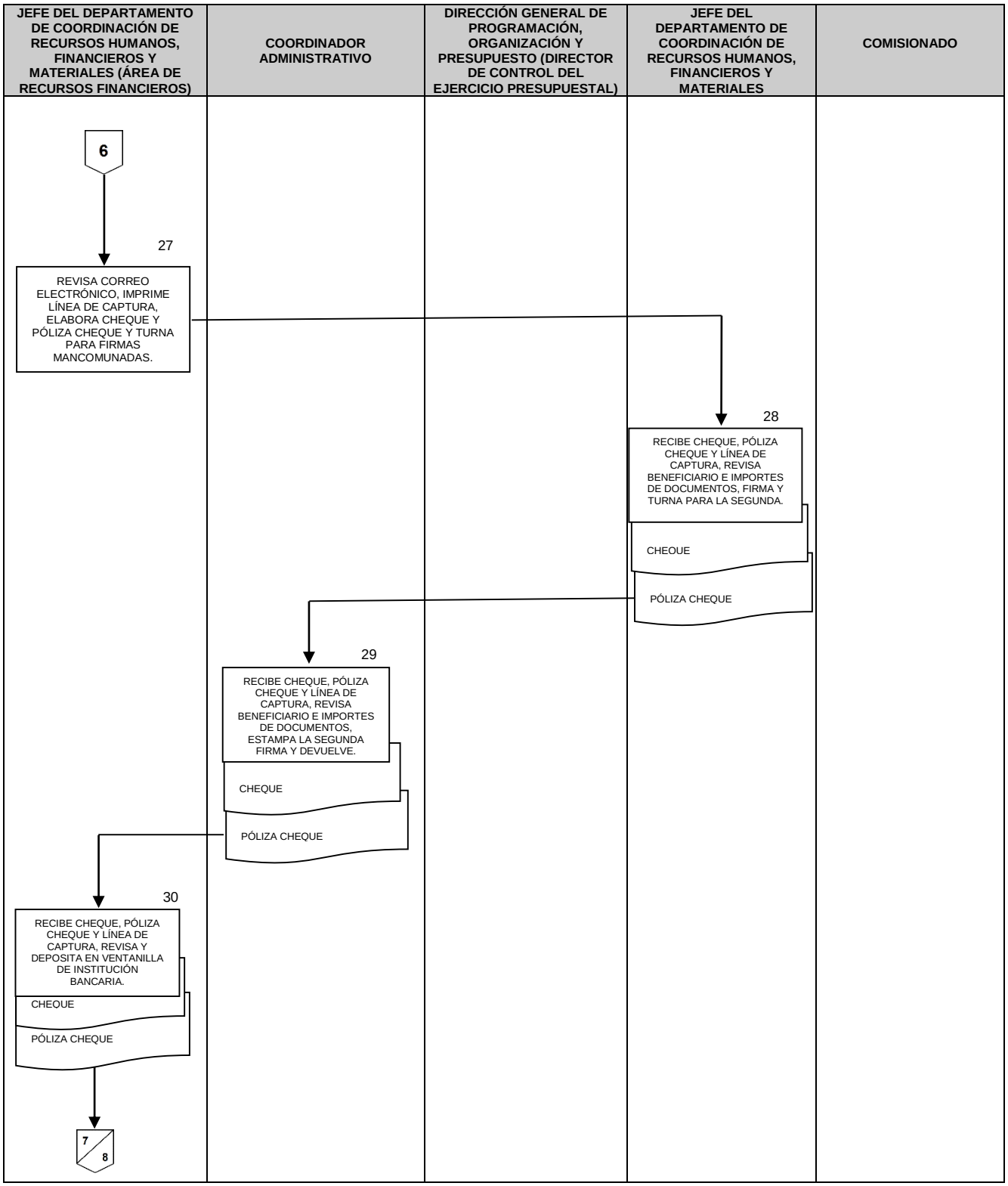


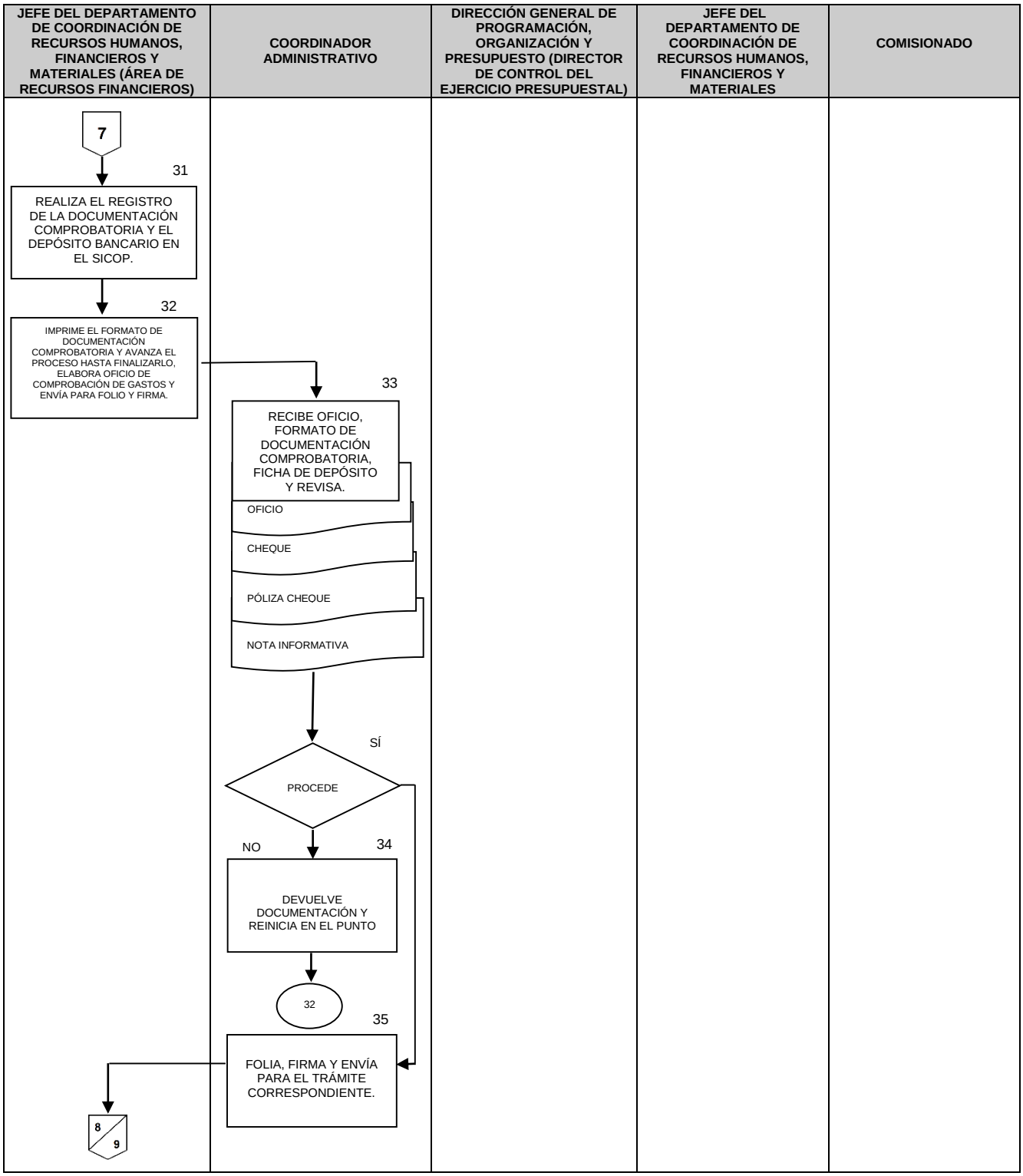

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
3
15
RECIBE DE LA SIDSS Y/O DIRECCIÓN GENERAL LOS FORMATOS DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN Y ÚNICO DE COMISIÓN, REQUISITADOS Y FIRMADOS Y ENVÍA PARA TRÁMITE.
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
16
RECIBE LOS FORMATOS, REVISA, ELABORA CHEQUE Y PÓLIZA CHEQUE Y TURNA PARA FIRMAS MANCOMUNADAS
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
17
RECIBE CHEQUE, PÓLIZA CHEQUE Y FORMATOS DE COMISIÓN, REVISA, FIRMA Y TURNA PARA SEGUNDA FIRMA.
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
18
RECIBE CHEQUE CON LA PRIMERA FIRMA, PÓLIZA CHEQUE Y FORMATOS DE COMISIÓN, REVISA, ESTAMPA LA SEGUNDA FIRMA Y TURNA PARA LO PROCEDENTE.
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
4
5

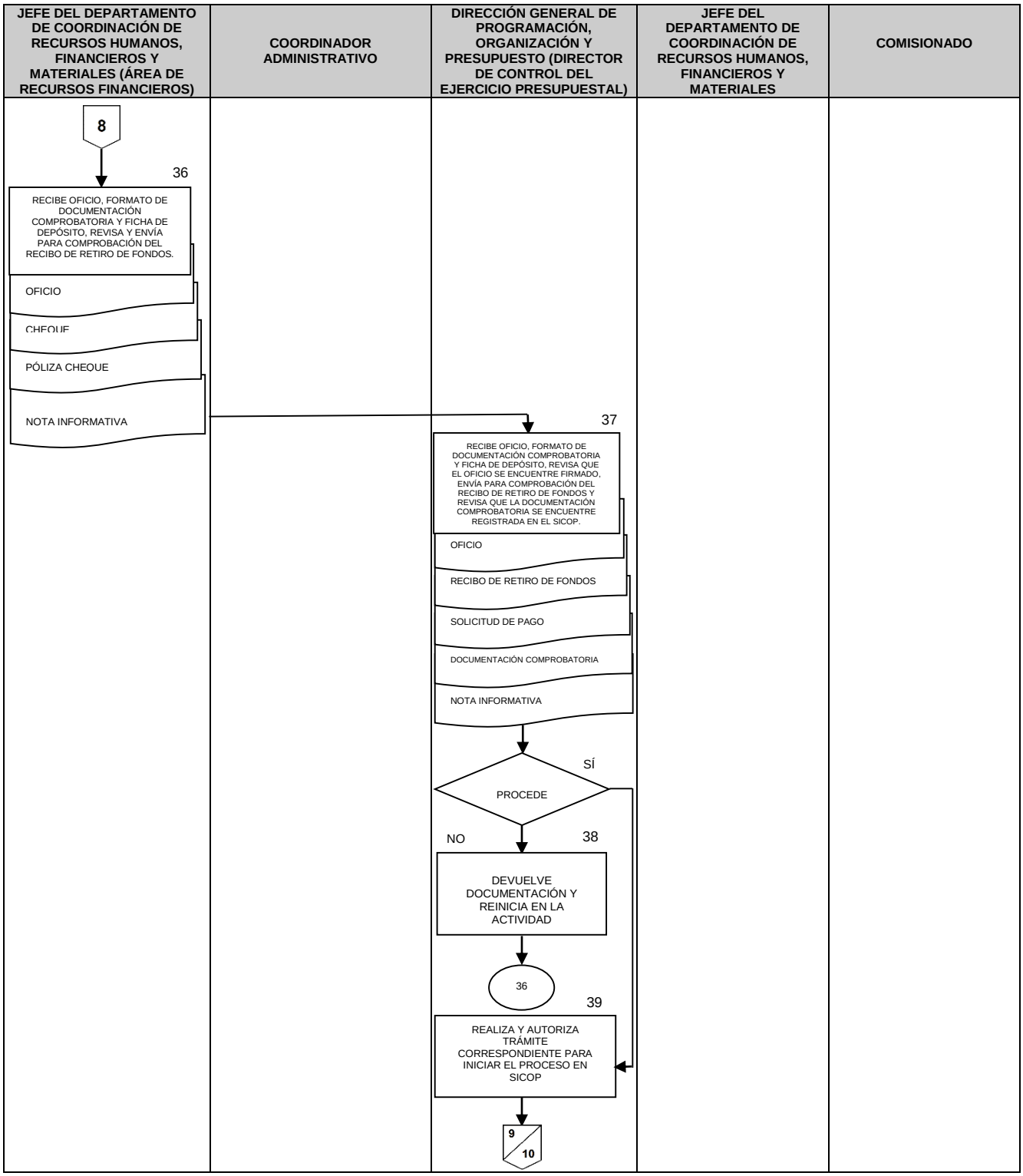

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
4
19
RECIBE CHEQUE CON FIRMAS MANCOMUNADAS, PÓLIZA CHEQUE Y FORMATOS DE COMISIÓN Y ENTREGA AL COMISIONADO.
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN
20
RECIBE CHEQUE Y ESTAMPA FIRMA, NOMBRE Y FECHA EN PÓLIZA CHEQUE.
CHEQUE
POLIZA CHEQUE
21
COMPRUEBA DENTRO DE LOS CINCO DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, A PARTIR DEL TÉRMINO DE SU COMISIÓN.
22
RECIBE COMPROBACIÓN, REVISA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, REQUISITOS FISCALES, CONCEPTO DE GASTOS Y QUE SE ENCUENTREN DENTRO DEL PERIODO DE COMISIÓN.
DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y EN SU CASO FICHA DE DEPÓSITO POR LOS RECURSOS NO EJERCIDOS
5
6

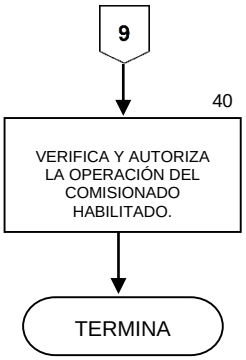
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	COMISIONADO




JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
6
27
REVISA CORREO ELECTRÓNICO, IMPRIME LÍNEA DE CAPTURA, ELABORA CHEQUE Y PÓLIZA CHEQUE Y TURNA PARA FIRMAS MANCOMUNADAS.
28
RECIBE CHEQUE, PÓLIZA CHEQUE Y LÍNEA DE CAPTURA, REVISA BENEFICIARIO E IMPORTES DE DOCUMENTOS, FIRMA Y TURNA PARA LA SEGUNDA.
CHEOUE
PÓLIZA CHEQUE
29
RECIBE CHEQUE, PÓLIZA CHEQUE Y LÍNEA DE CAPTURA, REVISA BENEFICIARIO E IMPORTES DE DOCUMENTOS, ESTAMPA LA SEGUNDA FIRMA Y DEVUELVE.
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
30
RECIBE CHEQUE, PÓLIZA CHEQUE Y LÍNEA DE CAPTURA, REVISA Y DEPOSITA EN VENTANILLA DE INSTITUCIÓN BANCARIA.
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
7
8


JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
7
31
REALIZA EL REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y EL DEPÓSITO BANCARIO EN EL SICOP.
32
IMPRIME EL FORMATO DE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y AVANZA EL PROCESO HASTA FINALIZARLO, ELABORA OFICIO DE COMPROBACIÓN DE GASTOS Y ENVÍA PARA FOLIO Y FIRMA.
33
RECIBE OFICIO, FORMATO DE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, FICHA DE DEPÓSITO Y REVISA.
OFICIO
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
NOTA INFORMATIVA
SÍ
PROCEDE
NO
34
DEVUELVE DOCUMENTACIÓN Y REINICIA EN EL PUNTO
32
35
FOLIA, FIRMA Y ENVÍA PARA EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE.
8
9


JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
COMISIONADO
8
36
RECIBE OFICIO, FORMATO DE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y FICHA DE DEPÓSITO, REVISA Y ENVÍA PARA COMPROBACIÓN DEL RECIBO DE RETIRO DE FONDOS.
OFICIO
CHEQUE
PÓLIZA CHEQUE
NOTA INFORMATIVA
37
RECIBE OFICIO, FORMATO DE DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y FICHA DE DEPÓSITO, REVISA QUE EL OFICIO SE ENCUENTRE FIRMADO, ENVÍA PARA COMPROBACIÓN DEL RECIBO DE RETIRO DE FONDOS Y REVISA QUE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA SE ENCUENTRE REGISTRADA EN EL SICOP.
OFICIO
RECIBO DE RETIRO DE FONDOS
SOLICITUD DE PAGO
DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA
NOTA INFORMATIVA
PROCEDE
SÍ
NO
38
DEVUELVE DOCUMENTACIÓN Y REINICIA EN LA ACTIVIDAD
36
39
REALIZA Y AUTORIZA TRÁMITE CORRESPONDIENTE PARA INICIAR EL PROCESO EN SICOP
9
10

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DIRECTOR DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL)	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	COMISIONADO
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.3 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A
6.4 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Póliza cheque firmada por el beneficiario	Cinco años	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.2 Contrato y tarjetas de registro de firmas originales de cuenta bancaria productiva para la operación del "Comisionado habilitado"	Permanente	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.3 Oficio de recepción y del reintegro de la comprobación de los recursos.	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.4 Estado del ejercicio del presupuesto	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Cheque.** Mandato escrito de pago para cobrar cantidad determinada de los fondos con cargo al presupuesto autorizado de la Unidad Administrativa, y que quien lo expide tiene disponibles en la cuenta de banco aperturada para pagador habilitado.

8.2 **Cuenta bancaria de pagador habilitado.** Cuenta de banca productiva donde son depositados los recursos presupuestarios autorizados mediante solicitud de pago para hacer frente a los compromisos financieros de la Unidad Administrativa.

8.3 **Póliza.** Documento contable en el que se libra una orden para recibir o cobrar algún dinero. Contablemente es un documento de asiento o registro de una operación con todos sus pormenores; según la naturaleza de la operación se les denomina: de caja, de diario, de ingresos, de egresos etc.

8.4 **Reintegro.** Compensación financiera que da origen a un ingreso y cuyos recursos presupuestarios son autorizados de la Unidad Administrativa.

8.5 **Solicitud de pago.** Documento para efectuar comprobación y/o recuperación de los recursos por concepto de Comisionado habilitado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Recibo de retiro de fondos
10.2. Formato de autorización de comisión
10.3. Formato único de comisión
10.4. Facturas
10.5. Oficio y formato de solicitud de pago
10.6. Cheque y póliza cheque
10.7. Nota informativa
10.8. Reintegro Presupuestal

10.1 Recibo de retiro de fondos

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Ciudad de México, a 20 de junio de 2017

RECIBO DE RETIRO DE FONDOS No. 003

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 70, 71 Y 72 DEL REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, RECIBÍ DE LA SECRETARÍA DE SALUD A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO(DGPOP), MEDIANTE LA SOLICITUD DE PAGO 24600, UNIDAD 610, LA CANTIDAD DE $54,553.45 (CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS, 45/100 M.N.), IMPORTE QUE SERA DESTINADO A CUBRIR EL PAGO DE VIÁTICOS Y PASAJES TERRESTRES NACIONALES, COMPROMETIENDOSE ESTA UNIDAD ADMINISTRATIVA A ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE DEBIDAMENTE REQUISITADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 DÍAS HÁBILES, O BIEN EFECTUAR EL REINTEGRO PRESUPUESTAL.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE DENTRO DE LAS ATRIBUCIONES QUE LE CONFIERE EL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD A ESTA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD, ARTÍCULO 18 FRACCIÓN I, II, VI, VIII, X, XVI, XVII, XXVI, XXVI Bis, CUENTA CON EL PERSONAL ADSCRITO A ESTA UNIDAD ADMINISTRATIVA PARA REALIZAR COMISIONES OFICIALES A LAS DIFERENTES ENTIDADES FEDERATIVAS Y PAISES, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS METAS ESTABLECIDAS DE LOS PROGRAMAS ASIGNADOS A ESTA DIRECCIÓN GENERAL.

CABE SEÑALAR QUE EL GASTO NO SE CONTRAPONE A LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD ESTABLECIDAQS EN EL PRESUPUESTO DE EGRASOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL PRESENTE EJERCICIO FISCAL, PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 30 DE NOVIEMBRE DE 2016, ASÍ COMO EL DECRETO QUE ESTABLECE LAS MEDIDAS PARA EL USO EFICIENTE, TRANSPARENTE Y EFICAZ DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y LAS ACCIONES DE DISCIPLINA PRESUPUESTARIA EN EL EJERCICIO DEL GASTO PÚBLICO, ASÍ COMO PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 10 DE DICIEMBRE DE 2012, ASÍ COMO LOS LINEAMIENTOS POR LOS QUE SE ESTABLECEN MEDIDAS DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DE OPERACIÓN EN LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, PÚBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 22 DE FEBRERO DEL 2016.

CLAVE PRESUPUESTARIA	IMPORTE
2017 12 610 2 3 04 00 025 P012 37504 1 1 9 CL040	$47,476.65
2017 12 610 2 3 04 00 025 P012 37201 1 1 9 CL040	$7,076.80
TOTAL	$54,553.45

A T E N T A M E N T E

EL PAGADOR HABILITADO

C.P. JOEL SÁNCHEZ VACIO
SAVJ640427GT3

EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

10.2 Formato de autorización de comisión

SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE COMISIONES NACIONALES

Fecha:	10 de Julio de 2017						
Nombre:	Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia						
Puesto:	Directora de Evaluación de la Calidad						
Unidad Administrativa:	Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Lugar de comisión:	Oaxaca de Juárez, Oaxaca	**Periodo de Comisión:**	Del 11 al 14 de Julio de 2017	**Duración de la comisión (días):**	3 días		
Requiere viáticos:	Sí	**Medio de transporte:**	Aéreo	**Tipo de comisión:**	**Nacional**	**Internacional**	
					X		

Itinerarios:	**Aerolínea**	**Destino**		**Vuelo**	**Horario**	
	Aeroméxico	Ida	Ciudad de México - Oaxaca	AM2098	14:10 p.m.	15:24 p.m.
	Aeroméxico	Regreso	Oaxaca- Ciudad de México	AM2047	08:29 a.m.	09:50 a.m.

Motivo de la comisión:	***Realizar el pilotaje de la Cédula de Acreditación para hospitales de segundo nivel en CAUSES, en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Ciudad de Oaxaca de Juárez del 11 al 14 de Julio del 2017.***
Justificación y/o comentarios:	***La Dirección General de Calidad y Educación en Salud conduce el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica el cual tiene como objetivo coadyuvar en el cumplimiento de criterios de capacidad, seguridad y calidad a fin de fortalecer el Sistema Nacional de Salud e incidir en la Meta Nacional II "México Incluyente" del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la que se establece el objetivo 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud", y Estrategia 2.2 "Mejorar la calidad de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud", así como en el objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud 2013-20182. "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", y su Estrategia 2.2. "Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud". Por lo anterior, la presente comisión forma parte de los trabajos de actualización de los instrumentos de evaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.***

Área requirente

Comisiona

Dra. Odet Sarabia González
Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Comisionado

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Directora de Evaluación de la Calidad

Valida

C.P. Ernesto Ortiz Yescas
Coordinador Administrativo de la Unidad Administrativa

Autoriza

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

C.c.p. Área de Recursos Humanos
Sección/ Serie: 5C 22

OK

10.3 Formato único de comisión

SALUD

DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN.

GENERALIDADES

C: VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA — No. 89
ADSCRIPCIÓN: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD — FECHA: 10/07/2017
FILIACIÓN: [redacted]
PUESTO: DIRECTORA DE AREA
CLAVE/CATEGORÍA: [redacted]
RESIDENCIA: CIUDAD DE MEXICO
COMISIONADO AL ESTADO/PAÍS DE: OAXACA, OAXACA
PERIODO DURANTE: 3.0 DÍAS DEL 11/jul AL 14/jul DE 2017

NACIONAL: [X] INTERNACIONAL: [ ]

MOTIVO DE LA COMISIÓN: REALIZAR EL PILOTAJE DE LA CÉDULA DE ACREDITACIÓN PARA HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL EN CAUSES, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD EN LA CIUDAD DE OAXACA DE JUAREZ

MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE [ ] AÉREO [X]

VIATICOS

LUGARES Y PERIODOS DE LA COMISIÓN	TARIFA	CUOTA DIARIA	DIAS	IMPORTE
OAXACA, OAXACA	B	$1,700.00	3.0	$ 5,100.00
				$ 5,100.00

OBSERVACIONES:

IMPORTE TOTAL DE VIATICO	$ 5,100.00
GASTOS DE CAMINO	
CASETAS	
GASOLINA	
TOTAL	$ 5,100.00

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF	PI	
025	P012	37504	1	1	CL040	

IMPORTE: $ 5,100.00

EVALUACIÓN

DOCUMENTOS DE RESPALDO
( ) Actas Circunstanciadas
( ) Diplomas o Constancias de Participación
( ) Programas de Trabajo
(X) Informe de la Comisión
( ) Otros
DESCRIBIR:

PASAJES

VIAJE REDONDO DE: MEX-OAXACA, OAX.-MEX

ESPECIFICACIONES

SELLO PRESUPUESTAL

AÑO	RAMO	UR	GF	FN	SF	PG
2017	12	610	2	3	04	00
AI	PP	OG	TG	FF	PI	
002	M001	37104	1	1	AD010	

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

DIRECTOR GENERAL	EL BENEFICIARIO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ	VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUIA	C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

10.4 Facturas



ETN TURISTAR LUJO, S.A. DE C.V.

FACTURA

La Línea más Cómoda

SATURNO #39 Col.NUEVA INDUSTRIAL VALLEJO
GUSTAVO A MADERO, CIUDAD DE MEXICO,CP. 07700
Tel. 01(55)57524666
RFC. TLU080610C81

INTEGRANTE DEL COORDINADO FISCAL ENLACES TERRESTRES NACIONALES S.A. DE C.V. CON RFC ETN9102079WA

Regimen General de Ley Personas Morales

Lugar y Fecha de Expedición:
QUERETARO, QUERETARO a 24 de Abril de 2017. Hora de Impresión 10:51:21

Cliente
SECRETARIA DE SALUD
LIEJA No.7 JUAREZ CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO C.P. 06600
RFC. SSA630502CU1
Por concepto de:
SERVICIO PUBLICO FEDERAL DE TRANSPORTE DE PERSONAS

Números de Operaciones:
108110892,108110893,108165453,108165454

Unidad	Cantidad	Precio unitario	Importe
N/A	1	301.72	301.72
N/A	1	301.72	301.72
N/A	1	271.55	271.55
N/A	1	244.40	244.40

Subtotal	1,119.39
IVA 16%	179.11
Total	1,298.50
Bueno por	$ 665.00

(UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 50/100 MXN)

Método de Pago: 99,01 Número de Cuenta: No Identificado

Cadena Original:

||1.0|5B37C15A-CC5D-4A1B-B271-27A092AC249A|2017-04-24T10:51:02|vqfHxUicgu14TA98XGdP8mheoPd0KS2IUA1U6B38KE2v9O9XM65b52XVK2FwOiQl2+Csp m6HhFgAh7mzaSNsUHbwzP/8Ki6/dnu+zyen67LfSB4khOoL2jbN+ewQGMVFOR2XaBe1+dJO8qDWVG P7EMSM21sqpc4ibWgegXRz/OxaENP6BVdLTncEMzPIUQJ6GFLIWM48FxmHSGC3JB9mMuQjcupzIKF

Sello Digital del CFDI

vqfHxUicgu14TA98XGdP8mheoPd0KS2IUA1U6B38KE2v9O9XM65b52XVK2FwOiQl2+Cspm6HhFgAh7m zaSNsUHbwzP/8Ki6/dnu+zyen67LfSB4khOoL2jbN+ewQGMVFOR2XaBe1+dJO8qDWVGP7EMSM21sqpc 4ibWgegXRz/OxaENP6BVdLTncEMzPIUQJ6GFLIWM48

Serie CSD B Folio 2418647

No. Certificado: 00001000000400780073

Certificado SAT:
00001000000405179095
Folio Fiscal:
5B37C15A-CC5D-4A1B-B271-27A092AC249A

Fecha y Hora de Certificación.
2017-04-24 10:51:02

Sello SAT

V2sHlJw4OoHVBh36LmQRjiLKbPRXI0QRrNRygd+FRx0KeBdDDPpJb72AqMC2RMQLsJlusLsEgbHwp qWDXacYUDdf7HpgNJc09WF5m+HlyyDfyu/Mp73l1YCMbzISogblX1U8Nd+Qug9owjVwz10MfSu2YE2K2 zFrgb0rYC3WOuuhb7ZqPrpeoAxS5qJzGP/Orh0vMNMe

Este documento es una representación impresa de un CFDI

"La reproducción no autorizada de este comprobante constituye un delito en los términos de las disposiciones fiscales"

El pago de la presente factura deberá hacerse en una sola exhibición

Efectos fiscales al pago

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

10.5 Oficio y formato de solicitud de pago

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Oficio No. DGCES-CA- 01967 -2017.
Ciudad de México, a 21 de Junio de 2017.

LIC. JOSÉ GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
REFORMA No. 156 Piso Nº 16
COL. JUÁREZ
DEL. CUAUHTÉMOC C.P. 06600

AT´N: C. P. HILDA ROMERO OSORIO
DIRECTORA DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

Por este medio, me permito enviar a usted, documentación comprobatoria de gastos efectuados con cargo al presupuesto autorizado de esta Dirección General, con el propósito de que se efectúe el trámite de la solicitud de pago por Comisionado Habilitado. La información se detalla a continuación:

PARTIDA	DENOMINACION	IMPORTE
37201	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISIÓN	$ 7,076.80
37504	VIATICOS NACIONALES PARA SERVIDORES PÚBLICOS EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	$ 47,476.65
	TOTAL SOLICITUD DE PAGO Nº 24600	**$ 54,553.45**

Se indican los procesos generados en la captura de la solicitud de pago en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP).

Solicitud de Pago Directo			Documentación Comprobatoria	
No. Proceso	**Folio**	**No. Solicitud**	**No. Proceso**	**Folio**
77830	60	24600	77826	60

SE ANEXA: Recibo de Retiro de Fondos No. 003, Nota Informativa y Reportes de SICOP. 11467

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

SALUD
21 JUN. 2017
RECIBIDO
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL

ATENTAMENTE
EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

C.c.p. Dr. Sebastián García Saisó.- Director General de Calidad y Educación en Salud.- Presente
Sección/Serie: 5C.14

Homero Nº 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

6

10.5 Oficio y formato de solicitud de pago

SOLICITUD DE PAGO PARA SU REVISION

Comisionado Habilitado

FECHA DE EXPD.			FECHA DE PAGO SOLICITADA			NUMERO	HOJA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		No.	DE
20	06	2017				012-24600	1	1

$ 54,553.45 (CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS 45/100 M.N. **********)

TIPO DE MONEDA			EQUIVALENTE	TIPO DESTINO	TESOFE / SNC	No. PROCESO	ESTADO	UNIDAD EJECUTORA
CLAVE	NOMBRE	TIPO DE CAMBIO						
	NACIONAL		M.N.	NA	TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN	77830		Dirección General de Calidad y Educación en Salud

No. SEC.	TIPO	CLAVE PRESUPUESTAL	TIPO DE CONCEPTO	DOCUMENTO DE REFERENCIA	BENEFICIARIO	CONCEPTO	IMPORTES BRUTO	IMPORTES NETO
1	REC	012.610.2304.025.P012.37000.1.1.09.00000000000 37201 - Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión	PN-000		R12610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD/CH	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	7,076.80	7,076.80
2	REC	012.610.2304.025.P012.37000.1.1.09.00000000000 37504 - Viáticos nacionales para servidores públicos en el desempeño de funciones oficiales	PN-000		R12610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD/CH	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	47,476.65	47,476.65
					RFC/Código: SSA630502CU1 Cuenta: 02118004020459418 7 Banco: HSBC Mexico, S. A. Sucursal: S/N			
							54,553.45	54,553.45
						I.S.R.	.00	
						I.V.A.	.00	
						5 AL MILLAR	.00	
						OTRAS RETEN	.00	

PUESTO: _____ Vo. Bo.

_____ FIRMA

NOMBRE: _____

PUESTO: COORDINADOR ADMINISTRATIVO AUTORIZO

_____ FIRMA

NOMBRE C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

NOTAS ESPECIALES Y/O ACLARACIONES

DEL RAMO

La presente documentación cumple con los requisitos fiscales establecidos en la normatividad vigente, verifico su autenticidad y comprueba el ejercicio de la(s) partida(s) presupuestal(es) que se menciona(n) y su pago debera otorgarse bajo mi responsabilidad

DE LA TESOFE O SNC

CLAVES

PARA LA ANOTACION DEL TIPO DE COMPROBANTE EN LAS CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS

COMPROBANTES

CLAVE	DOCUMENTO
F	FACTURA
N	NOMINA
LR	LISTA DE RAYA
R	RECIBO
E	ESTIMACION
RRF	RECIBO RET. FONDOS
O	OTROS

10.6 Cheque y póliza de cheque

COPIA DEL CHEQUE

23 de junio de 2017

ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ $4,250.00

(CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)

Cheque No. 9000109

CONCEPTO DEL PAGO:

VIATICOS POR COMISIÓN A LA CIUDAD DE SAN MIGUEL DE ALLENDE GUANAJUATO DEL 26 AL 28 DE JUNIO PARA PARTICIPAR COMO REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD EN EL EVENTO QUE REALIZA LA ESCUELA DE PARTERAS PROFESIONALES DE CASA.

FIRMA CHEQUE RECIBIDO: Adriana A. Castro Gonzalez 23/06/17

DISTRIBUCION CHEQUE - BENEFICIARIO COPIA COLOR - ARCHIVO CON COMPROBANTES.- COPIA BLANCA NUMERICO.- CONTABILIDAD BANCARIAS

CUENTA	SUB-CUENTA	NOMBRE	PARCIAL	DEBE	HABER
11206-	0000-0000	ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ VIATICOS POR COMISIÓN A LA CIUDAD DE SAN MIGUEL DE ALLENDE GUANAJUATO DEL 26 AL 28 DE JUNIO PARA PARTICIPAR COMO REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD EN EL EVENTO QUE REALIZA LA ESCUELA DE PARTERAS PROFESIONALES DE CASA.		$4,250.00	
11203-	0002-0000	Cta. No. 040-20459400 ADRIANA ARTEMISA CASTRO GONZÁLEZ Cheque No. 9000109			$4,250.00
			SUMAS IGUALES	$4,250.00	$4,250.00

HECHO POR:	REVISADO:	AUTORIZADO:	AUXILIARES:	DIARIO:	POLIZA No.
IRC	JSV	EOY			78

CP 1013 pcform

HSBC

9000124

FECHA: 10 de agosto de 2017

PAGUESE ESTE CHEQUE A: EDNA ASUAN PICHARDO AGUIRRE $ 4,250.00

LA CANTIDAD DE: (CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)

MONEDA NACIONAL

R12 610 DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y
RFC SSA-630502-CU1 CTA 4020459400
SUC 3003 SUDERMAN
MEXICO DF

CUENTA No. CHEQUE No. FIRMA

0968⑆511800215⑆040 20459400⑈9000124

10.7 Nota informativa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

NOTA INFORMATIVA

La presente solicitud de pago se fundamenta en los artículos 52 de la Ley Federal del Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 64, 65, 66, 68, 73 fracción II inciso C, 75, 76 y 86 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y el artículo 18 fracciones I, II, VII, XI, XVI y XXI del Reglamento Interno de la Secretaría de Salud.

Con base en lo anterior y para cubrir los pagos por viáticos y pasajes terrestres nacionales, necesarios para la operación de esta Unidad Administrativa, por este medio me permito solicitar a usted tramite el pago de la solicitud No. 24600 de Comisionado Habilitado por un importe total de $54,553.45, correspondiente al Recibo de Retiro de Fondos No. 003.

Cabe señalar, que el gasto no se contrapone a las medidas de austeridad establecidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el presente ejercicio fiscal, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de noviembre de 2016, así como el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 10 de diciembre de 2012. Así como los Lineamientos por los que establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 22 de Febrero de 2016.

EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTÍZ YESCAS

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

10.8 Reintegro Presupuestal

SIAFF

SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

REPORTE DE REINTEGROS

Fecha de Impresión: 09-08-2017 10:44 Impreso por: CONSULTA12610EORTIZ

Ramo-Unidad 12 - 610 Folio Reintegro 4 Folio Dependencia 1054 Fecha de Aplicacion 08082017

Tipo de Reintegro 1 EFECTIVO Fecha de Captura 08082017 Banco

Importe Total $24,816.87 Forma de Pago Cuenta Bancaria

Causa del Reintegro 8 Otros Proceso 737095 WF_Reintegros_LC Aplicacion Contable 0

Observaciones Otros RECURSOS NO EJERCIDOS REL RECIBO No. 003 DE COMISIONADO HABILITADO Estatus Reintegro Autorizador Ramo

Clave de Rastreo Identificacion Linea de Captura 0017ABJO603643318295

Observaciones

Sec	Folio Clc	Fol Clc Dep	Sec Clc	Medio de Pago	Ramo	Uni	Mes	Ciclo	GF	F	SF	PR	AI	IPP	PP	Ogto	Tg	Pf	Ef	PPI	Importe Sec Clc	Importe Sec Reint
1	40	25504	1	SPEI	12	610	8	2017	2	3	4	0	25	P	12	37201	1	1	9	0	$7,076.80	$5,828.80
2	40	25504	2	SPEI	12	610	8	2017	2	3	4	0	25	P	12	37504	1	1	9	0	$47,476.65	$18,988.07

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

Página 1 de 1

167. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar y/o actualizar el Manual de Organización Específico y el Manual de Procedimientos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para dar cumplimiento a las disposiciones de formalización estructural, de organización y de procesos de trabajo, así como de la difusión de los mismos para todos aquellos interesados con las funciones y encargos institucionales de la unidad administrativa.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno la Coordinación Administrativa coordina la actualización e integración del Manual de Organización Específico y Manual de Procedimientos de la DGCES, el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales integra los manuales, y las áreas de estructura que conforman a la unidad administrativa elaboran y/o actualizan los procedimientos inherentes a cada una de éstas, conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).

2.2 A nivel externo la DGPOP se encarga de determinar los principios comprendidos en las guías para la elaboración y actualización de los manuales, valida que los contenidos de éstos estén alineados a la normatividad y a las políticas formuladas por esa dirección y emite dictamen de autorización a los manuales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, es la responsable de efectuar la coordinación de los trabajos con las áreas de estructura de la DGCES, para la elaboración y/o actualización de los manuales, conforme a las guías para su elaboración emitidas por la DGPOP.

3.2 Cada área de estructura es responsable directo de elaborar y/o actualizar y presentar en tiempo y forma el contenido de los manuales que son de su competencia, por lo que también es responsable solidario en la integración de éstos.

3.3 Como mecanismo para facilitar los trabajos de integración de los contenidos de los manuales, cada dirección general adjunta y cada dirección de área de la DGCES, debe designar a un responsable de enlace quien contribuirá al interior de su área de adscripción en la atención de los requerimientos para la elaboración y/o actualización de los manuales.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

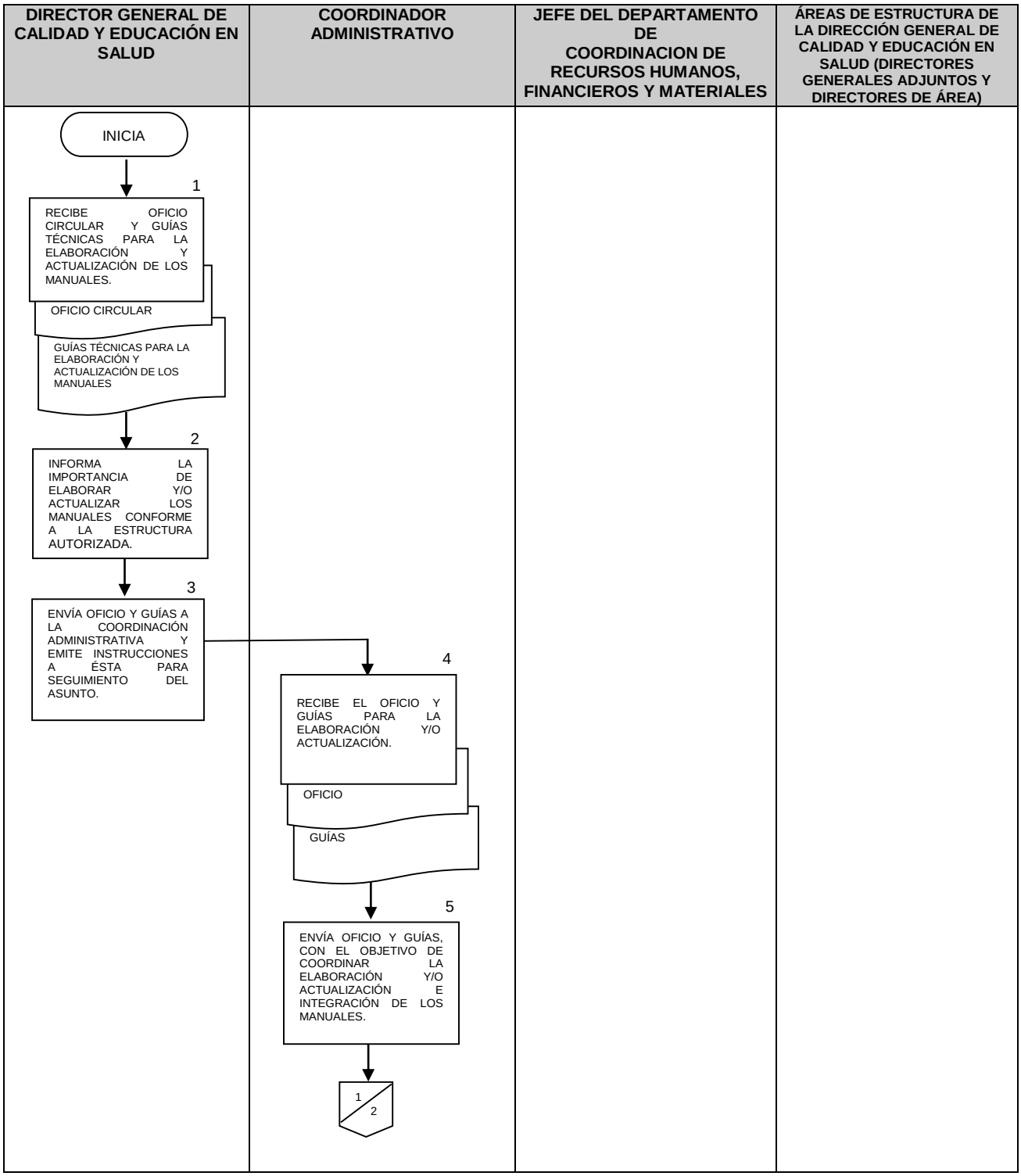
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud	1	Recibe de la DGPOP oficio circular y guías técnicas para la elaboración y actualización de los manuales de la unidad administrativa.	▪ Oficio circular ▪ Guías técnicas para la elaboración y actualización de los manuales
	2	Informa a través de reunión a los directores generales adjuntos y los directores de área, la importancia de elaborar y/o actualizar los manuales conforme a la estructura autorizada de esta unidad administrativa, así como presentar la información en tiempo y forma.	
	3	Envía oficio y guías a la Coordinación Administrativa y emite instrucciones a ésta para seguimiento del asunto.	
Coordinador Administrativo	4	Recibe el oficio y guías para la elaboración y/o actualización de los manuales de la unidad administrativa.	▪ Oficio ▪ Guías
	5	Envía oficio y guías al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, con el objetivo de coordinar a través de éste, la elaboración y/o actualización e integración de los manuales.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	6	Recibe el oficio y las guías para la elaboración y/o actualización de los contenidos de los manuales.	▪ Oficio ▪ Guías
	7	Elabora expediente para el control y seguimiento del proceso.	▪ Expediente
	8	Proporciona, a través de oficio o memorándum firmado por el Coordinador Administrativo, copia del oficio y guías a las áreas de estructura de mayor nivel jerárquico de la DGCES (direcciones generales adjuntas y direcciones de área), para que éstas a su vez difundan la información entre sus inferiores jerárquicos.	▪ Oficio o memorándum

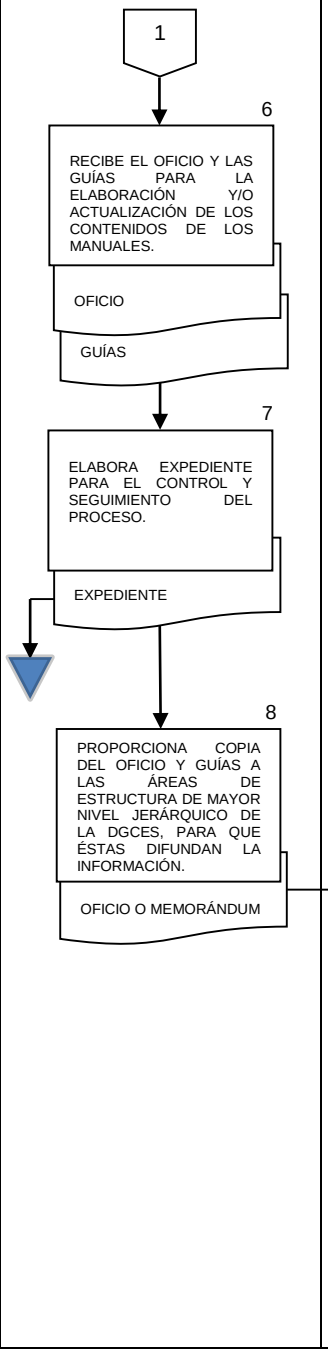
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (directores generales adjuntos y directores de área)	9	Recibe copia del oficio y guías para elaborar y/o actualizar los contenidos de los manuales.	▪ Copia del oficio ▪ Guías
	10	Designa a un enlace, quien es el responsable de la integración de los manuales del área y de asesorar al personal encargado de elaborar y/o actualizar los manuales de la dirección.	
	11	Incorpora el contenido de los manuales.	
	12	Envía a la Coordinación Administrativa la propuesta de contenido de los manuales.	▪ Propuesta de contenido de los manuales
Coordinador Administrativo	13	Recibe a través de memorándum la propuesta de contenido de los manuales y la envía al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para seguimiento.	▪ Memorándum u oficio ▪ Propuesta
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	14	Recibe la propuesta de contenido de los manuales realizada por las áreas de estructura de la DGCES.	▪ Memorándum ▪ Propuesta
	15	Revisa que el contenido de los manuales se haya realizado conforme a los lineamientos señalados en las guías. Procede	
	16	No. Emite sugerencias de mejora al documento mediante memorándum (firmado por el Coordinador Administrativo) para su corrección. Regresa a la actividad 14.	▪ Memorándum
	17	Sí. Integra la propuesta de los manuales y elabora proyecto de oficio (para firma del director general) solicitando a la DGPOP la revisión de éstos.	▪ Propuesta ▪ Proyecto de oficio

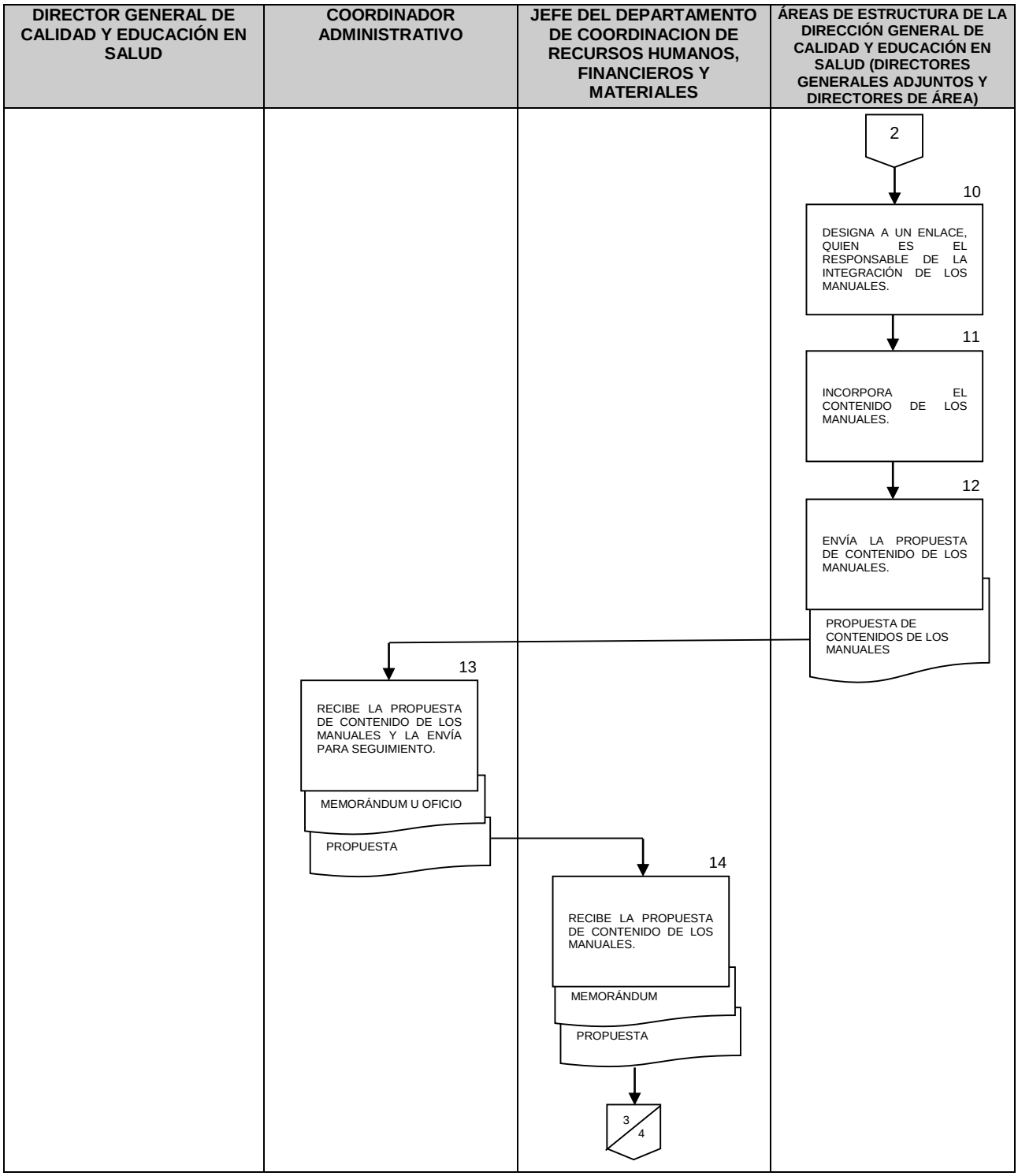
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	18	Turna a la Coordinación Administrativa el proyecto de oficio y propuesta de manuales.	▪ Proyecto ▪ Propuesta
Coordinador Administrativo	19	Recibe el proyecto y propuesta.	▪ Proyecto ▪ Propuesta
	20	Diligencia la firma del oficio, ante el director general, asimismo, le envía la propuesta de los manuales para su ratificación.	
Director General de Calidad y Educación en Salud	21	Recibe vía memorándum el proyecto y la propuesta de manuales, firma el oficio y lo entrega a la Coordinación Administrativa.	▪ Memorándum ▪ Proyecto ▪ Propuesta
Coordinador Administrativo	22	Recibe oficio firmado y propuesta de manuales y los envía a la DGPOP para su análisis y revisión técnica.	▪ Oficio firmado ▪ Propuesta
Director General de Calidad y Educación en Salud	23	Recibe respuesta de la DGPOP al oficio.	▪ Respuesta al oficio
	24	Envía al Coordinador Administrativo la respuesta al oficio, con el propósito de que le dé seguimiento.	
Coordinador Administrativo	25	Recibe la respuesta al oficio. ¿Están correctos los manuales?	▪ Respuesta al oficio
	26	No. Emite instrucción al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, para que se coordine con las áreas de estructura de la DGCES, con el propósito de que éstas atiendan las observaciones efectuadas por la DGPOP; asimismo, el Departamento integrará la nueva propuesta de manuales. Regresa a la actividad 14.	
	27	Sí. Recibe el oficio de registro de los manuales, los formatos de autorización de éstos y los manuales aprobados.	▪ Oficio de registro ▪ Formatos de autorización ▪ Manuales aprobados

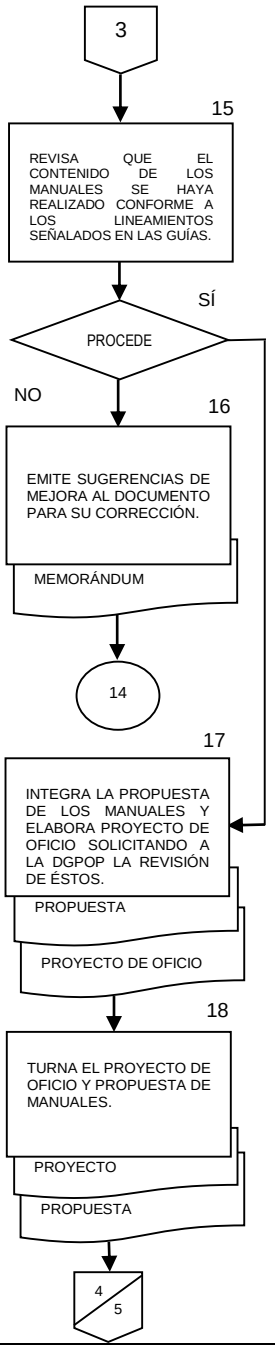
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	28	Archiva el oficio, los formatos y los manuales.	▪ Oficio ▪ Formatos ▪ Manuales
	29	Pide a la Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico se incluyan los manuales autorizados en la página web de la unidad administrativa, previa autorización del Director General, para su consulta. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

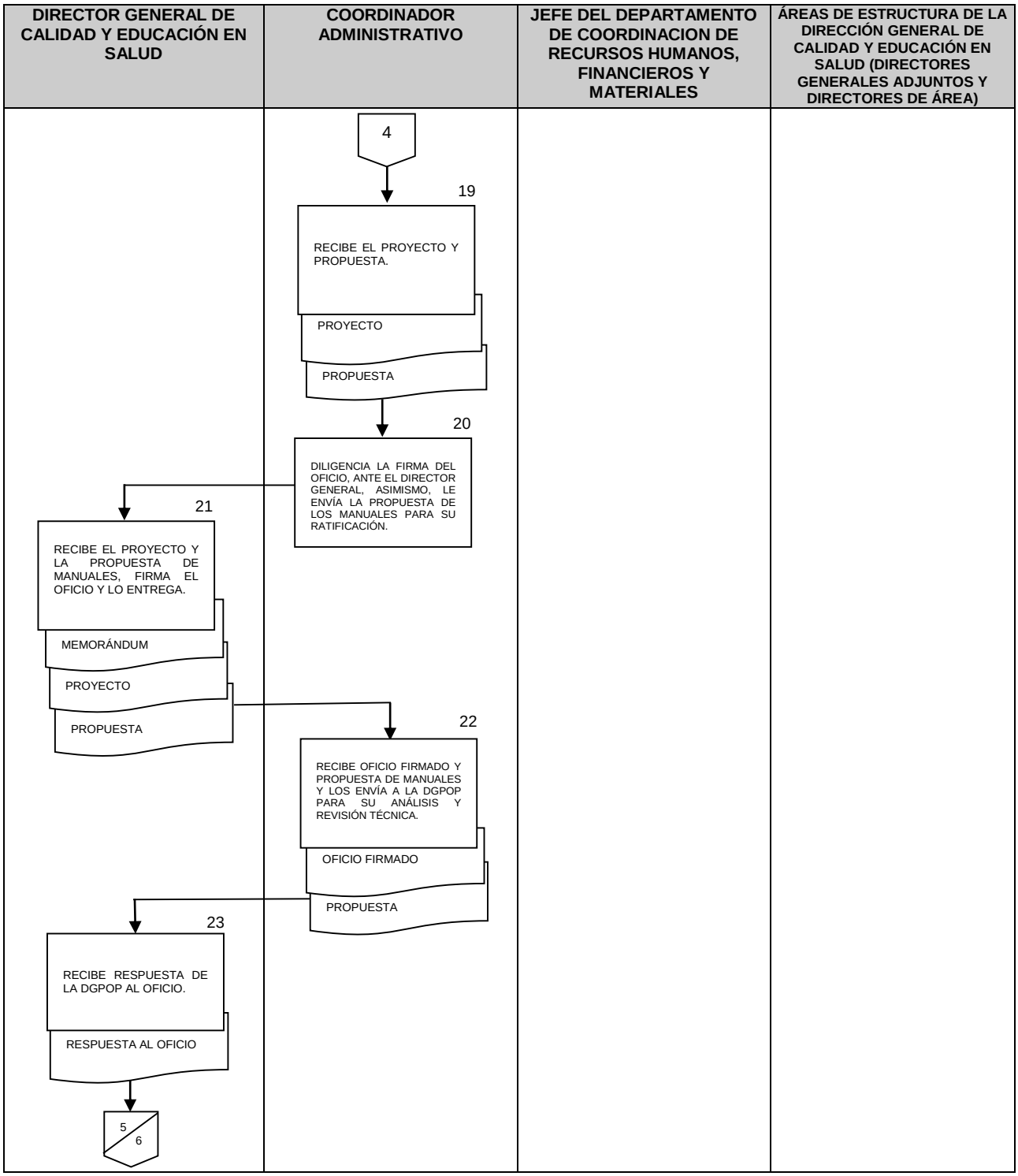
5. DIAGRAMA DE FLUJO

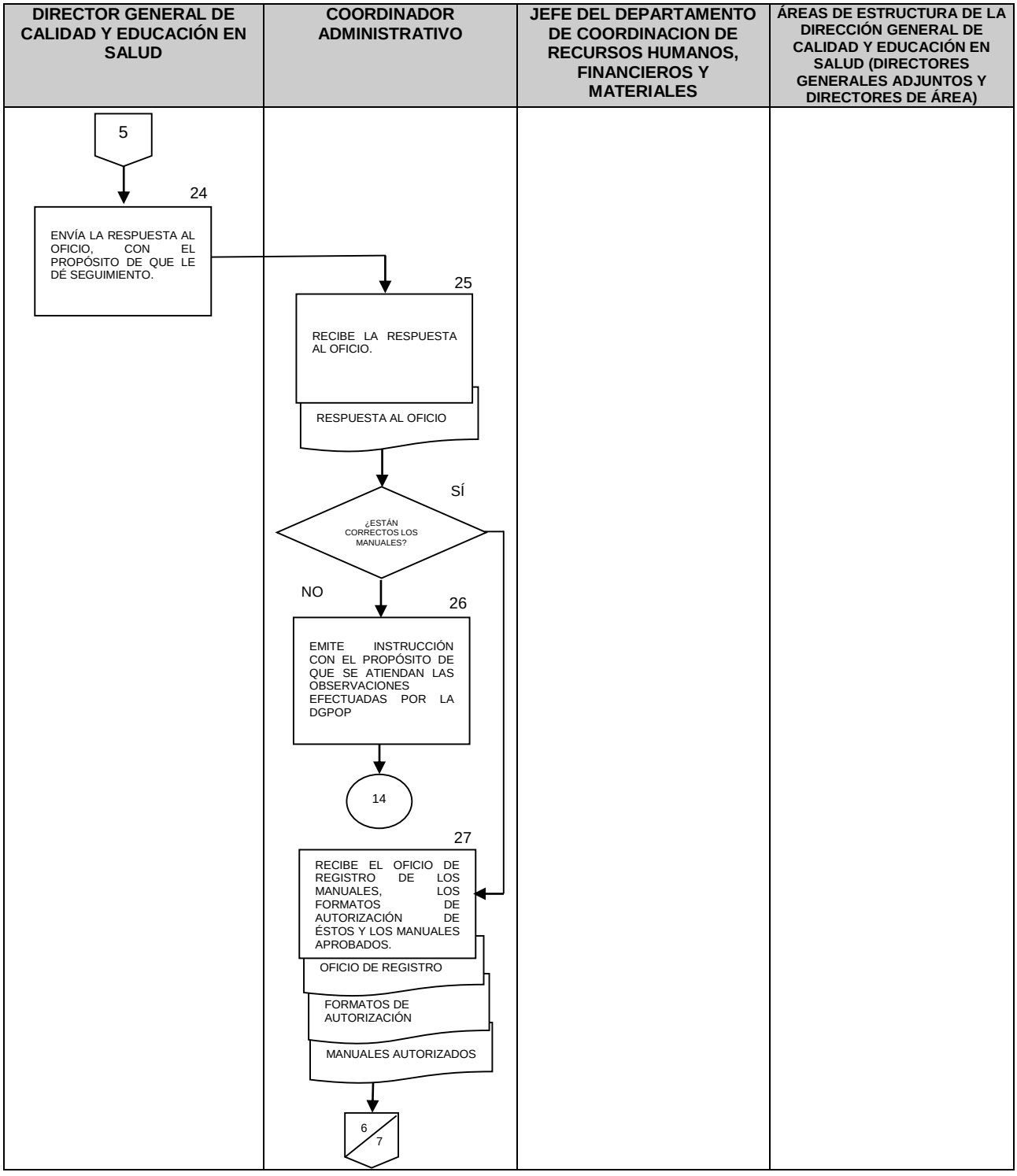


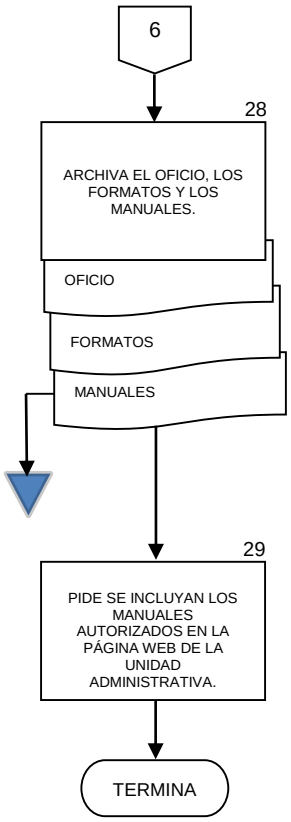
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
			


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
2
10
DESIGNA A UN ENLACE, QUIEN ES EL RESPONSABLE DE LA INTEGRACIÓN DE LOS MANUALES.
11
INCORPORA EL CONTENIDO DE LOS MANUALES.
12
ENVÍA LA PROPUESTA DE CONTENIDO DE LOS MANUALES.
PROPUESTA DE CONTENIDOS DE LOS MANUALES
13
RECIBE LA PROPUESTA DE CONTENIDO DE LOS MANUALES Y LA ENVÍA PARA SEGUIMIENTO.
MEMORÁNDUM U OFICIO
PROPUESTA
14
RECIBE LA PROPUESTA DE CONTENIDO DE LOS MANUALES.
MEMORÁNDUM
PROPUESTA
3
4

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
			


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
4
19
RECIBE EL PROYECTO Y PROPUESTA.
PROYECTO
PROPUESTA
20
DILIGENCIA LA FIRMA DEL OFICIO, ANTE EL DIRECTOR GENERAL, ASIMISMO, LE ENVÍA LA PROPUESTA DE LOS MANUALES PARA SU RATIFICACIÓN.
21
RECIBE EL PROYECTO Y LA PROPUESTA DE MANUALES, FIRMA EL OFICIO Y LO ENTREGA.
MEMORÁNDUM
PROYECTO
PROPUESTA
22
RECIBE OFICIO FIRMADO Y PROPUESTA DE MANUALES Y LOS ENVÍA A LA DGPOP PARA SU ANÁLISIS Y REVISIÓN TÉCNICA.
OFICIO FIRMADO
PROPUESTA
23
RECIBE RESPUESTA DE LA DGPOP AL OFICIO.
RESPUESTA AL OFICIO
5
6


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
5
24
ENVÍA LA RESPUESTA AL OFICIO, CON EL PROPÓSITO DE QUE LE DÉ SEGUIMIENTO.
25
RECIBE LA RESPUESTA AL OFICIO.
RESPUESTA AL OFICIO
SÍ
¿ESTÁN CORRECTOS LOS MANUALES?
NO
26
EMITE INSTRUCCIÓN CON EL PROPÓSITO DE QUE SE ATIENDAN LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR LA DGPOP
14
27
RECIBE EL OFICIO DE REGISTRO DE LOS MANUALES, LOS FORMATOS DE AUTORIZACIÓN DE ÉSTOS Y LOS MANUALES APROBADOS.
OFICIO DE REGISTRO
FORMATOS DE AUTORIZACIÓN
MANUALES AUTORIZADOS
6
7

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES	ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS Y DIRECTORES DE ÁREA)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Estructura autorizada a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud	N/A
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	N/A
6.5 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud de dictamen	3 años	Dirección General y Coordinación Administrativa	N/A
7.2 Minutas de reuniones de trabajo	3 años	Coordinación Administrativa y áreas de estructura de la DGCES	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de la Secretaría de Salud.** Documento administrativo que contiene las instrucciones y disposiciones técnicas metodológicas necesarias para conformar un manual.

8.2 **Manual**. Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.

8.3 **Manual de Organización.** Documento administrativo que expone con detalle los órganos que componen la institución, definen los puestos que los integran y la descripción de sus funciones, la relación jerárquica que existe entre ellos y los grados de autoridad y responsabilidad.

8.4 **Manual de Procedimientos.** Documento administrativo que contiene y describe los flujos y mecanismos de trabajo para la consecución de la formalización organizacional de una unidad administrativa.

8.5 **Organigrama.** Representación gráfica de la estructura orgánica, refleja en forma esquemática la posición de las unidades administrativas que la componen y sus respectivas relaciones, niveles jerárquicos, canales, formas de comunicación y líneas de autoridad (supervisión y asesoría).

8.6 **Procedimiento.** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas que se constituyen en una unidad administrativa o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio circular
10.2 Oficio o memorándum
10.3 Memorándum u oficio
10.4 Memorándum (con sugerencias)
10.5 Oficio firmado (para la DGPOP)
10.6 Respuesta al oficio
10.7 Oficio de registro

10.1 Oficio circular

CA-3254

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

DG - 9368

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

México, D.F., a 18 de diciembre de 2015.
DGPOP-CIRCULAR-91-2015

SALUD | DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
22 DIC 2015
RECIBIO:
HORA: 13:18

TITULARES DE UNIDADES
CENTRALES, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS Y
ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS
P R E S E N T E.

Con fundamento en el Art. 27 Fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y para dar cumplimiento al Artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, en coordinación con el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud y los Órganos Internos de Control en los Órganos Desconcentrados y los Organismos Públicos Descentralizados, sectorizados a la Secretaría, ha elaborado y coordinará la operación del Programa para la Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos, a realizarse durante 2016, con el fin de que las Unidades de Nivel Central, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados, dispongan de herramientas administrativas actualizadas.

Para iniciar el Programa, se llevará a cabo una reunión de trabajo, con la participación de los enlaces designados y personal de la DGPOP, el 18 de enero de 2016 a partir de las 10:00 a.m. a 12:00 a.m. en el Auditorio de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, con domicilio en Gustavo E. Campa No. 54, Col. Guadalupe Inn, durante la misma se darán a conocer los detalles del Programa así como la metodología y procedimientos a utilizar en el mismo.

Para la operación del Programa se solicita que cada unidad administrativa designe a una persona para que funja como Enlace de la unidad, y que coordine los trabajos a realizar al interior, en representación del Titular, el cual deberá tener poder de decisión. Agradeceré a usted confirmar la designación y asistencia del enlace a más tardar el día 13 de enero de 2016 a los siguientes correos electrónicos: hilda.sam@salud.gob.mx y francisco.banuelosn@salud.gob.mx

RECIBIO:
HORA: 17:00

23 DIC 2015
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD COORDINACION ADMINISTRATIVA
SALUD

10.2 Oficio o memorándum

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-CA- 579 -2016

Ciudad de México, a 30 de marzo de 2016.

LIC. SEVERINO RUBIO DOMÍNGUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN EN SALUD
PRESENTE

Hago referencia al oficio DGPOP-CIRCULAR-91-2015 de fecha 18 de diciembre de 2015, mediante el cual el Mtro. José Genaro Montiel Rangel Director General de Programación, Organización y Presupuesto, informó que se ha iniciado la operación del "Programa para la Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos", a realizarse durante el presente año, el cual fue elaborado y es coordinado por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) y el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.

Al respecto, le envío en disco compacto (CD) las herramientas administrativas de los citados manuales con el nuevo formato, relativas a las áreas que integran esa dirección a su digno cargo, con el propósito de que sean actualizadas conforme a los lineamientos señalados en la "Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud" y la "Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud", mismas que pueden consultarse en los siguientes links:

http://www.dgpop.salud.gob.mx/media/49402/Guxa_Txcnica_MP_23-OCT-2013.pdf
http://www.dgpop.salud.gob.mx/media/49399/Guxa_Txnica_MOE_23-OCT-2013.pdf
http://www.comeri.salud.gob.mx/interior/bicentenario/normatividad_vigente/tipo/Guia.html

Asimismo, le solicito enviar la mencionada información a esta Coordinación Administrativa en un plazo que no exceda de diez días hábiles contados a partir de la recepción del presente, con el fin de dar cumplimiento en tiempo y forma al requerimiento de la DGPOP.

Para cualquier duda o aclaración respecto al asunto en comento, favor de comunicarse o dirigirse con el Lic. Francisco Enrique Cisneros Bernal (Coordinador Administrativo de la DGCES), la Lic. Viridiana Arvizu Gómez (Jefe de Departamento) o con el Mtro. Santiago Morales Zavala (Apoyo Administrativo en Salud), a las siguientes extensiones: 53471, 53511 y 53540 respectivamente, o a los siguientes correos electrónicos: francisco.cisneros@salud.gob.mx, viridiana.arvizu@salud.gob.mx, santiago.morales@salud.gob.mx.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO

LIC. FRANCISCO ENRIQUE CISNEROS BERNAL

Ccp. Dr. Sebastián García Saisó. Director General de Calidad y Educación en Salud. Presente.

Sección/Serie 3C.11

VAG/SMZ

SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
30 MAR 2016
RECIBIO:
HORA: 15:16

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
RECIBIDO
30 MAR 2016
Recibí disco
14:12

10.3 Memorándum u oficio

CA-945

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO

Oficio No. DGCES-DG- 01504 2016

México, Ciudad de México, a 19 de abril de 2016

LIC. FRANCISCO ENRIQUE CISNEROS BERNAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
P R E S E N T E

En respuesta al of. DGCES-CA-579-2016, donde hace referencia al Programa para la Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos, los cuales deben ser actualizados conforme a los lineamientos señalados en la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de Organización Específicos de la Secretaría de Salud, anexo al presente en el nuevo formato las actualizaciones a la fecha de dichos Manuales relativos al área a mi cargo.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

ING. JOAQUÍN ZARCO RÁBAGO

SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD COORDINACION ADMINISTRATIVA
☆ 19 ABR 2016 ☆
RECIBIO:
HORA: 11:29

JZR/arof

Sección/Serie. 3C.11.1

Homero N. 213, Piso 10, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México Distrito Federal.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

10.4 Memorándum (con sugerencias)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Coordinación Administrativa

DGCES-CA-MEMO- 000461 -2016.

Ciudad de México, a 19 de mayo de 2016.

PARA: ING. JOAQUÍN ZARCO RÁBAGO
DIRECTOR DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS Y SOPORTE TÉCNICO

DE: LIC. FRANCISCO ENRIQUE CISNEROS BERNAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO

En referencia a su memorándum DGCES-DG-01504-2016 de fecha 19 de abril del año en curso, mediante el cual remitió la información correspondiente al Manual de Organización Específico de las áreas adscritas a esa área a su digno cargo.

Al respecto le informo, que de acuerdo a las observaciones realizadas por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) a esta Coordinación Administrativa, los verbos que utilicen las diversas áreas que integran esa dirección, para la actualización del manual, deberán estar alineados a los niveles jerárquicos señalados en el "Anexo 6. Relación de Verbos por Nivel Jerárquico" de la *Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud*, el cual establece en su primer párrafo: "... se deberá cuidar que los verbos utilizados se apeguen al nivel jerárquico que corresponda.".

Por lo anterior, le envío por correo electrónico el documento escaneado con las observaciones (señaladas con color amarillo) realizadas a éste por esta área, por lo que una vez que se haya corregido la información se le solicita remitirla a esta Coordinación Administrativa a más tardar el 25 de mayo del presente año.

Asimismo, se le requiere informar a esta coordinación si esa área realizó alguna modificación al glosario del manual de organización.

ATENTAMENTE

VAG/smz

Sección/Serie: 3C.11

SECRETARÍA DE SALUD
D. G. C. E. S.
DIRECCION DE AUTOMATIZACION
20 MAY 2016
RECIBIO: Ana Rosa
HORA: 11:48

Homero N°. 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 **www.gob.mx/salud**

10.5 Oficio firmado (para la DGPOP)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DGCES-DG- 02332 -2016

Ciudad de México, a 11 de julio de 2016

SALUD OFICIALÍA DE PARTES
03 AGO. 2016
RECIBIDO

MTRO. JOSÉ GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN,
ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
P R E S E N T E

Hago referencia al oficio DGPOP-CIRCULAR-91-2015 de fecha 18 de diciembre de 2015, mediante el cual informó que se inició la operación del "Programa para la Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos", a realizarse durante el presente año, coordinado por esa Dirección General y el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.

Al respecto, le envío en forma impresa y en disco compacto (CD) el Manual de Organización Específico de esta Dirección General para su refrendo, con el propósito de que se realice la revisión de éste, de conformidad con lo indicado en el inciso i), fracción II (Lineamientos Generales para la Elaboración y/o Actualización de Manuales de Organización Específicos), de la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

SALUD
12 JUL. 2016
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
CONTROL DE GESTIÓN

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. Dr. José Meljem Moctezuma.- Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.- Presente.
C.c.p. Lic. María Hilda Sam Ibarra. Directora de Diseño y Desarrollo Organizacional. Presente.
C.c.p. C.P. Ernesto Ortiz Yescas.-Coordinador Administrativo de la DGCES.- Presente.

Sección/Serie 3C.11

EOY/smz

RECIBIDO
14 JUL. 2016
SALUD

SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
12 JUL 2016
13:27

Homero N° 213, Piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México
Tel. (55) 2000 3400, (55) 2000 3500, (55) 5263 9150 www.calidad.salud.gob.mx

10.6 Respuesta al oficio

MINUTA DE REUNIÓN

SALUD SECRETARÍA DE SALUD	Manual de Organización Específico	Código: POP-DDO-PO-004-01
	Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional	
	Nombre del Procedimiento: Análisis, dictamen y gestión para la expedición de los Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud	
	Referencia al punto 4.2 de la norma ISO 9001:2008	Rev. 9
		Página 1 de 1

NOMBRE Y DE LA UNIDAD: Dirección General de Calidad y Educación y Salud

Inicio: 11:40 **Término:** 12:50

PARTICIPANTES

NOMBRE	PUESTO	FIRMA	TELÉFONO	E-MAIL
Lic. Santiago Morales Zavala	Apoyo Administrativo en Salud		53540	santiago.morales@salud.gob.mx
Lic. Norma Angélica Hernández Ortiz	Enlace de Alta Responsabilidad		53540	norma.hernandezo@ salud.gob.mx
Lic. Georgina Saldaña Valero	Soporte Administrativo		58534	georgina.saldana@salud.gob.mx

PUNTOS DESARROLLADOS / ORDEN DEL DÍA

No.	
1.-	Se brindó asesoría al área y se entregó el proyecto del Manual de Organización con las observaciones señaladas en el documento.

ACUERDOS / COMPROMISOS

No.	ACUERDO	RÚBRICA DEL RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
1.-	Se realizaran las observaciones señaladas en el documento.	DGCES	ABIERTA
2.-	Se vio la posibilidad que las áreas que conforman a la DGCES asistirán a asesoría para elaborar y validar las funciones inherentes a cada área, la unidad confirmará la fecha que iniciaran las asesorías, tentativamente el próximo miércoles 10 de agosto de 2016.	DGCES	ABIERTA

NOMBRE: LIC. GEORGINA SALDAÑA VALERO	FECHA 03 de Agosto-2016
FIRMA	

10.7 Oficio de registro

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Ciudad de México, a 28 de junio de 2017

DGPOP-7- 1613 -2017

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISO
DIRECTOR GENERAL DE
CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E.

Con fundamento en el artículo 27 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, comunico a usted que el Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ha quedado registrado por la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional, bajo mi adscripción, con la clave MOE-610-006-2016 con fecha de autorización 8 de junio de 2017, como se establece en la cédula de registro de manuales administrativos anexa de Manuales de Organización Específicos mismo que se remite en original para los efectos pertinentes.

Me permito recordarle que el contenido, difusión y observancia del mismo, es responsabilidad de esa Unidad.

Sin otro particular le reitero las muestras de mi consideración distinguida.

A T E N T A M E N T E

MTRO. JOSÉ GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN,
ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO

Elaboró

Lic. Francisco Bañuelos Navarro
Subdirector de Análisis y Diseño Organizacional

Revisó y validó

Lic. María Hilda Sam Ibarra
Directora de Diseño y Desarrollo Organizacional

C.c.p.- Lic. Marcela Velasco González.-Subsecretaria de Administración y Finanzas.-Presente
OFICIO
Sección/serie: 3C.11

Reforma Número 156 Piso 19 Col. Juárez Delegación Cuauhtémoc C.P. 06600 México, D.F.
Teléfonos 50 62 16 00 ext. 58516

168. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ÓRDENES DE REVISIÓN DE AUDITORÍA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.

1. PROPÓSITO

1.1 Definir los mecanismos para la atención de las órdenes de revisión de auditoría a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) promovidas por los distintos órganos fiscalizadores, para analizar y verificar el cumplimiento de las disposiciones normativas y reglamentarias en materia de programas, indicadores, metas, ejercicio presupuestario, adquisición y contratación de bienes, insumos y servicios y demás factores de control y de evaluación de eficacia y eficiencia en la gestión de recursos públicos federales.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) que emite instrucciones para la atención de las auditorias, a las áreas de estructura de la DGCES que solventan las solicitudes u observaciones que deriven de las auditorias y a la Coordinación Administrativa que coordina los trabajos con las áreas de estructura para atender las auditorias.

2.2 A nivel externo las instancias fiscalizadoras evalúan o validar los mecanismos para el manejo y operación de los recursos autorizados y asignados a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en el cumplimiento de sus atribuciones y funciones institucionales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, es la responsable de efectuar la coordinación de los trabajos con las áreas de estructura de la DGCES para atender las órdenes de revisión de auditoría solicitadas por las instancias fiscalizadoras.

3.2 Conforme a los requerimientos de información, documentos, reuniones de trabajo, visitas o supervisión de campo que soliciten las instancias fiscalizadoras como parte de las órdenes de revisión de control, es responsabilidad exclusiva de las áreas de estructura de la DGCES, conforme a sus ámbitos de competencia, atender las distintas solicitudes promovidos por dichas instancias.

3.3 Es responsabilidad de las áreas de estructura de la DGCES solventar las observaciones que deriven de las órdenes de revisión de auditoría que practiquen las instancias fiscalizadoras a la DGCES.

3.4 Como mecanismo para facilitar los trabajos de coordinación de las órdenes de revisión de auditoria, cada área de Estructura de la DGCES deberá designar a un responsable de enlace, quien contribuirá al interior de su área de adscripción en la atención de los requerimientos inherentes a las distintas necesidades de las órdenes de revisión de auditoría.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

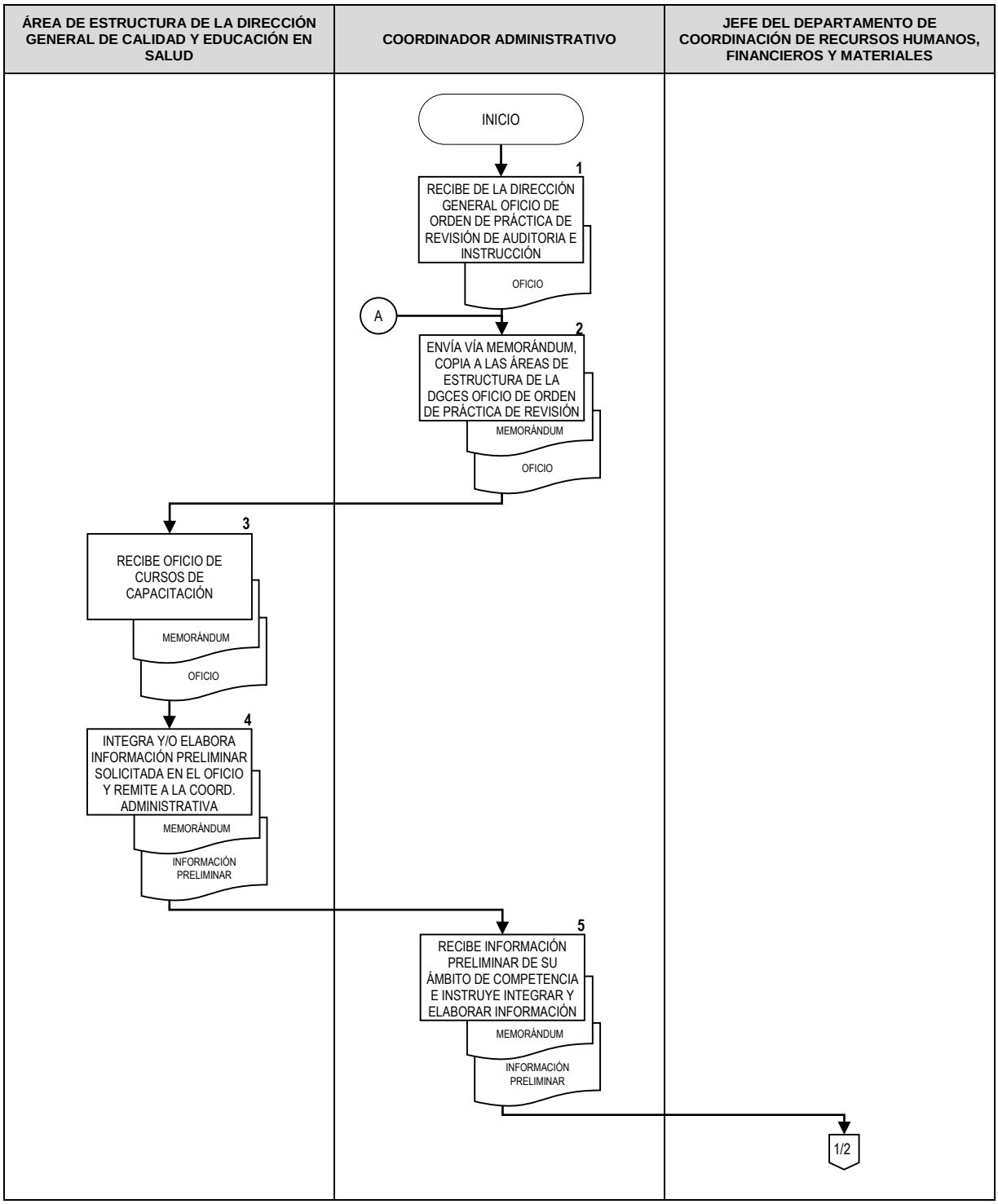
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Recibe de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) oficio de orden de práctica de revisión de auditoria e instrucción para atender las solicitudes de información preliminar de los distintos órganos fiscalizadores para revisión de auditoría.	▪ Oficio
	2	Envía vía memorándum, conforme al caso, copia a las áreas de estructura de la DGCES oficio de orden de práctica de revisión de auditoria con solicitud de información preliminar.	▪ Memorándum ▪ Oficio
Área de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	3	Recibe de la Coordinación Administrativa vía memorándum copia de oficio de orden de práctica de revisión de auditoria.	▪ Memorándum ▪ Oficio
	4	Integra y/o elabora información preliminar solicitada en el oficio y remite a la Coordinación Administrativa vía memorándum información documental preliminar para su integración y presentación.	▪ Memorándum ▪ Información preliminar
Coordinador Administrativo	5	Recibe de las áreas de estructura de la DGCES vía memorándum la información preliminar de su ámbito de competencia e instruye al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales integrar y elabora información preliminar relacionada con la materia de la Coordinación Administrativa.	▪ Memorándum ▪ Información preliminar
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	6	Recibe información preliminar conforme a la solicitud de información y concentra la información e integra carpeta con información preliminar para control y seguimiento de orden de revisión de auditoría.	▪ Memorándum ▪ Información preliminar
	7	Turna a la Coordinación Administrativa información preliminar concentrada para su entrega en la reunión de inicio de la revisión de auditoría.	▪ Información preliminar

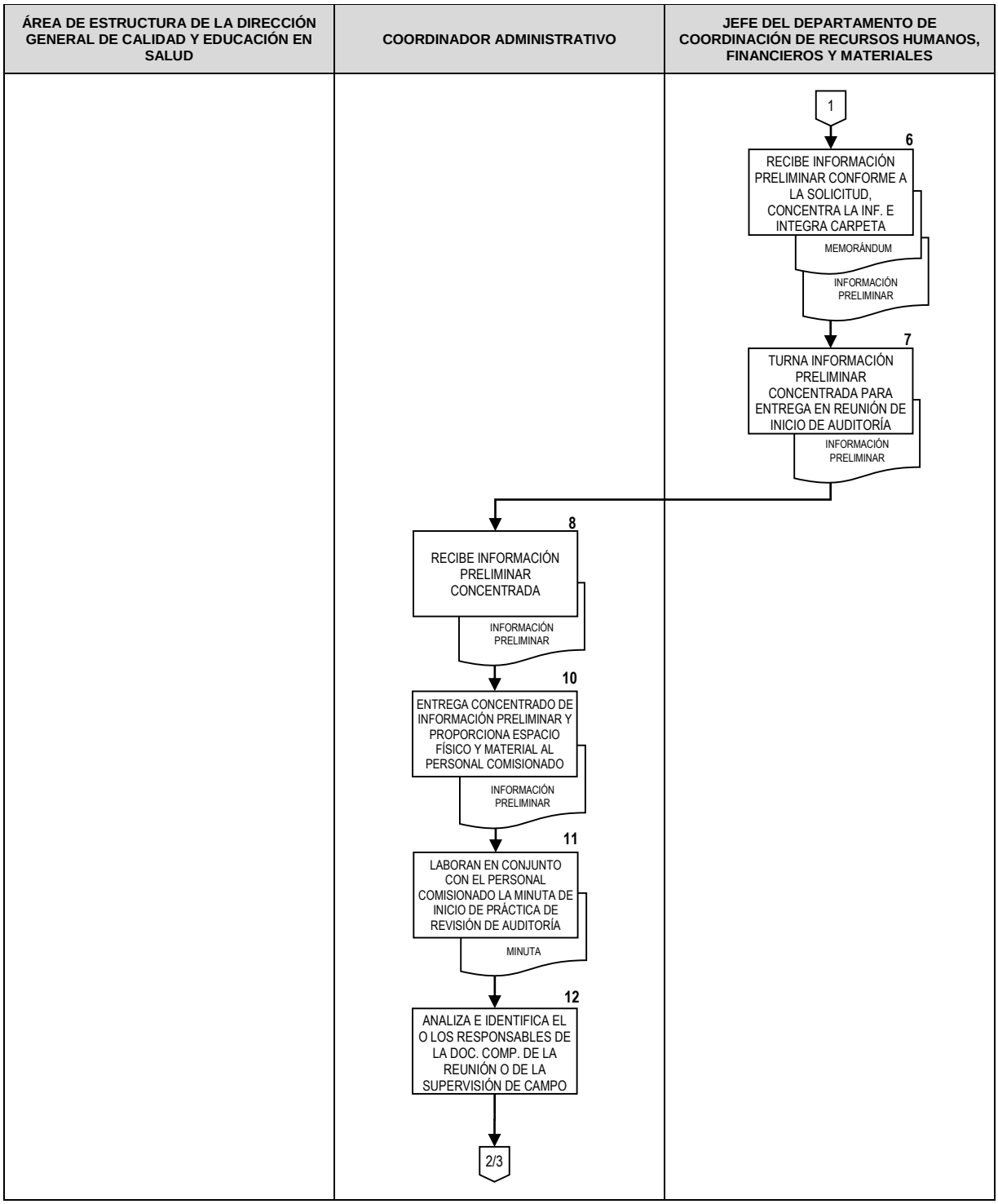
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	8	Recibe información preliminar concentrada.	▪ Información preliminar
	9	Recibe al personal comisionado para la práctica de revisión de auditoría de las instancias fiscalizadoras y programa de práctica de revisión de auditoría.	
	10	Entrega concentrado de información preliminar solicitada y proporciona, al personal comisionado espacio físico, equipo y material para la práctica de revisión de auditoría.	▪ Información preliminar
	11	Elabora junto con el personal comisionado de la instancia fiscalizadora, minuta de inicio de práctica de revisión de auditoría.	▪ Minuta
	12	Analiza e identifica el o los responsables de la documentación complementaria, de la reunión o de la supervisión de campo.	
	13	Instruye al Jefe de Departamento Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, elaborar memorándum para solicitar a las áreas conforme al caso así como integrar la información competencia de la Coordinación Administrativa y programa de reunión de trabajo o supervisión de campo.	
Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	14	Concentra información competencia de la Coordinación Administrativa en carpeta para control y seguimiento de orden de revisión de auditoría.	▪ Información preliminar
	15	Elabora memorándum de solicitud de información complementaria, de programación de reunión de trabajo o de supervisión de campo y turna junto con la información de la Coordinación Administrativa para firma.	▪ Memorándum ▪ Información preliminar
Coordinador Administrativo	16	Recibe memorándum de solicitud de información complementaría, de programación de reunión de trabajo o de supervisión de campo, firma y envía a las áreas de estructura.	▪ Memorándum
Área de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	17	Recibe vía memorándum de la Coordinación Administrativa, solicitud de información complementaria, de programación de reunión de trabajo o de supervisión de campo.	▪ Memorándum

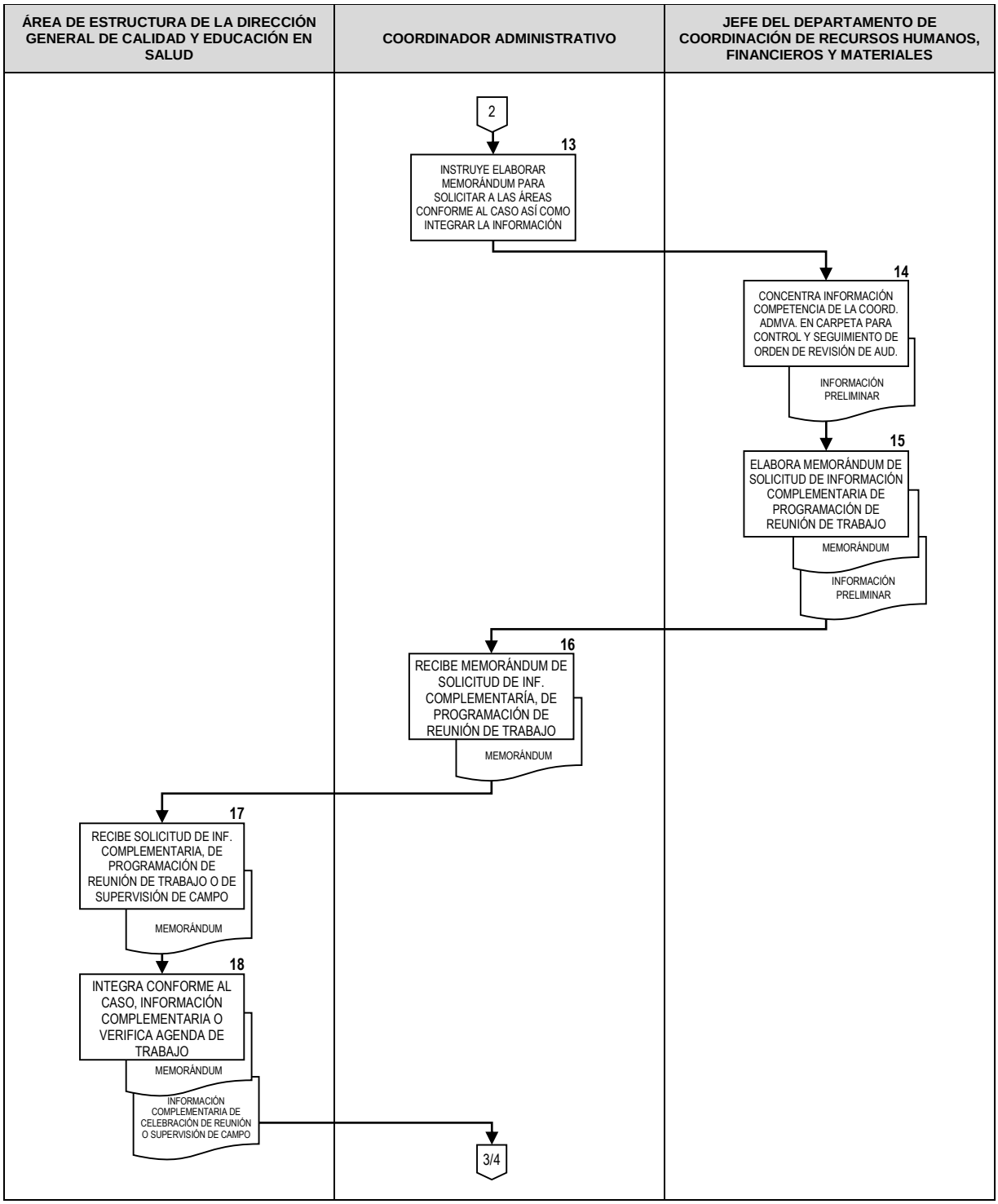
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	18	Integra conforme al caso, información complementaria o verifica agenda de trabajo para ejecución de reunión o de supervisión de campo y remite vía memorándum a la Coordinación Administrativa la información complementaria.	▪ Memorándum ▪ Información complementaria, de celebración de reunión o supervisión de campo.
Coordinador Administrativo	19	Recibe de las áreas de estructura de la DGCES vía memorándum información complementaria y/o agenda para ejecución de reunión o supervisión de campo y verifica la información complementaria y requerimiento de la solicitud. ¿Procede?	▪ Memorándum ▪ Información complementaria, de celebración de reunión o supervisión de campo.
	20	No: Solicita a las áreas de estructura de la DGCES información complementaria, de programación de reunión de trabajo o de supervisión de campo. Regresa a la actividad 2	
	21	Sí: Integra conforme al caso agenda de ejecución de reunión de trabajo o visita de campo. Prevé recursos para la consecución de reunión o de la supervisión de campo.	
	22	Remite al personal comisionado para la práctica de revisión de auditoría la información complementaria o el concentrado de programa para ejecución de reunión o de supervisión de campo.	
Área de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	23	Atiende en reunión o supervisión de campo los requerimientos del personal comisionado para la práctica de revisión de auditoría.	
	24	Integra junto con el personal comisionado para la práctica de revisión de auditoría minuta de trabajo y de acuerdos.	
	25	Remite al Coordinador Administrativo minuta de trabajo y acuerdos para incorporación a carpeta de orden de revisión de auditoría.	▪ Minuta
Coordinador Administrativo	26	Recibe de las áreas de estructura minuta de trabajo de acuerdos.	▪ Resultados preliminares

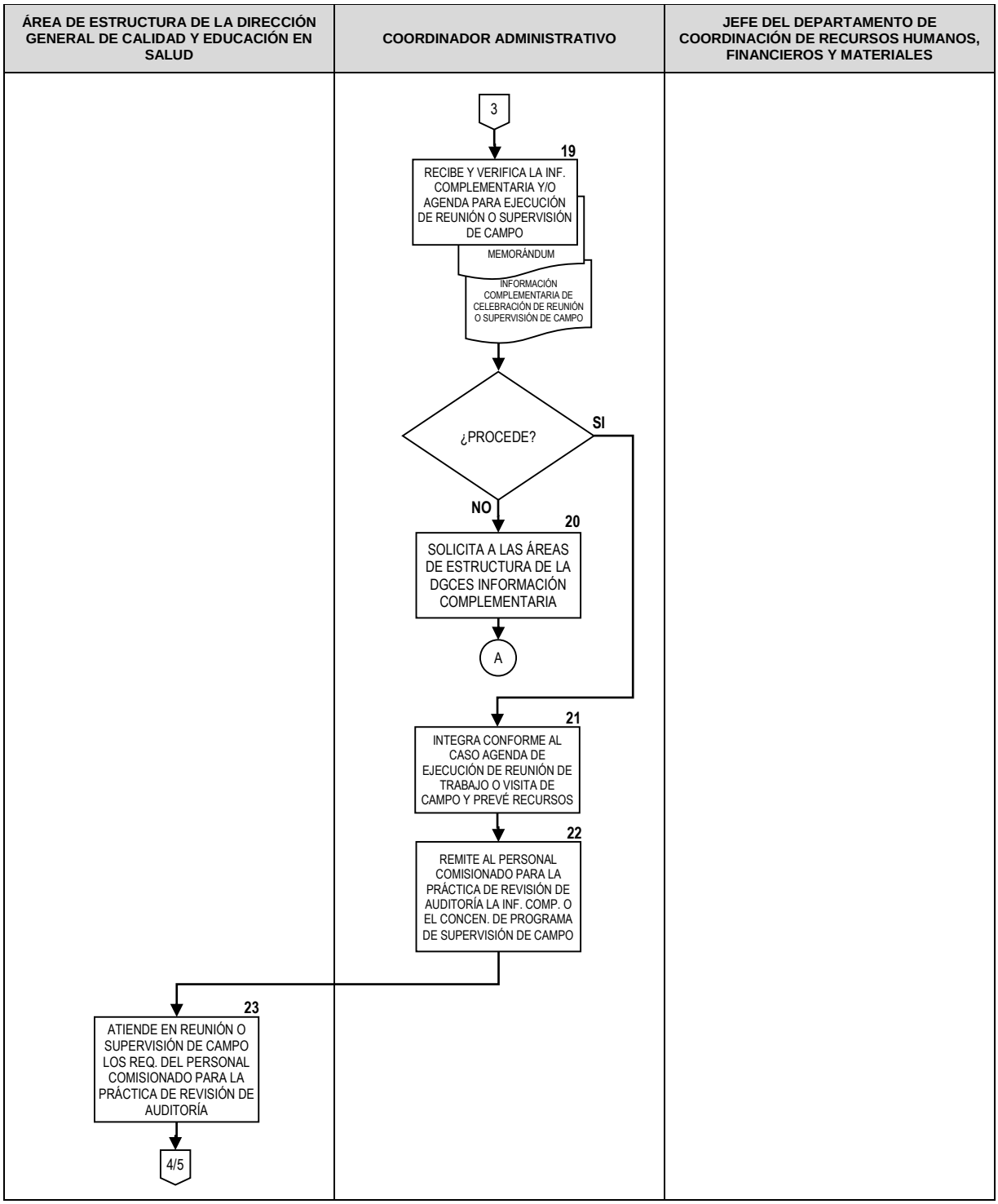
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	27	Recibe de la Coordinación Administrativa vía memorándum copia de informe de resultados preliminares.	▪ Memorándum ▪ Informe de resultados preliminares
	28	Elabora o integra conforme a los resultados, información para aclarar éstos.	
	29	Remite vía memorándum a la Coordinación Administrativa informe y documentación complementaria.	
Coordinador Administrativo	30	Recibe de las áreas de estructura de la DGCES vía memorándum informe y documentos complementarios para alcance a resultados preliminares resultados de la revisión de auditoría.	▪ Memorándum ▪ Informe ▪ Documentos complementarios
	31	Concentra los comentarios y documentación complementaria de las áreas de estructura de la DGCES. Incorpora las concernientes a las de la materia de la Coordinación Administrativa.	
	32	Remite al personal comisionado para la práctica de revisión de auditoría las consideraciones y documentos complementarios para alcance a los resultados preliminares.	▪ Documentación alcance complementaria
	33	Integra la información a una carpeta de control y seguimiento de orden de revisión de auditoría.	
	34	Recibe informe de resultados de práctica de revisión de auditoría. Signa de conformidad y gestiona firma del director general de calidad y educación en salud y de las áreas de estructura de la DGCES involucradas en la revisión de auditoría.	▪ Informe de resultados finales de revisión de auditoría
	35	Envía vía memorándum copia de informe a áreas de estructura de la DGCES para seguimiento y control hasta solventación de observaciones.	▪ Memorándum ▪ Informe de resultados finales de revisión de auditoría
Área de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	36	Recibe de la Coordinación Administrativa vía memorándum informe de resultados de revisión de auditoría.	▪ Memorándum ▪ Informe

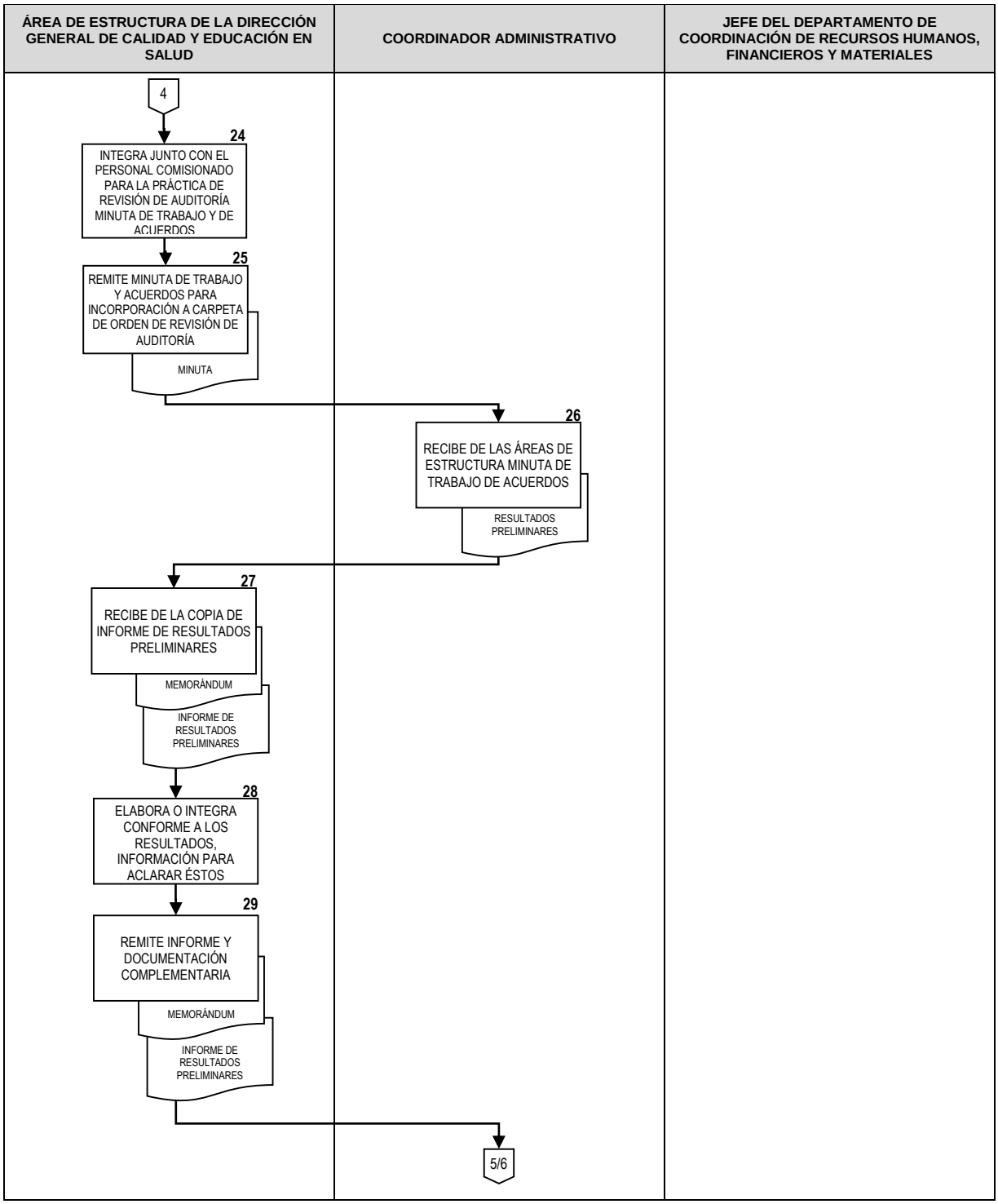
5. DIAGRAMA DE FLUJO

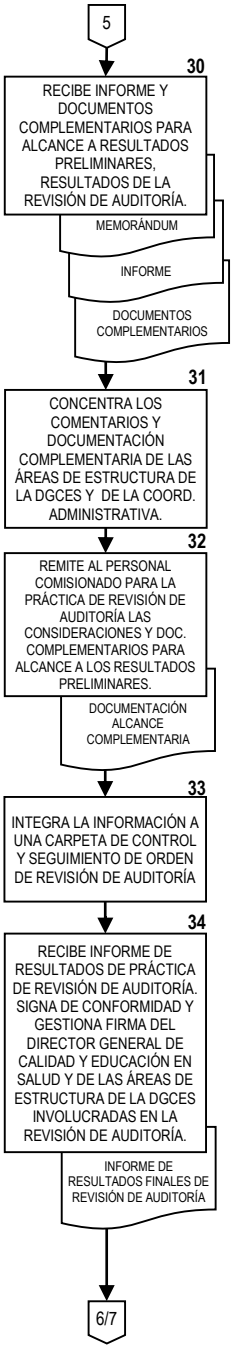


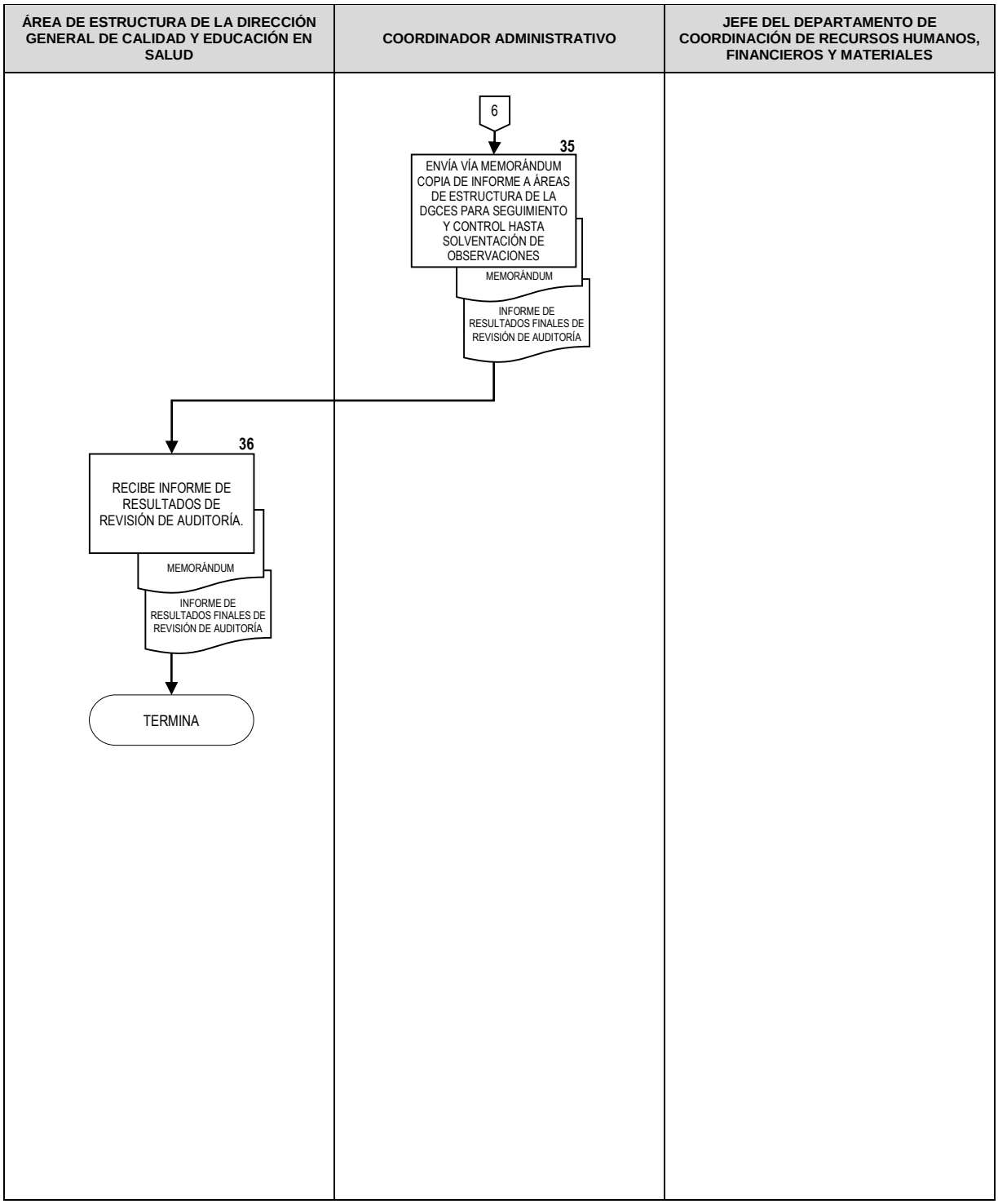

ÁREA DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
1
6
RECIBE INFORMACIÓN PRELIMINAR CONFORME A LA SOLICITUD, CONCENTRA LA INF. E INTEGRA CARPETA
MEMORÁNDUM
INFORMACIÓN PRELIMINAR
7
TURNA INFORMACIÓN PRELIMINAR CONCENTRADA PARA ENTREGA EN REUNIÓN DE INICIO DE AUDITORÍA
INFORMACIÓN PRELIMINAR
8
RECIBE INFORMACIÓN PRELIMINAR CONCENTRADA
INFORMACIÓN PRELIMINAR
10
ENTREGA CONCENTRADO DE INFORMACIÓN PRELIMINAR Y PROPORCIONA ESPACIO FÍSICO Y MATERIAL AL PERSONAL COMISIONADO
INFORMACIÓN PRELIMINAR
11
LABORAN EN CONJUNTO CON EL PERSONAL COMISIONADO LA MINUTA DE INICIO DE PRÁCTICA DE REVISIÓN DE AUDITORÍA
MINUTA
12
ANALIZA E IDENTIFICA EL O LOS RESPONSABLES DE LA DOC. COMP. DE LA REUNIÓN O DE LA SUPERVISIÓN DE CAMPO
2/3


ÁREA DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
2
13
INSTRUYE ELABORAR MEMORÁNDUM PARA SOLICITAR A LAS ÁREAS CONFORME AL CASO ASÍ COMO INTEGRAR LA INFORMACIÓN
14
CONCENTRA INFORMACIÓN COMPETENCIA DE LA COORD. ADMVA. EN CARPETA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ORDEN DE REVISIÓN DE AUD.
INFORMACIÓN PRELIMINAR
15
ELABORA MEMORÁNDUM DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE PROGRAMACIÓN DE REUNIÓN DE TRABAJO
MEMORÁNDUM
INFORMACIÓN PRELIMINAR
16
RECIBE MEMORÁNDUM DE SOLICITUD DE INF. COMPLEMENTARÍA, DE PROGRAMACIÓN DE REUNIÓN DE TRABAJO
MEMORÁNDUM
17
RECIBE SOLICITUD DE INF. COMPLEMENTARIA, DE PROGRAMACIÓN DE REUNIÓN DE TRABAJO O DE SUPERVISIÓN DE CAMPO
MEMORÁNDUM
18
INTEGRA CONFORME AL CASO, INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA O VERIFICA AGENDA DE TRABAJO
MEMORÁNDUM
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE CELEBRACIÓN DE REUNIÓN O SUPERVISIÓN DE CAMPO
3/4


ÁREA DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
3
19
RECIBE Y VERIFICA LA INF. COMPLEMENTARIA Y/O AGENDA PARA EJECUCIÓN DE REUNIÓN O SUPERVISIÓN DE CAMPO
MEMORÁNDUM
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE CELEBRACIÓN DE REUNIÓN O SUPERVISIÓN DE CAMPO
¿PROCEDE?
SI
NO
20
SOLICITA A LAS ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DGCES INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
A
21
INTEGRA CONFORME AL CASO AGENDA DE EJECUCIÓN DE REUNIÓN DE TRABAJO O VISITA DE CAMPO Y PREVÉ RECURSOS
22
REMITE AL PERSONAL COMISIONADO PARA LA PRÁCTICA DE REVISIÓN DE AUDITORÍA LA INF. COMP. O EL CONCEN. DE PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE CAMPO
23
ATIENDE EN REUNIÓN O SUPERVISIÓN DE CAMPO LOS REQ. DEL PERSONAL COMISIONADO PARA LA PRÁCTICA DE REVISIÓN DE AUDITORÍA
4/5


ÁREA DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
4
24
INTEGRA JUNTO CON EL PERSONAL COMISIONADO PARA LA PRÁCTICA DE REVISIÓN DE AUDITORÍA MINUTA DE TRABAJO Y DE ACUERDOS
25
REMITE MINUTA DE TRABAJO Y ACUERDOS PARA INCORPORACIÓN A CARPETA DE ORDEN DE REVISIÓN DE AUDITORÍA
MINUTA
26
RECIBE DE LAS ÁREAS DE ESTRUCTURA MINUTA DE TRABAJO DE ACUERDOS
RESULTADOS PRELIMINARES
27
RECIBE DE LA COPIA DE INFORME DE RESULTADOS PRELIMINARES
MEMORÁNDUM
INFORME DE RESULTADOS PRELIMINARES
28
ELABORA O INTEGRA CONFORME A LOS RESULTADOS, INFORMACIÓN PARA ACLARAR ÉSTOS
29
REMITE INFORME Y DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
MEMORÁNDUM
INFORME DE RESULTADOS PRELIMINARES
5/6

ÁREA DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
		


ÁREA DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
6
35
ENVÍA VÍA MEMORÁNDUM COPIA DE INFORME A ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DGCES PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL HASTA SOLVENTACIÓN DE OBSERVACIONES
MEMORÁNDUM
INFORME DE RESULTADOS FINALES DE REVISIÓN DE AUDITORÍA
36
RECIBE INFORME DE RESULTADOS DE REVISIÓN DE AUDITORÍA.
MEMORÁNDUM
INFORME DE RESULTADOS FINALES DE REVISIÓN DE AUDITORÍA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.2. Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud	N/A
6.3. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.4. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	N/A
6.5. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.6. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	N/A
6.7. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	N/A
6.8. Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.9. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficio de orden de práctica de revisión de auditoria.	3 años	La Coordinación Administrativa/ Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales.	N/A
7.2. Informe de resultados	3 años	La Coordinación Administrativa/ Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Auditoría.** Estudiar y analizar toda la documentación relativa a una institución u organismo para determinar si la información que ofrece la misma corresponde con la situación real de su patrimonio, y para determinar si sus sistemas de gestión y producción son los correctos para el funcionamiento de la misma y la consecución de sus objetivos.

8.2 **Personal comisionado.** Personal auditor capacitado que se designa por una autoridad competente, para revisar, examinar y evaluar los resultados de la gestión administrativa y financiera de una dependencia o entidad, con el propósito de informar o dictaminar acerca de ellas, realizando las observaciones y recomendaciones pertinentes para mejorar su eficacia y eficiencia en su desempeño.

8.3 **Oficio de orden de práctica de revisión de auditoría.** Documento mediante el cual se solicita la información y documentación necesaria para la auditoría.

8.4 **Informe de resultados.** Declaración escrita que describe las cualidades, las características y el contexto de algún hecho.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

No aplica.

169. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE CARRERA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Aplicar conforme al Subsistema de Planeación de los Recursos Humanos del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, las disposiciones administrativas relativas a la evaluación del desempeño anual de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera, a fin de que los puestos de mando de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), cuenten con los elementos de evaluación y desarrollo con miras al cumplimiento de los requisitos de permanencia en sus puestos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Coordinación Administrativa que es la responsable de coordinar las acciones para la evaluación del desempeño de los servidores públicos adscritos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), el Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) gestiona, verifica y reúne las evidencias de los resultados obtenidos a la evaluación al desempeño.

2.2. A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), es la responsable de efectuar las acciones para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), sujetos a las disposiciones del Subsistema de Planeación de los Recursos Humanos del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

3.2 La Coordinación Administrativa de la DGCES para realizar la evaluación del desempeño debe aplicar y seguir las indicaciones que en esa materia disponga la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, así como considerar los lineamientos del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera. (Última reforma publicada en el DOF, 23-08-2013).

3.3 Es responsabilidad de cada puesto de estructura de mando de la DGCES la ejecución en tiempo y forma de la evaluación del desempeño en las diferentes modalidades: autoevaluación, jefe inmediato, jefe del jefe y/o supervisor.

3.4 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), es la responsable de entregar a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicios Profesional de Carrera y Capacitación los resultados de la evaluación del desempeño de los servidores públicos de mando de la DGCES, así como dar atención a los lineamientos que en esta materia le sean indicados por la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, para la difusión de la implementación de las acciones de retro-información entre el evaluador y el evaluado que permita revisar y valorar el grado de cumplimiento en las metas establecidas, discutir las actividades desarrolladas, así como aquellas que hayan presentado algún problema y acordar soluciones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**1**	Recibe de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación oficio de solicitud para la entrega de las metas colectivas de la unidad administrativa y de las metas individuales de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera.	▪ Oficio
	2	Elabora comentarios e instruye al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) respecto a los elementos a considerar para la entrega de las metas colectivas y de la atención de la captura de las metas individuales.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**3**	Recibe de la Coordinación Administrativa oficio de solicitud e instrucciones para el proceso de registro y entrega de metas colectivas e individuales.	▪ Oficio
	4	Analiza, identifica necesidades para la entrega de la información. Revisa el formato para el registro y captura de metas individuales para los Servidores Públicos de Carrera.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**5**	Elabora y turna a las áreas de estructura de la DGCES oficio comunicado con instrucciones y formato, así como correo electrónico con archivo para el registro y captura de metas individuales.	▪ Oficio ▪ Formato
	6	Integra carpeta para concentrar la información y los reportes de metas registradas.	
Áreas de estructura (Director General de Calidad y Educación en Salud)	**7**	Reciben del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) oficio con instrucciones y formato. Paralelamente recibe correo electrónico con archivo para captura de metas individuales.	▪ Formatos de captura de metas individuales y colectivas y archivo electrónico
	8	Realizan registro de captura de metas individuales en el archivo electrónico y generan el formato de captura individual; adicionalmente, en trabajo coordinado, con las Direcciones Adjuntas, efectúan el registro de metas colectivas y generan el formato de captura correspondiente.	▪ Metas Individuales y Colectivas
	9	Remiten al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) los formatos y archivos electrónicos de captura de las metas individuales.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**10**	Recibe de las áreas de estructura de la DGCES los formatos de captura y registro de metas individuales, así como los archivos electrónicos.	▪ Formatos de captura de metas individuales.
	11	Concentra, analiza e integra los formatos de las metas validadas, así como disco compacto (CD), con archivos electrónicos	▪ Disco compacto con archivos electrónicos
	12	Elabora propuesta de oficio de respuesta a petición de metas colectivas e individuales.	▪ Oficio y Formatos de Metas Individuales y Colectivas
	13	Remite a la Coordinación Administrativa oficio de respuesta y Formatos de captura de Metas.	▪ Oficio
Coordinador Administrativo	**14**	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) oficio, formatos de respuesta de captura de metas individuales y colectivas, y archivos electrónicos	▪ Oficio y formatos de metas individuales y colectivas, y disco compacto con archivos electrónicos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**15**	Verifica la información y emite correcciones o modificaciones. ¿Procede?	▪ Nota informativa.
	16	No: Elabora Nota Informativa en la que se definen las inconsistencias en la captura de las Metas y regresa a la actividad 4.	
	17	Si: Verifica la documentación para su envío y continúa el procedimiento.	
	18	Elabora oficio y formatos, envía formatos de captura con metas colectivas e individuales, así como disco compacto con archivos electrónicos, a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación	▪ Oficio ▪ Formatos de metas Individuales y Colectivas
	19	Recibe de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación oficio de solicitud de validación del maestro de puestos de la unidad administrativa.	▪ Oficio ▪ Maestro de puestos
	20	Diagnostica e instruye al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), para la atención y seguimiento al requerimiento.	▪ Oficio ▪ Maestro de puestos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales(área de Recursos Humanos)	**21**	Recibe de la Coordinación Administrativa oficio de solicitud de validación del maestro de puestos de la unidad administrativa.	▪ Oficio ▪ Maestro de puestos
	22	Analiza y en coordinación con las áreas de estructura de la DGCES, identifica y determina, conforme al caso, los supervisores para los distintos roles de los puestos de la unidad administrativa.	
	23	Realiza modificaciones, incluye supervisores y valida maestro de puestos	Propuesta de maestro de puestos validado con Disco Compacto.
	24	Elabora oficio de respuesta e integra propuesta de maestro de puestos corregido y validado. Turna a la Coordinación Administrativa para revisión y autorización.	▪ Oficio y Maestro de puestos validado ▪ Disco compacto con maestro de puestos validado
Coordinador Administrativo	**25**	Recibe propuesta de oficio de respuesta, analiza, corrobora la información conforme a propuesta de maestro de puestos.	▪ Oficio y Maestro de puestos validado ▪ Disco compacto con maestro de puestos validado

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**26**	Verifica la información y emite correcciones o modificaciones. ¿Procede?	▪ Nota informativa
	27	No: Elabora Nota Informativa con las inconsistencias en la validación del Maestro de Puestos, y se regresa a la actividad 22.	
	28	Si: Concentra y comprueba la información y continúa el procedimiento.	
	29	Emite oficio y maestro de puestos corregido y validado, remite maestro de puestos a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación.	
	30	Recibe de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación oficio de solicitud para realizar la evaluación del desempeño de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera.	▪ Oficio
	31	Diagnostica condiciones y requerimientos para la entrega de los resultados de la evaluación del desempeño	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**32**	Coordina con el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) para la atención y seguimiento al requerimiento.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales(área de Recursos Humanos)	**33**	Recibe oficio de la Coordinación Administrativa con las instrucciones para el proceso de realización de la evaluación del desempeño con la aplicación en la página electrónica	▪ Oficio
	34	Analiza, identifica necesidades para la entrega de la información y uso de la página electrónica.	
	35	Verifica condiciones del requerimiento, se cerciora del funcionamiento de la página electrónica para realización de evaluación del desempeño	
	36	Elabora y turna a las áreas de estructura de la DGCES oficio comunicado con instrucciones y passwords para realización de evaluación del desempeño en página electrónica.	▪ Oficio de instrucciones con password

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	**37**	Reciben del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) oficio con instrucciones y el password para captura de datos sobre resultados del cumplimiento de las funciones en metas colectivas, individuales y aportaciones institucionales.	▪ Oficio
Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	**38**	Realizan registro de captura sobre resultados obtenidos en metas individuales en la página electrónica, adicionalmente, en trabajo coordinado, las Direcciones Generales Adjuntas de: Calidad en Salud y la de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación efectúan el registro de resultados obtenidos en metas colectivas y generan el formato de captura correspondiente.	
Coordinador Administrativo	**39**	Recibe de las áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud formatos de resumen personal de calificación de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera.	▪ Formatos de resumen de calificación de personal
	40	Mantiene una copia de los formatos de resumen personal de calificación de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera y archiva documentación.	▪ Formatos de resumen de calificación de personal

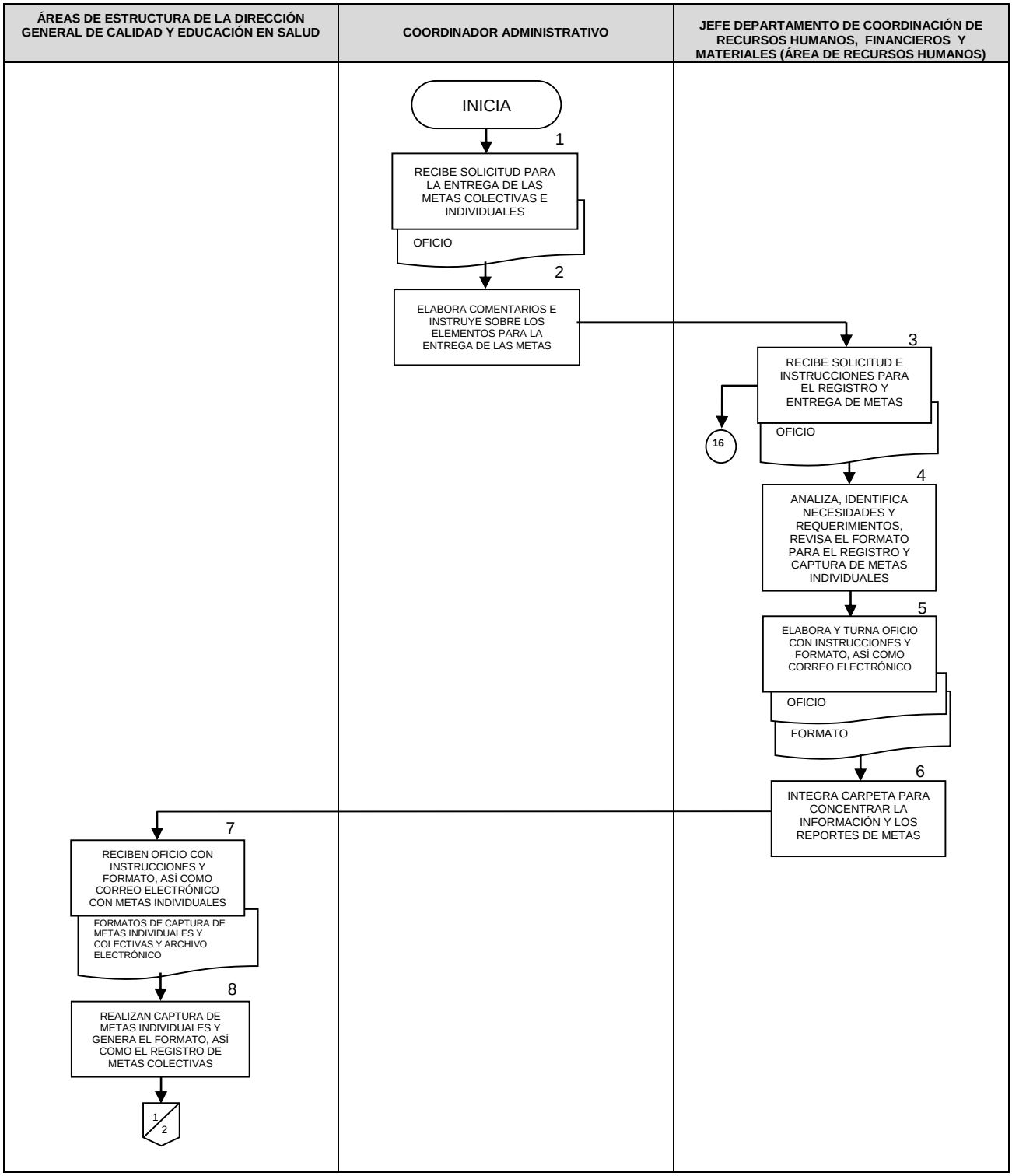
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**41**	Recibe de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación Oficio de Solicitud de Capacitación, para notificación y signa del formato de resumen personal de calificación total y por factor de la Evaluación del Desempeño, en el que se anexa la dirección electrónica para descargar el formato de resumen final de cada Servidor Público.	▪ Oficio y formato de resumen
	42	Coordina con el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos) sobre la notificación y entrega de resultados individuales de la evaluación del desempeño.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	**43**	Recibe de la Coordinación Administrativa oficio e instrucciones para notificación y signa de formato de resumen personal de calificación de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera	▪ Oficio y formato de resumen de calificación personal
	44	Verifica condiciones del requerimiento, se cerciora y genera los formatos de resumen del personal de estructura con las calificaciones individuales de la evaluación del desempeño.	▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño

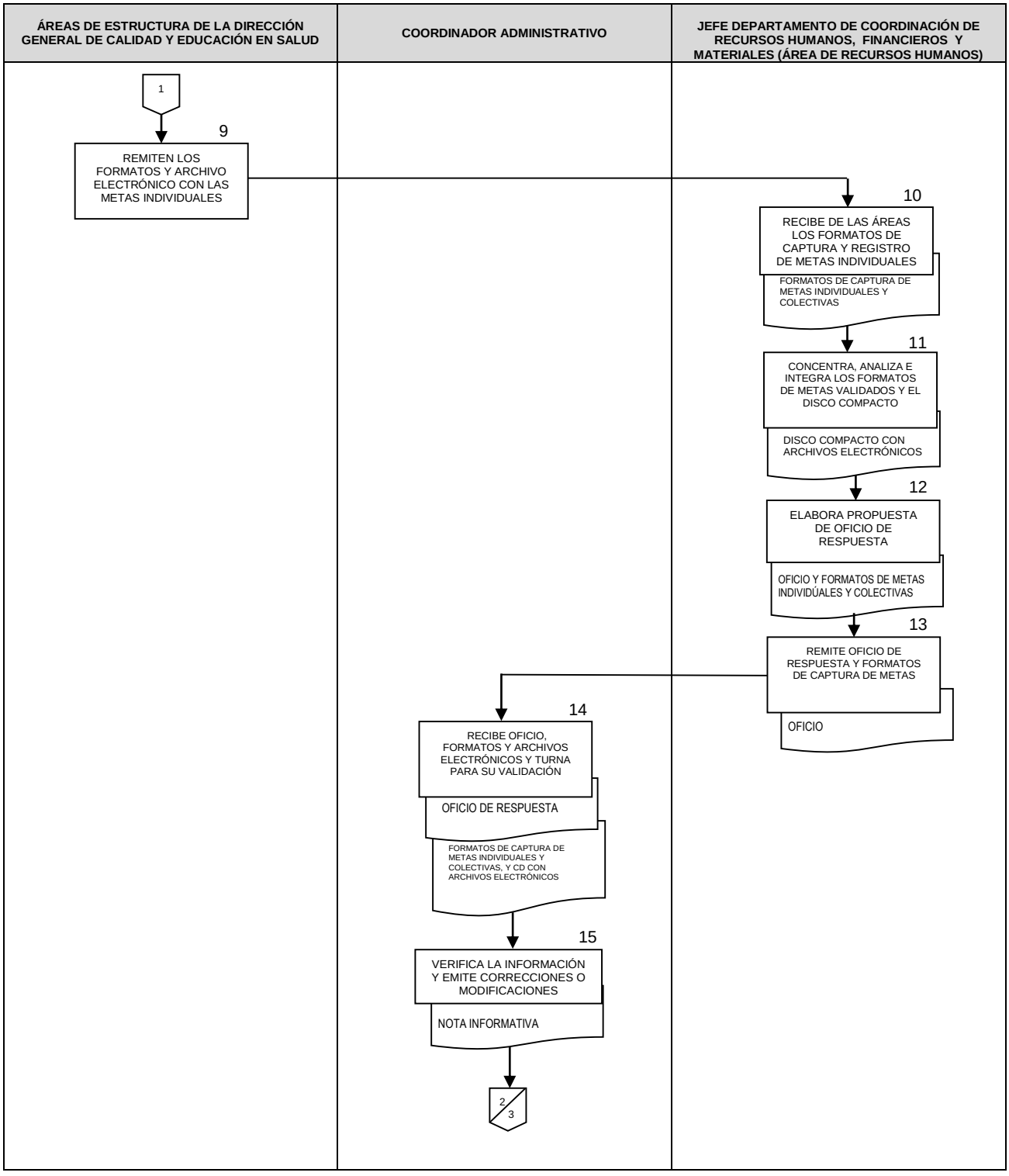
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos humanos)	**45**	Elabora y turna a las áreas de estructura de la DGCES oficio comunicado con instrucciones para difusión y signa de formatos de resumen personal de evaluación del desempeño.	▪ Oficio y formatos de resumen
	46	Integra carpeta para concentrar la información y los reportes del resumen personal de calificaciones.	▪ Reportes de resumen
Áreas de estructura de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	**47**	Reciben del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) oficio con instrucciones para notificación y signa de formatos de resumen de calificación de evaluación del desempeño.	▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño
	48	Realizan la notificación de resultados entre jefe inmediato y subordinado, ejecutan acciones correctivas y signan los formatos.	▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño
	49	Remiten al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) los formatos de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño debidamente firmados.	▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño

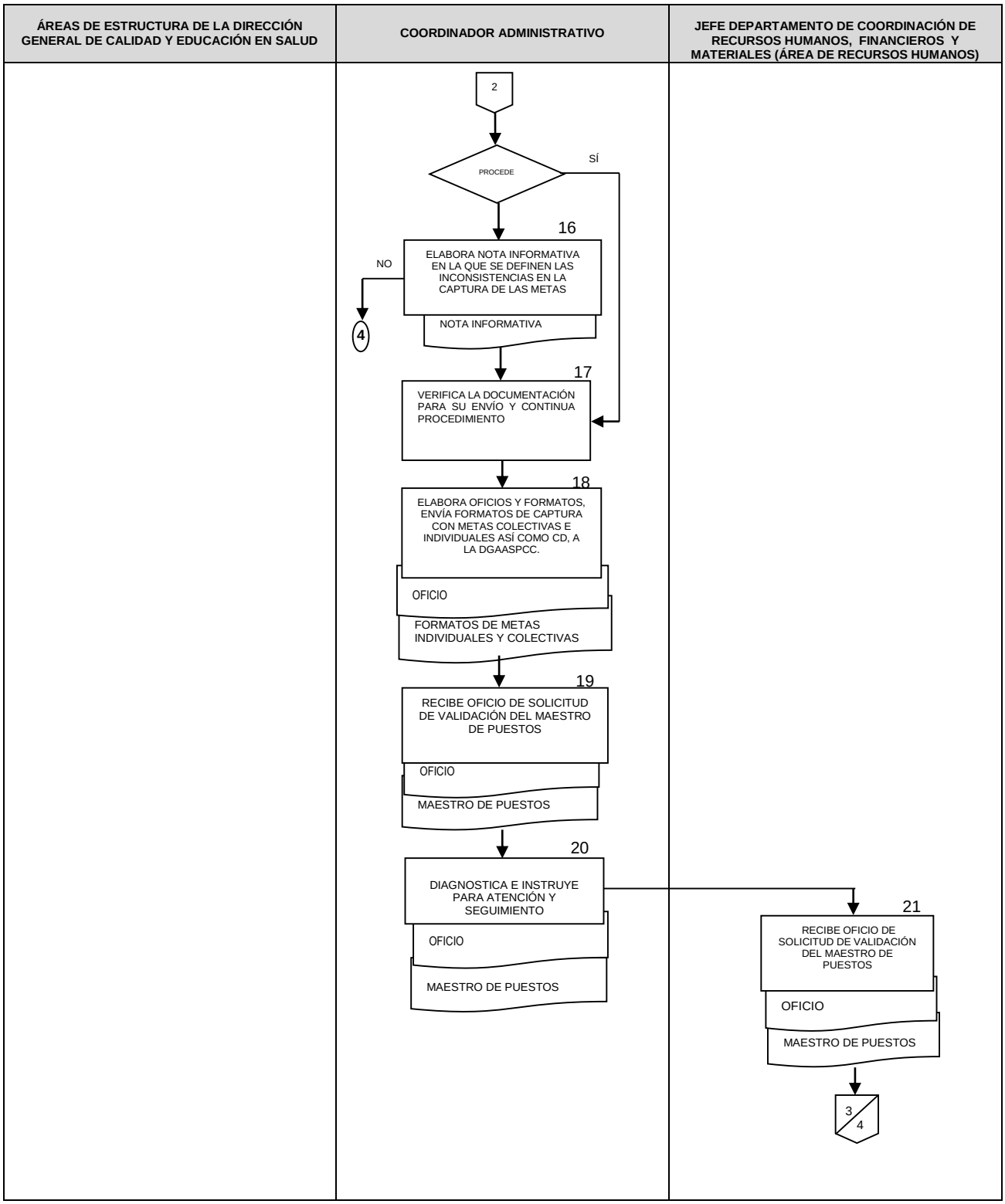
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**50**	Recibe de las áreas de estructura de la DGCES los formatos de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño firmados.	▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño
	51	Verifica la signa, concreta e integra los formatos de resultados de la evaluación del desempeño.	
	52	Elabora propuesta de oficio de respuesta a petición de notificación y de la signa de formatos de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño y obtiene antefirma del titular de la Coordinación Administrativa	▪ Propuesta de oficio de respuesta ▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño signado
	53	Conserva una copia de los formatos de resumen personal de calificación de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera.	▪ Formatos de resumen
	54	Remite a la Coordinación Administrativa el oficio para respuesta con formatos de resumen personal de calificación.	▪ Oficio y formatos de resumen de calificación personal

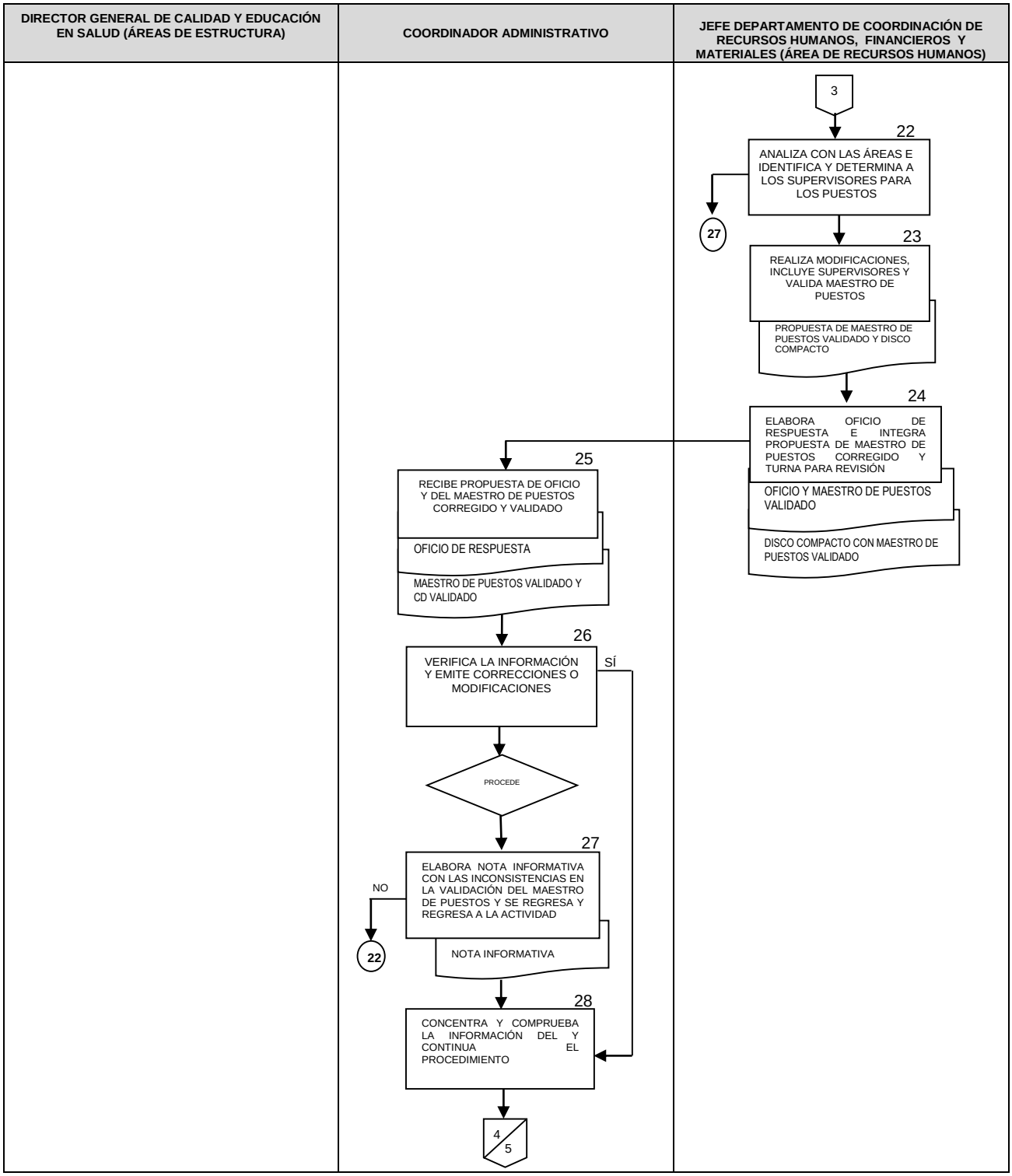
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**55**	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) oficio de respuesta y formatos de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño signados.	▪ Oficio ▪ Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño
	56	Diagnostica y verifica la información de formatos de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño, instruye respecto a correcciones o modificaciones. ¿Procede?	▪ Nota Informativa
	57	No: Elabora Nota Informativa detallando las correcciones en el proceso y regresa a la actividad 44.	▪ Nota Informativa
	58	Si: Compila la Documentación para su validación y continúa con el procedimiento.	
	59	Emite oficio y reporte de realización de evaluación del desempeño a la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Oficio y reporte de evaluación

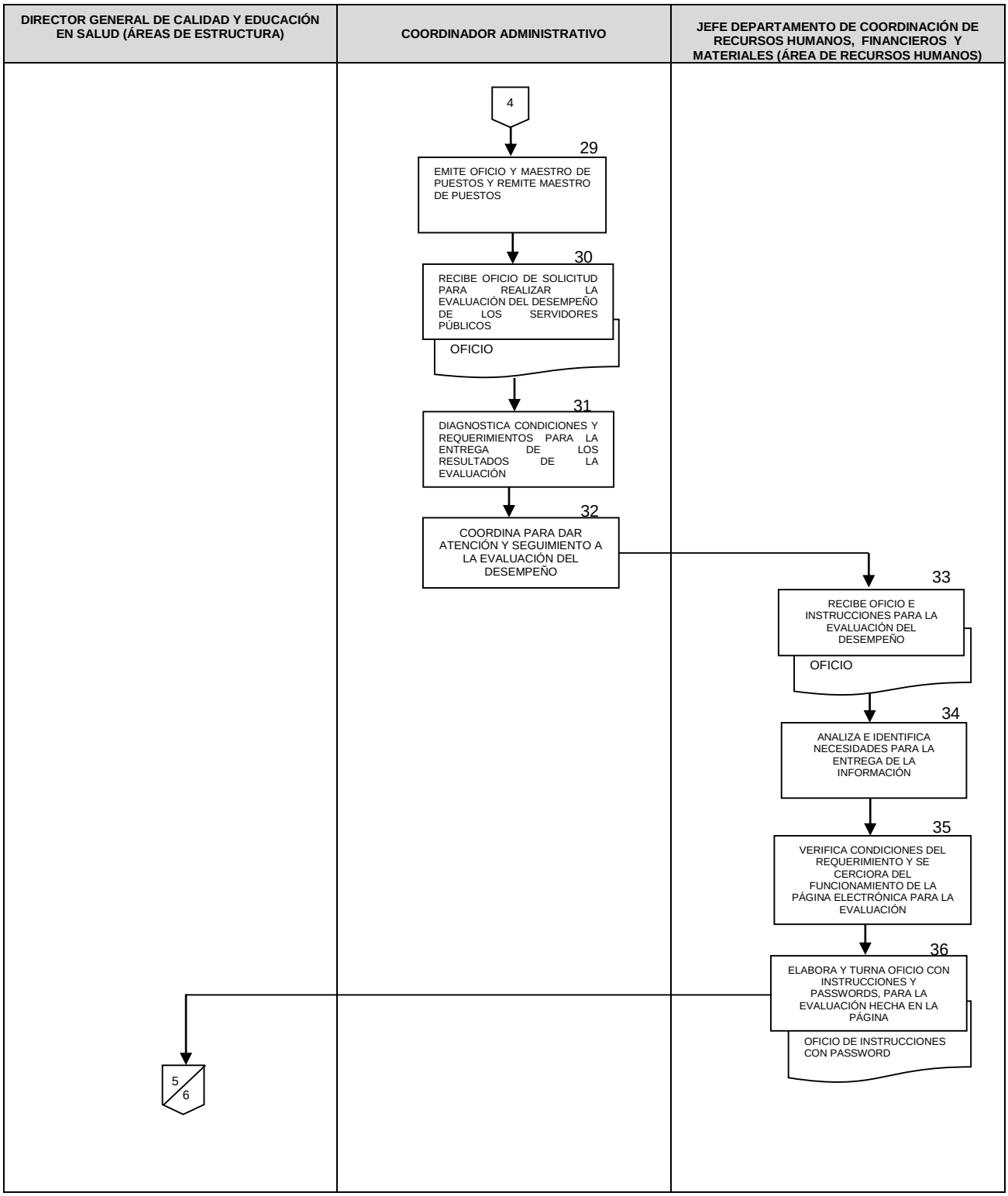
5. DIAGRAMA DE FLUJO

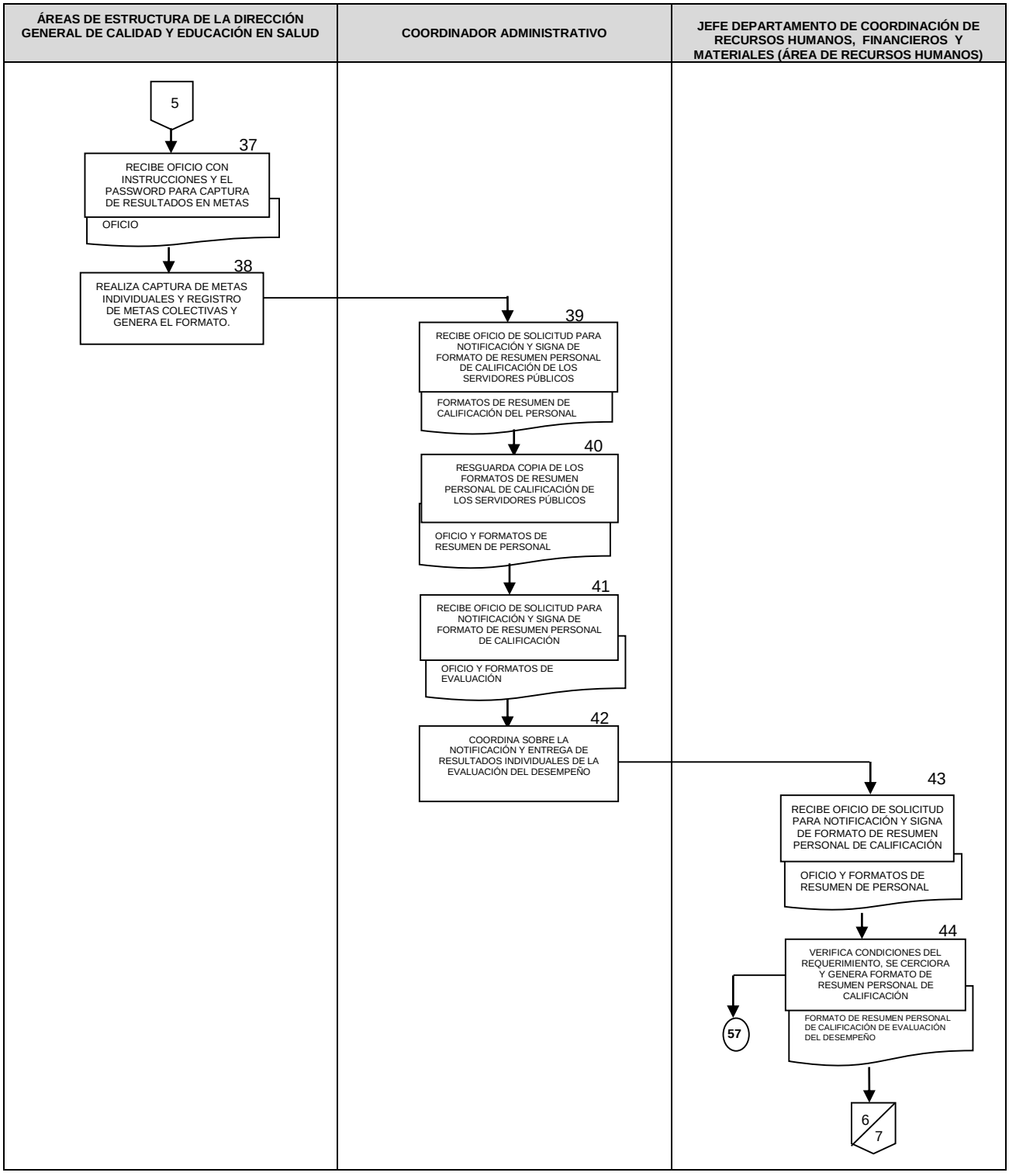


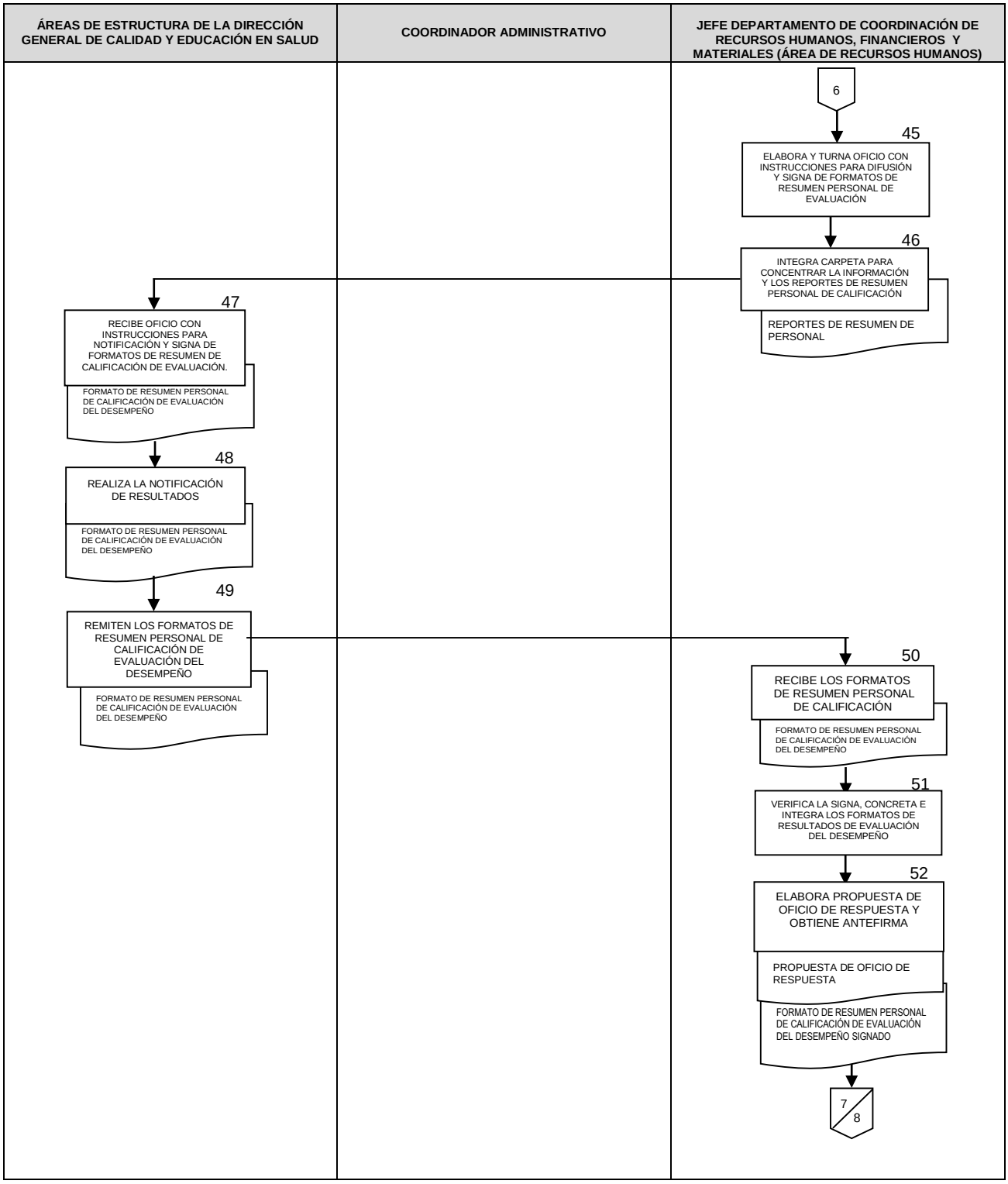

ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
1
9
REMITEN LOS FORMATOS Y ARCHIVO ELECTRÓNICO CON LAS METAS INDIVIDUALES
10
RECIBE DE LAS ÁREAS LOS FORMATOS DE CAPTURA Y REGISTRO DE METAS INDIVIDUALES
FORMATOS DE CAPTURA DE METAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS
11
CONCENTRA, ANALIZA E INTEGRA LOS FORMATOS DE METAS VALIDADOS Y EL DISCO COMPACTO
DISCO COMPACTO CON ARCHIVOS ELECTRÓNICOS
12
ELABORA PROPUESTA DE OFICIO DE RESPUESTA
OFICIO Y FORMATOS DE METAS INDIVIDÚALES Y COLECTIVAS
13
REMITE OFICIO DE RESPUESTA Y FORMATOS DE CAPTURA DE METAS
OFICIO
14
RECIBE OFICIO, FORMATOS Y ARCHIVOS ELECTRÓNICOS Y TURNA PARA SU VALIDACIÓN
OFICIO DE RESPUESTA
FORMATOS DE CAPTURA DE METAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS, Y CD CON ARCHIVOS ELECTRÓNICOS
15
VERIFICA LA INFORMACIÓN Y EMITE CORRECCIONES O MODIFICACIONES
NOTA INFORMATIVA
2/3

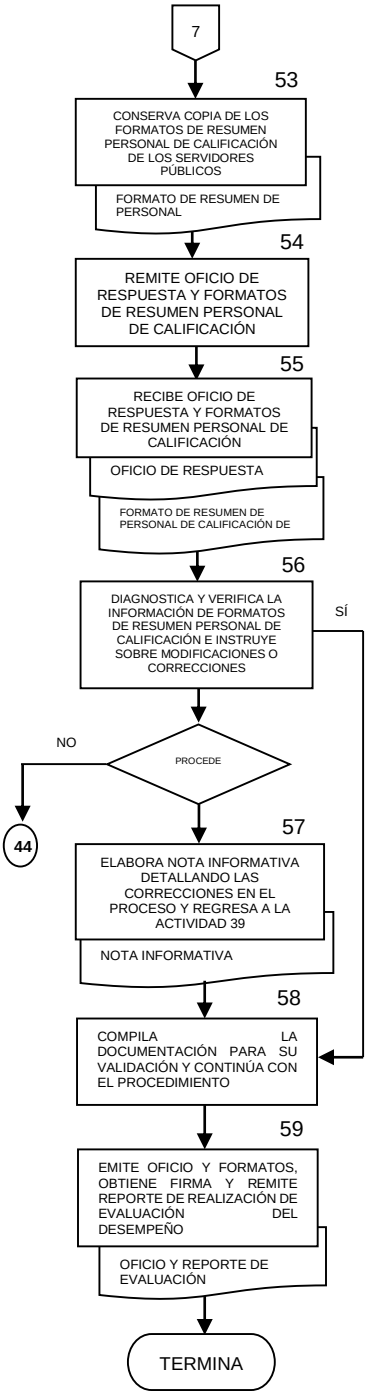

ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
2
PROCEDE
SÍ
NO
16
ELABORA NOTA INFORMATIVA EN LA QUE SE DEFINEN LAS INCONSISTENCIAS EN LA CAPTURA DE LAS METAS
NOTA INFORMATIVA
4
17
VERIFICA LA DOCUMENTACIÓN PARA SU ENVÍO Y CONTINUA PROCEDIMIENTO
18
ELABORA OFICIOS Y FORMATOS, ENVÍA FORMATOS DE CAPTURA CON METAS COLECTIVAS E INDIVIDUALES ASÍ COMO CD, A LA DGAASPCC.
OFICIO
FORMATOS DE METAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS
19
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD DE VALIDACIÓN DEL MAESTRO DE PUESTOS
OFICIO
MAESTRO DE PUESTOS
20
DIAGNOSTICA E INSTRUYE PARA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO
OFICIO
MAESTRO DE PUESTOS
21
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD DE VALIDACIÓN DEL MAESTRO DE PUESTOS
OFICIO
MAESTRO DE PUESTOS
3
4


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
3
22
ANALIZA CON LAS ÁREAS E IDENTIFICA Y DETERMINA A LOS SUPERVISORES PARA LOS PUESTOS
27
23
REALIZA MODIFICACIONES, INCLUYE SUPERVISORES Y VALIDA MAESTRO DE PUESTOS
PROPUESTA DE MAESTRO DE PUESTOS VALIDADO Y DISCO COMPACTO
24
ELABORA OFICIO DE RESPUESTA E INTEGRA PROPUESTA DE MAESTRO DE PUESTOS CORREGIDO Y TURNA PARA REVISIÓN
OFICIO Y MAESTRO DE PUESTOS VALIDADO
DISCO COMPACTO CON MAESTRO DE PUESTOS VALIDADO
25
RECIBE PROPUESTA DE OFICIO Y DEL MAESTRO DE PUESTOS CORREGIDO Y VALIDADO
OFICIO DE RESPUESTA
MAESTRO DE PUESTOS VALIDADO Y CD VALIDADO
26
VERIFICA LA INFORMACIÓN Y EMITE CORRECCIONES O MODIFICACIONES
SÍ
PROCEDE
27
ELABORA NOTA INFORMATIVA CON LAS INCONSISTENCIAS EN LA VALIDACIÓN DEL MAESTRO DE PUESTOS Y SE REGRESA Y REGRESA A LA ACTIVIDAD
NO
22
NOTA INFORMATIVA
28
CONCENTRA Y COMPRUEBA LA INFORMACIÓN DEL Y CONTINUA EL PROCEDIMIENTO
4
5


DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
4
29
EMITE OFICIO Y MAESTRO DE PUESTOS Y REMITE MAESTRO DE PUESTOS
30
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
OFICIO
31
DIAGNOSTICA CONDICIONES Y REQUERIMIENTOS PARA LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
32
COORDINA PARA DAR ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
33
RECIBE OFICIO E INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
OFICIO
34
ANALIZA E IDENTIFICA NECESIDADES PARA LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN
35
VERIFICA CONDICIONES DEL REQUERIMIENTO Y SE CERCIORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PÁGINA ELECTRÓNICA PARA LA EVALUACIÓN
36
ELABORA Y TURNA OFICIO CON INSTRUCCIONES Y PASSWORDS, PARA LA EVALUACIÓN HECHA EN LA PÁGINA
OFICIO DE INSTRUCCIONES CON PASSWORD
5
6


ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
5
37
RECIBE OFICIO CON INSTRUCCIONES Y EL PASSWORD PARA CAPTURA DE RESULTADOS EN METAS
OFICIO
38
REALIZA CAPTURA DE METAS INDIVIDUALES Y REGISTRO DE METAS COLECTIVAS Y GENERA EL FORMATO.
39
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD PARA NOTIFICACIÓN Y SIGNA DE FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
FORMATOS DE RESUMEN DE CALIFICACIÓN DEL PERSONAL
40
RESGUARDA COPIA DE LOS FORMATOS DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
OFICIO Y FORMATOS DE RESUMEN DE PERSONAL
41
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD PARA NOTIFICACIÓN Y SIGNA DE FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN
OFICIO Y FORMATOS DE EVALUACIÓN
42
COORDINA SOBRE LA NOTIFICACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS INDIVIDUALES DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
43
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD PARA NOTIFICACIÓN Y SIGNA DE FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN
OFICIO Y FORMATOS DE RESUMEN DE PERSONAL
44
VERIFICA CONDICIONES DEL REQUERIMIENTO, SE CERCIORA Y GENERA FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN
FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
57
6/7


ÁREAS DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
6
45
ELABORA Y TURNA OFICIO CON INSTRUCCIONES PARA DIFUSIÓN Y SIGNA DE FORMATOS DE RESUMEN PERSONAL DE EVALUACIÓN
46
INTEGRA CARPETA PARA CONCENTRAR LA INFORMACIÓN Y LOS REPORTES DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN
REPORTES DE RESUMEN DE PERSONAL
47
RECIBE OFICIO CON INSTRUCCIONES PARA NOTIFICACIÓN Y SIGNA DE FORMATOS DE RESUMEN DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN.
FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
48
REALIZA LA NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS
FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
49
REMITEN LOS FORMATOS DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
50
RECIBE LOS FORMATOS DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN
FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
51
VERIFICA LA SIGNA, CONCRETA E INTEGRA LOS FORMATOS DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
52
ELABORA PROPUESTA DE OFICIO DE RESPUESTA Y OBTIENE ANTEFIRMA
PROPUESTA DE OFICIO DE RESPUESTA
FORMATO DE RESUMEN PERSONAL DE CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SIGNADO
7/8

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREAS DE ESTRUCTURA)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico de la DGCES	N/A
6.2 Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	N/A
6.3 Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	N/A
6.4 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera. DOF 12-VII-2010 Reformas en el DOF: 29-VIII-2011 06-IX-2012 Última reforma publicada en el DOF 23-VIII-2013	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Metas colectivas de la unidad administrativa	3 años	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	C.28
7.2 Metas Individuales de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera de la unidad administrativa	3 años	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	C.28
7.3 Maestro de puestos de la unidad administrativa	3 años	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	C.28
7.4 Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño	3 años	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	C.28

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Evaluación del desempeño. Conjunto coordinado de procesos que permiten establecer los mecanismos de medición y valoraciones del desempeño de los servidores públicos.

8.2 Maestro de puestos. Documento concentrador de los códigos de los puestos de una Unidad Administrativa conforme a una estructura organizacional dictaminada y aprobada ante la Secretaría de la Función Pública.

8.3 Metas. Unidad resultado cuantificable esperada a obtener por un servidor público o una Unidad Administrativa en un periodo determinado de tiempo.

8.4 Metas colectivas. Resultados cuantificables a obtener por una Unidad Administrativa en un periodo de tiempo conforme a la direccionalidad de reglamentaciones institucionales o de objetivos estratégicos.

8.5 Metas individuales. Resultados cuantificables a obtener por un servidor público adscrito a una Unidad Administrativa en un periodo de tiempo conforme al cual se evalúa su desempeño y su contribución al logro de los objetivos y/o metas institucionales.

8.6 Objetivos y metas institucionales. Aquellos, a nivel de Unidad Administrativa, Dirección General u Homóloga, que son sustantivos y estratégicos para la Dependencia o Entidad, y que provengan de un Reglamento Interior o de Sistemas de Planeación, Información y/o seguimiento Institucional.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Metas colectivas de la unidad administrativa.
10.2 Metas individuales de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera de la Unidad administrativa.
10.3 Maestro de puestos de la Unidad Administrativa.
10.4 Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño.

10.1 Metas colectivas de la unidad administrativa.

AÑO					CUMPLIMIENTO CUANTITATIVO DE OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL RENDIMIENTO DE LA DEPENDENCIA					
DEPENDENCIA	UNIDAD RESPONSABLE	Alineación al P.N.D. 2013-2018	Instrumento de Gestión del Rendimiento	No	Descripción de Objetivo y/o Meta de Gestión del Rendimiento	Resultados Esperados en Valor Absoluto o en %	Unidad de Medida del(os) Objetivo(s) y/o Meta(s) del Rendimiento	Peso del Objetivo y/o Meta Gestión del Rendimiento		
				1						
				2						
				3						
				4						
				5						
				6						
				7						

Lugar y fecha de elaboración

Firma del Titular de

10.2 Metas individuales de los servidores públicos sujetos al servicio profesional de carrera de la Unidad administrativa.

DATOS DEL EVALUADO											CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL DE FUNCIONES Y METAS				PARÁMETROS				
AÑO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	R.F.C.	C.U.R.P.	No. RUSP	CÓDIGO DE PUESTO	NIVEL DEL PUESTO	DEPENDENCIA	UNIDAD RESPONSABLE	No.	Descripción de la Meta, Objetivo y/o Función	Unidad de Medida de la Meta, Objetivo y/o Función	Peso Individual de la Meta, Objetivo y/o Función (en su caso)	Instrumento de Gestión del Rendimiento de Origen	EXCELENTE	SATISFACTORIO	NO SATISFACTORIO	DEFICIENTE
											1					Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.			
											2					Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.			
											3					Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.			
											4					Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.			
											5					Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.			

Lugar y fecha de elaboración

Nombre y firma del Superior Jerárquico de Evaluado

Firma del Evaluado

10.3 Maestro de puestos de la unidad administrativa.



10.4 Formato de resumen personal de calificación de evaluación del desempeño.

SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA
EVALUACIÓN ANUAL 2015

DATOS DEL EVALUADO

NOMBRE DEL EVALUADO	RFC	CURP	No.de RUSP

DENOMINACIÓN DEL PUESTO	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA U ÓRGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO

CLAVE Y NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE

RESUMEN DE CALIFICACIONES DE LAS MODALIDADES DE VALORACIÓN ANUAL

VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL DE LAS FUNCIONES Y METAS		SATISFACTORIO
Actividades Extraordinarias (En su caso)		
VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO CUANTITATIVO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL RENDIMIENTO		EXCELENTE
VALORACIÓN CUALITATIVA DE LAS APORTACIONES INSTITUCIONALES EFECTUADAS POR CADA SERVIDOR PÚBLICO (INCLUYENDO CAPACITACIÓN)		SATISFACTORIO
Capacidades Gerenciales o Directivas		
Capacitación acreditada por el Servidor Público (En su Caso)		
CALIFICACIÓN PARCIAL ANUAL		SATISFACTORIO
Aportaciones Destacadas (En su Caso)		
CALIFICACIÓN FINAL ANUAL		SATISFACTORIO

PUESTO, NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR JERÁRQUICO O SUPERVISOR

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

R.F.C.	C.U.R.P.	LUGAR Y FECHA

170. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR LA CERTIFICACIÓN DE CAPACIDADES PROFESIONALES PARA PERMANENCIA EN EL PUESTO DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS SUJETOS AL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Aplica conforme al Subsistema de Capacitación y Certificación de Capacidades del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, realizar ante la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación (DGAASPCC) las gestiones administrativas relacionadas con la certificación de las capacidades profesionales de los servidores públicos de carrera titulares para su permanencia en el Sistema del Servicio Profesional de Carrera y en su cargo.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), quien conduce la información a la Coordinación Administrativa la cual delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos), quien se encarga de atender lo solicitado por la Coordinación Administrativa.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Conforme al artículo 52 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera los servidores públicos de carrera deberán ser sometidos a una evaluación para certificar sus capacidades profesionales por lo menos cada cinco años.

3.2 La Dirección General de Calidad y Educación en salud a través de la Coordinación Administrativa, previa solicitud de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, integrará el reporte de Servidores Públicos de Carrera titulares que deberán certificarse para efectos de permanencia en el puesto al cumplir cinco años de su ingreso al Sistema del Servicio Profesional de Carrera.

3.3 Las capacidades gerenciales, podrán ser consideradas para el proceso de certificación, una vez que el Comité Técnico de Profesionalización (CTP) las haya aprobado como capacidades profesionales, previa solicitud de asignación de las mismas por parte de la Unidad Administrativa.

3.4 Son requisitos para la certificación y permanencia en el puesto de Servidor Público de Carrera Titulares:

a) Que el Comité Técnico de Profesionalización reconozca las capacidades gerenciales como únicas capacidades profesionales del puesto de que se trate, previa solicitud de asignación de las mismas por parte de la unidad administrativa,

b) Aprobar las capacidades gerenciales, reconocidas como capacidades profesionales únicas del puesto de que se trate por el CTP,

c) Cumplir con las 40 horas de capacitación anual obligatorias con calificación mínima aprobatoria de 7.0, considerando para ello los cursos programados anualmente por las instancias normativas en materia de capacitación de la Secretaría de Salud y,

d) Aprobar la última evaluación del desempeño anual.

3.5 La Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación es la responsables de llevar a cabo las gestiones administrativas a fin de que los servidores públicos titulares de la Unidad Administrativa cumplan con la certificación de sus capacidades profesionales asignadas al puesto para su permanencia en el sistema y en su cargo.

3.6 Es requisito que los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES se capaciten en cada una de sus capacidades gerenciales para aprobar su certificación.

3.7 La calificación mínima aprobatoria de las evaluaciones gerenciales aprobadas por el CTP, será de 7.

3.8 En el caso de los Servidores Públicos de Carrera titulares que ingresaron al sistema del Servicio Profesional de Carrera por concurso o certificación de capacidades (por 7 boletos), podrán presentar solo en dos ocasiones las evaluaciones correspondientes para la certificación de sus capacidades profesionales.

3.9 Será responsabilidad de los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES cumplir y documentar con todos y cada uno de los requisitos para la certificación y permanencia en el puesto que ocupa:

a) Realizar y aprobar las evaluaciones de las capacidades profesionales únicas conforme a la normatividad vigente,

b) Cumplir y acreditar las 40 horas de capacitación anual con calificación mínima aprobatoria de 70 y,

c) Aprobar la última evaluación del desempeño anual, a fin de que la Coordinación Administrativa integre el expediente con la documentación respectiva, para gestionar la certificación para la permanencia en el Sistema del Servicio Profesional de Carrera y en el puesto que ocupa.

3.10 La Coordinación Administrativa de la DGCES con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Humanos), es responsable de recibir de los servidores públicos titulares de la DGCES, los documentos de aprobación de las evaluaciones de las capacidades profesionales, las constancias aprobatorias del cumplimiento de las 40 horas anuales, y Evaluación del Desempeño Anual aprobatoria, a fin de integra el expediente.

3.11 La Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación y el servidor público de carrera titular, en forma conjunta, determinarán las capacidades gerenciales que se asignarán como capacidades profesionales únicas para su aprobación por el CTP para el proceso de certificación.

3.12 La Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación será el área responsable de solicitar ante el Comité Técnico de Profesionalización el registro y autorización como únicas capacidades profesionales requeridas del puesto de que se trate, previa asignación con el servidor público de carrera titular.

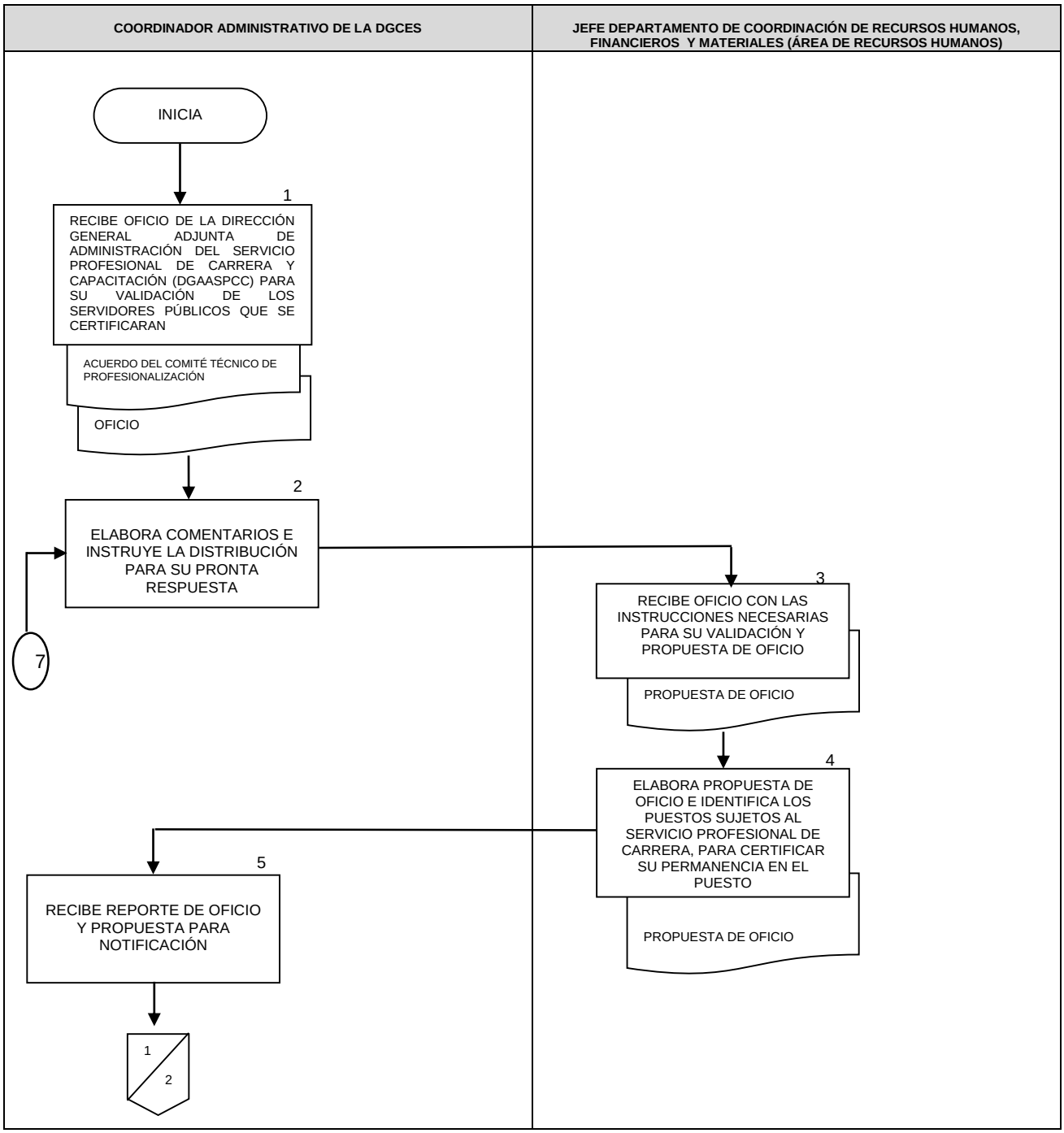
3.13 Una vez que el CTP ha autorizado las capacidades a evaluar, el servidor público de carrera titular podrá realizar las evaluaciones correspondientes asignadas al puesto y/o en su caso, presentar el reporte de calificaciones aprobatorias de las capacidades profesionales, para complementar la documentación obligatoria para solicitar la certificación.

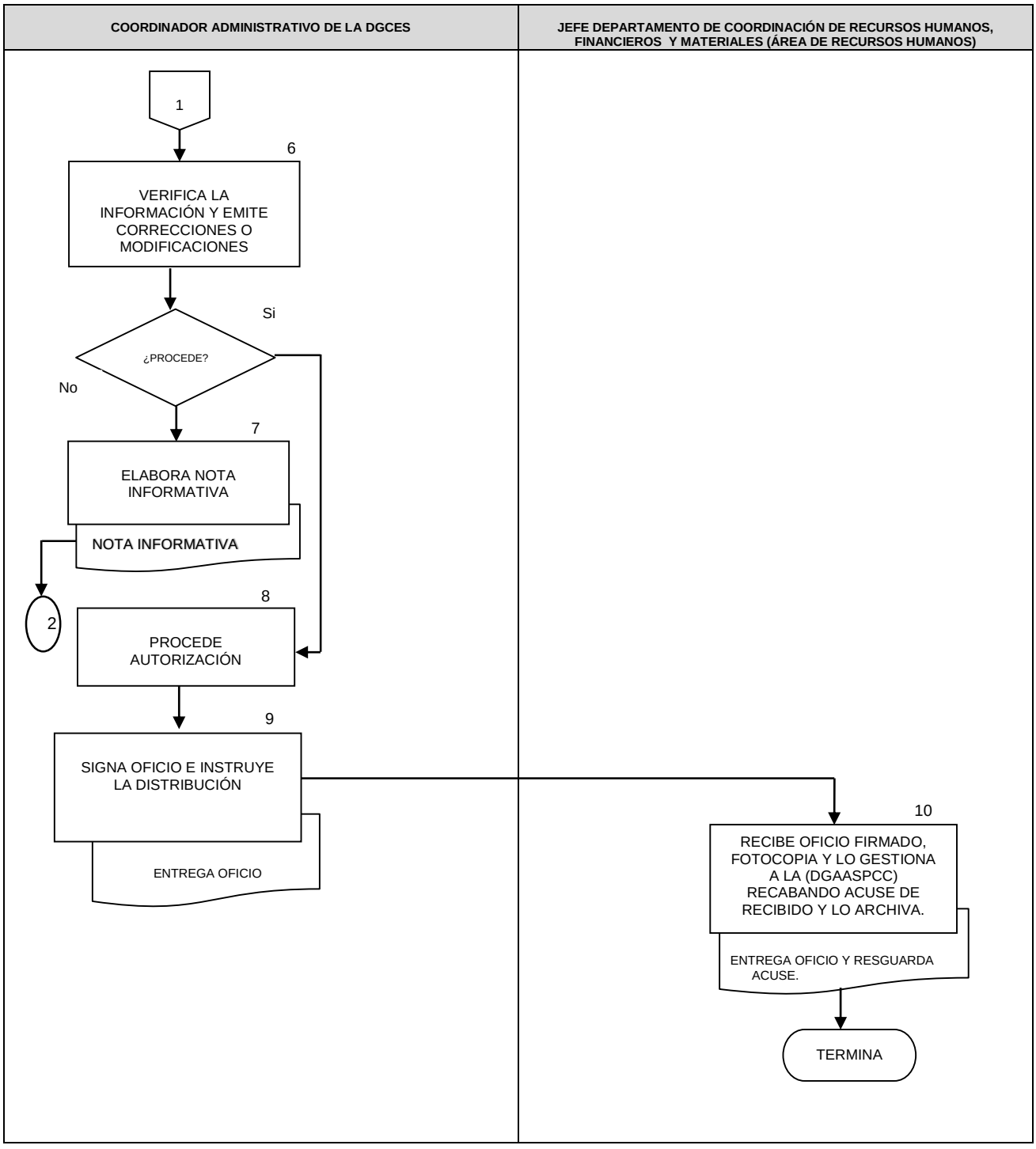
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
Coordinador Administrativo	**1**	Recibe de la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación DGAASPCC, oficio en el que se solicita la validación de los servidores públicos que cumplen cinco años de su ingreso al Sistema del Servicio Profesional de Carrera	▪ Oficio
Coordinador Administrativo	**2**	Elabora comentarios e instruye al Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) respecto a los elementos a considerar para la entrega de Oficio de Respuesta a lo solicitado.	▪ oficio
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**3**	Recibe oficio con las instrucciones necesarias para su validación y propuesta de oficio.	▪ Oficio
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**4**	Valida información y elabora propuesta de oficio identificando los servidores públicos a certificarse, que son sujetos al Servicio Profesional de Carrera que cumplen cinco años de su ingreso al Sistema del Servicio Profesional de Carrera, y que es requisito indispensable para la permanencia en el Sistema y en su cargo. Turna oficio al Coordinador Administrativo para su firma.	▪ Propuesta de oficio
Coordinador Administrativo	**5**	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), propuesta de oficio de respuesta	▪ Propuesta de oficio respuesta
Coordinador Administrativo	**6**	Verifica la información y dictamina: ¿Procede?	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
	7	No: Elabora Nota Informativa con las inconsistencias a la validación de la Certificación de los Servidores Públicos de Carrera y regresa a la actividad 3	▪ Nota Informativa
	8	Si: Valida la información para su envío y continúa con el procedimiento.	
Coordinador Administrativo	**9**	Firma oficio y lo delega al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), para su trámite ante la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación.	▪ Oficio firmado
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos)	**10**	Recibe oficio firmado, fotocopia y lo gestiona ante la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, recabando acuse de recibido y lo archiva. A partir de este punto la certificación de capacidades profesionales, será únicamente entre el Servidor Público de Carrera y la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, quien les informará a su correo electrónico oficial la liga del sitio web: http://www.recibos.salud.gob.mx/habgerenciales/ para su registro personal, a través de la cual realizarán sus evaluaciones de capacidades profesionales de los Servidores Públicos de Carrera Titulares. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	▪ Oficio firmado ▪ Acuse de recibido

5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA DGCES
JEFE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
1
6
VERIFICA LA INFORMACIÓN Y EMITE CORRECCIONES O MODIFICACIONES
Si
¿PROCEDE?
No
7
ELABORA NOTA INFORMATIVA
NOTA INFORMATIVA
2
8
PROCEDE AUTORIZACIÓN
9
SIGNA OFICIO E INSTRUYE LA DISTRIBUCIÓN
ENTREGA OFICIO
10
RECIBE OFICIO FIRMADO, FOTOCOPIA Y LO GESTIONA A LA (DGAASPCC) RECABANDO ACUSE DE RECIBIDO Y LO ARCHIVA.
ENTREGA OFICIO Y RESGUARDA ACUSE.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	N/A
6.4 Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	N/A
6.5 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera. DOF 12-VII-2010 Reformas en el DOF: 29-VIII-2011 06-IX-2012 Última reforma publicada en el DOF 23-VIII-2013	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Control de seguimiento de los puestos de estructura de la DGCES sujetos al Servicio Profesional de Carrera	3 años	Coordinador Administrativo y Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Humanos)	4C.28
7.2 Oficios de requerimiento para certificación de servidores públicos de la DGCES sujetos al Servicio Profesional de Carrera	3 años	Coordinador Administrativo y Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Humanos)	4C.28
7.3 Actas de resolución a solicitud de certificación, re-certificación y cambio en plan de carrera personal del Comité Técnico de Profesionalización	3 años	Coordinador Administrativo y Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Humanos)	4C.28

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Acuerdos del Comité de Profesionalización.** Documento que contiene los acuerdos tomados o acciones necesarias para dar fe y hecho a la realización de las distintas etapas para el proceso de certificación de los servidores públicos de carrera titular en cumplimiento a la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y su Reglamento. Los acuerdos tomados en las sesiones son informados por la Secretaría Técnica de dicho comité a todos los involucrados de unidades centrales y órganos desconcentrados a través de los medios que éste considere pertinentes.

8.2 **Certificación de capacidades profesionales.** Proceso mediante el cual los servidores públicos de carrera deberán ser sometidos a una evaluación para certificar sus capacidades profesionales por lo menos cada cinco años para la permanencia en el Sistema y en su cargo

8.3 **Oficio para permanencia en el servicio profesional de carrera.** Al documento oficial expedido por la Dirección General Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, donde consta que han quedado certificadas las capacidades profesionales al puesto que ocupa el servidor público de carrera titular, en virtud de haber acreditado las evaluaciones correspondientes para su permanencia en el Sistema y en su cargo, en cumplimiento a la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y su Reglamento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Octubre 2016	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Acuerdo del Comité Técnico de Profesionalización: Acuerdos de registro y autorización de capacidades profesionales únicas y cumplimiento del proceso de certificación para permanencia en el puesto de servidores públicos de la DGCES sujetos al Servicio Profesional de Carrera.

171. PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO A LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Suministrar conservación y/o mantenimiento a los bienes muebles e inmuebles en resguardo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con el objeto de garantizar el estado físico y funcionalidad operativa de los mismos para que con ellos se pueda contribuir al desarrollo de las actividades y de los programas sustantivos de las áreas que integran a la unidad administrativa.

2. ALCANCE

2.1 La Coordinación Administrativa de la DGCES, proporciona por conducto del Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Servicios Materiales), el mantenimiento y/o conservación de los bienes muebles e inmuebles de la DGCES.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Materiales) son las responsables de proporcionar el mantenimiento preventivo y/o correctivo considerado en el Programa Anual de Trabajo (PAT) de los bienes muebles e inmuebles que forman parte de los activos fijos de la unidad administrativa y que no son prestados por los servicios subrogados que brinda la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.

3.2 Es responsabilidad de los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES, solicitar la realización del mantenimiento preventivo y/o correctivo de los bienes muebles bajo su directo resguardo conforme al Programa Anual de Trabajo (PAT), así como de verificar su cumplimiento conforme a la solicitud de mantenimiento.

3.3 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de Recursos Materiales), es responsable de verificar el tipo de servicios de mantenimiento y/o conservación a brindar a los bienes muebles e inmuebles que forman parte de los activos fijos de la unidad administrativa y que no están cubiertos o consideradas en las erogaciones de mantenimiento y/o conservación que proporciona la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales a todos los bienes inmuebles de la Institución. También es responsable de verificar la disponibilidad presupuestal autorizada en su Programa Anual de Trabajo (PAT) en las partidas correspondientes a mantenimiento y/o conservación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

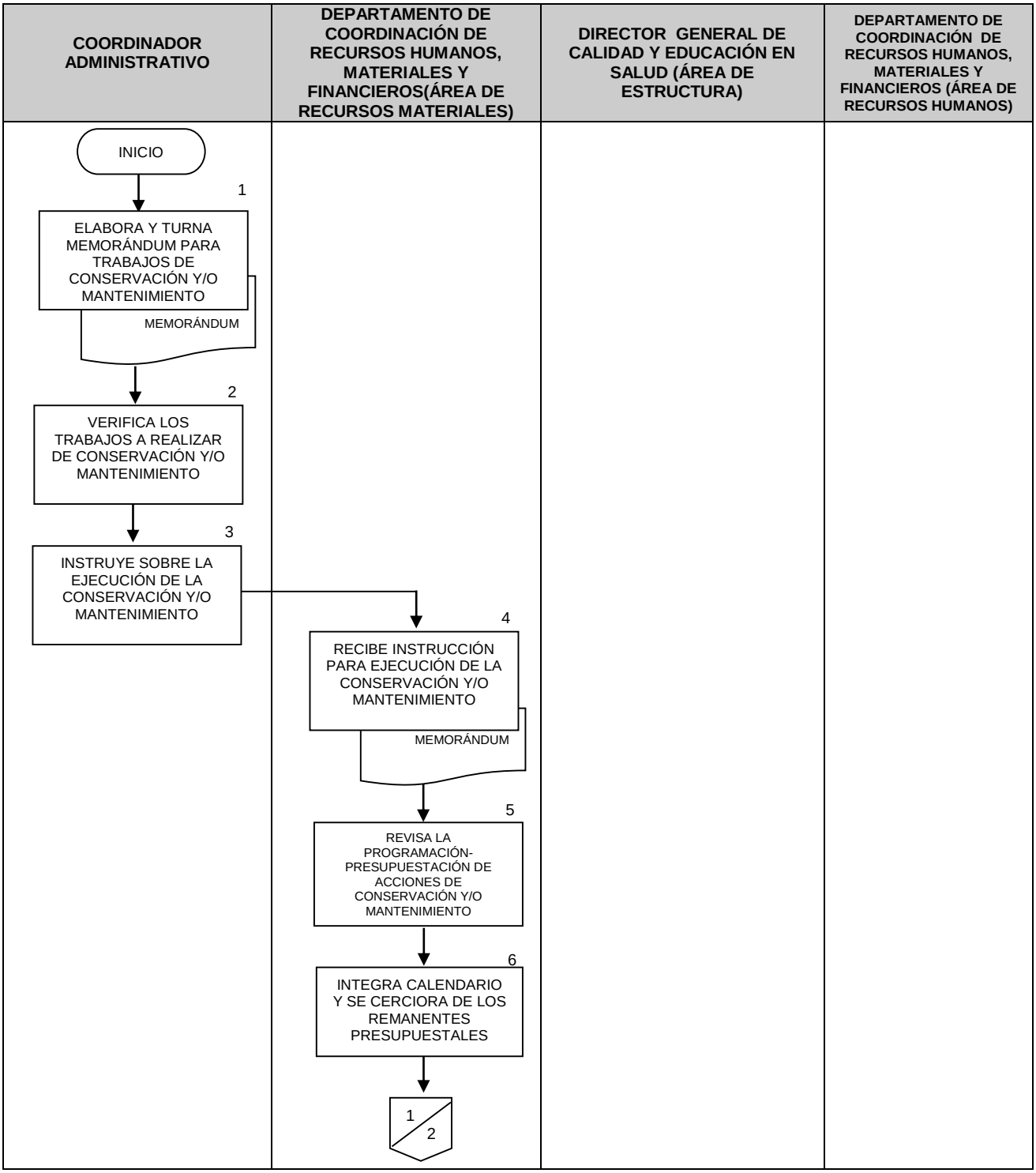
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativa	1	Elabora y turna memorándum a los titulares de las Direcciones de Área de la unidad administrativa para que requieran los trabajos de conservación y/o mantenimiento a los bienes muebles e inmuebles bajo su resguardo y jurisdicción.	▪ Memorándum
	2	Verifica en el Programa Anual de Trabajo y en disponibilidad presupuestaria autorizada, los trabajos a realizar de conservación y/o mantenimiento.	
	3	Instruye al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos materiales) sobre la ejecución de la conservación y/o mantenimiento a bienes muebles e inmuebles de la unidad administrativa.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Materiales)	4	Recibe de la Coordinación Administrativa instrucción para ejecución de conservación y/o mantenimiento a bienes muebles e inmuebles de la unidad administrativa.	▪ Memorándum
	5	Revisa en el Programa Anual de Trabajo la programación-presupuestación de acciones de conservación y/o mantenimiento.	
	6	Integra calendario y se cerciora de los remanentes presupuestales para la realización de los trabajos de conservación y/o mantenimiento.	
	7	Elabora y turna memorándum a los titulares de las direcciones de área de la unidad administrativa para que ratifiquen o modifiquen los trabajos de conservación o mantenimiento a los bienes muebles e inmuebles bajo su resguardo y jurisdicción.	

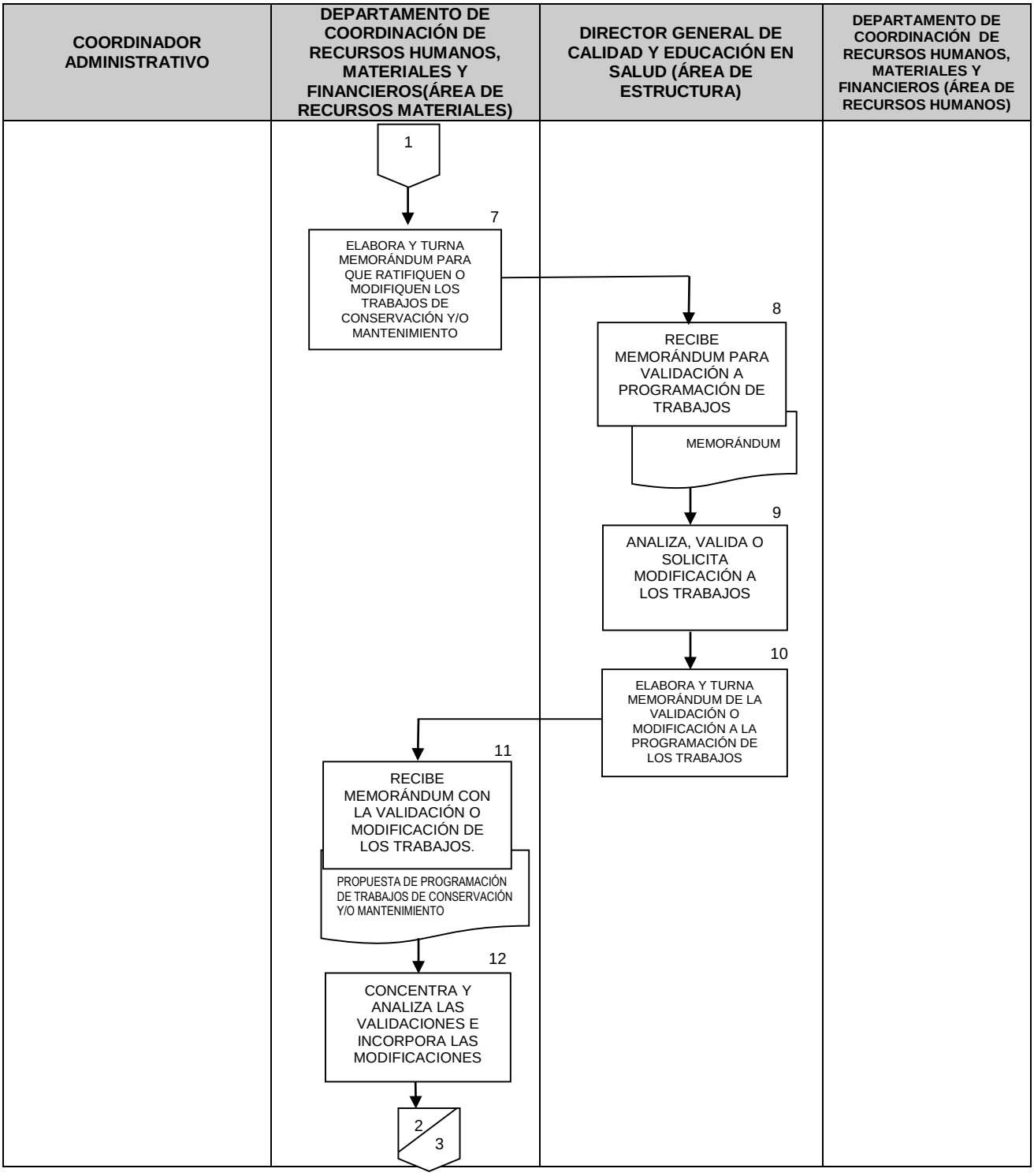
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General de Calidad y Educación en Salud (área de estructura)	8	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos materiales) memorándum para validación a programación de trabajos de conservación y/o mantenimiento a ejecutarse en las direcciones de área de la DGCES.	▪ Memorándum.
	9	Analiza, y conforme al caso valida o solicita modificación a los trabajos de conservación y/o mantenimiento programados.	
	10	Elabora y turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos materiales) memorándum donde se validan o solicita modificación a la programación de los trabajos de conservación y/o mantenimiento.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	11	Recibe memorándum de las áreas de estructura de la DGCES con la validación de los trabajos o con indicaciones de modificación a los trabajos de conservación y/o mantenimiento.	▪ Propuesta de programación de trabajos de conservación y/o mantenimiento
	12	Concentra y analiza las validaciones e incorpora las modificaciones solicitadas por las áreas de estructura de la DGCES.	
	13	Integra la propuesta de programación de acciones de conservación y/o mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles de la unidad administrativa.	
	14	Remite a la Coordinación Administrativa la propuesta de programación de acciones de conservación y/o mantenimiento de bienes muebles e inmuebles de la unidad administrativa para aprobación.	

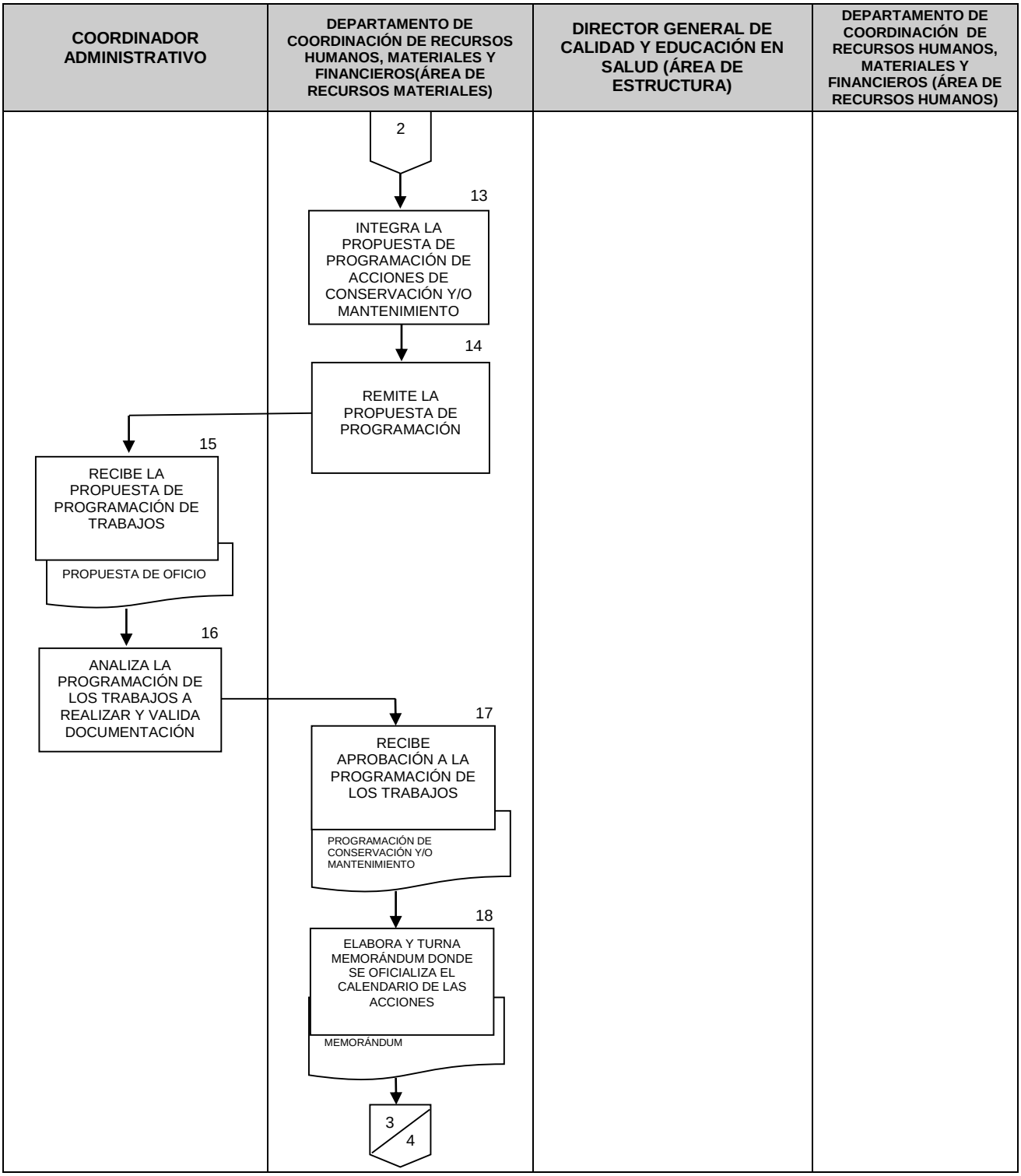
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativa	15	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (Área de Recursos Materiales) la propuesta de programación de trabajos de conservación y/o mantenimiento.	▪ Propuesta de oficio
	16	Analiza la programación de los trabajos a realizar para conservación y/o mantenimiento y valida la documentación proporcionada.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	17	Recibe de la Coordinación Administrativa aprobación a la programación de trabajos de conservación y/o mantenimiento de la unidad administrativa.	▪ Programación de conservación y/o mantenimiento
	18	Elabora y turna a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (áreas de estructura) memorándum donde oficializa el calendario de las acciones de conservación y/o mantenimiento.	▪ Memorándum
	19	Efectúa conforme al calendario los trabajos de conservación y/o mantenimiento.	
	20	Verifica el cumplimiento de los términos y condiciones para la realización de los trabajos de conservación y/o mantenimiento.	
	21	Solicita a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (áreas de estructura) la liberación a conformidad de los trabajos de conservación y/o mantenimiento realizado en las distintas áreas.	
Director General de Calidad y Educación en Salud (área de estructura)	22	Recibe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos materiales) memorándum donde se instruye sobre la liberación a conformidad de los trabajos de conservación y/o mantenimiento realizado.	▪ Memorándum
	23	Verifica y se cerciora de los trabajos realizados en las áreas de estructura de la unidad administrativa.	

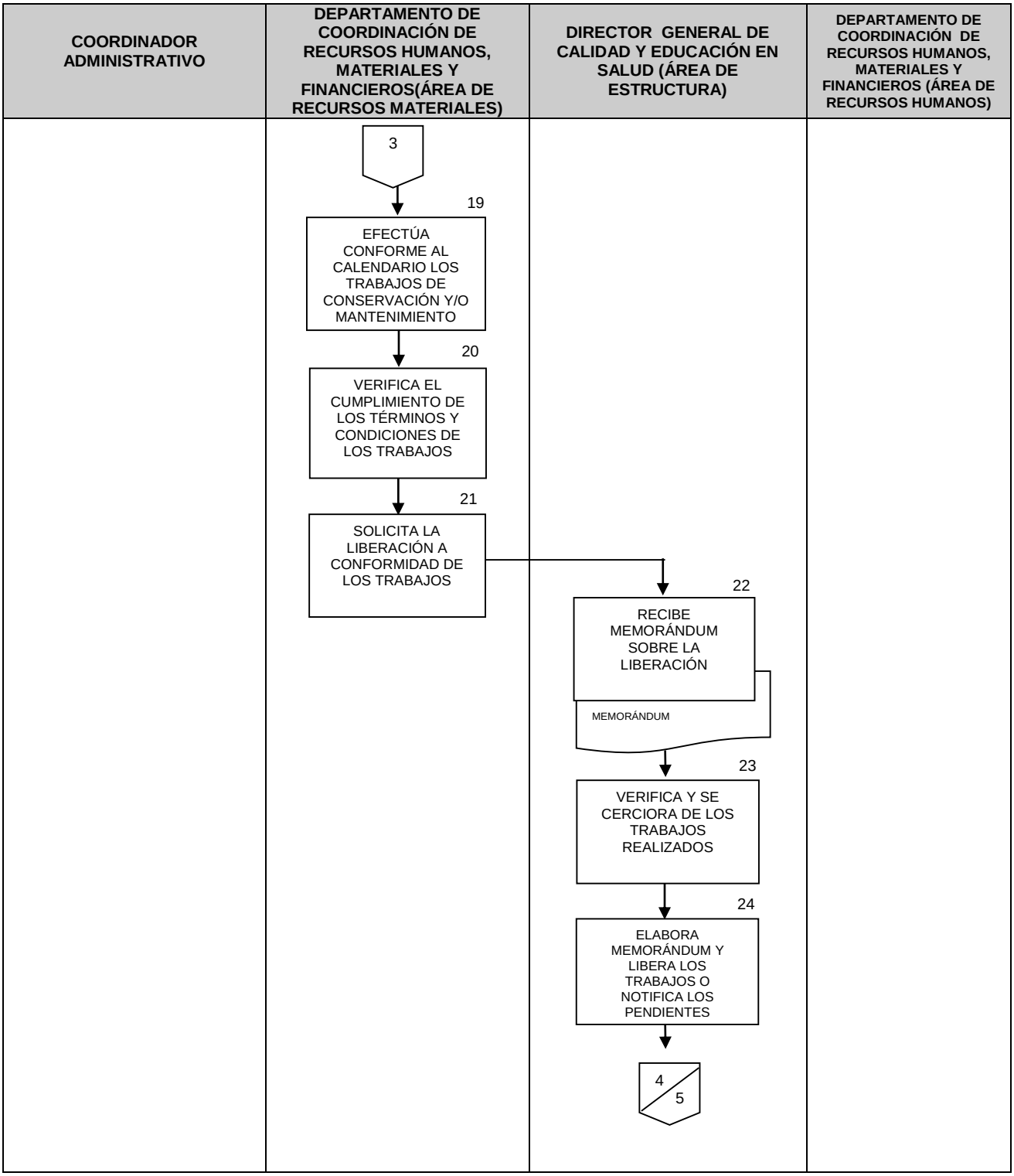
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	24	Elabora memorándum, y conforme al caso, libera a conformidad los trabajos o notifica de trabajos pendientes o inconclusos conforme a la programación oficializada de acciones de conservación y/o mantenimiento. Procede: No.- Regresa a actividad 11. Sí.- Continúa procedimiento.	
	25	Turna al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos materiales) memorándum con liberación de trabajos de conservación y/o mantenimiento o informa sobre trabajos inconclusos o pendientes.	
Jefe de Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de recursos materiales)	26	Recibe de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (áreas de estructura) memorándum donde libera a conformidad los trabajos de conservación y/o mantenimiento realizados.	▪ Memorándum ▪ Control de trabajos de conservación y/o mantenimiento
	27	Descarga en el control de programación de acciones de conservación y/o mantenimiento de la unidad administrativo el avance físico, o conforme al caso, también el financiero.	
	28	Solicita al Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de recursos financieros) efectuar, conforme al cargo, pago a proveedor.	
	29	Elabora memorándum donde notifica a la Coordinación Administrativa sobre los trabajos efectuados y las áreas donde se ejecutaron. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

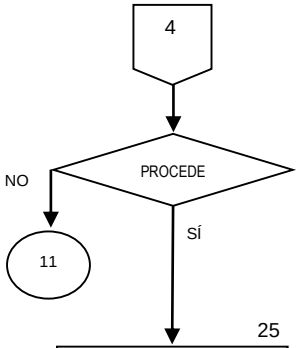
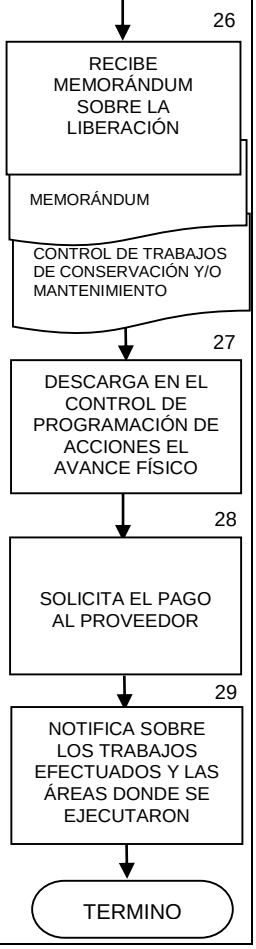
5. DIAGRAMA DE FLUJO




COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS(ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREA DE ESTRUCTURA)
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
1
7
ELABORA Y TURNA MEMORÁNDUM PARA QUE RATIFIQUEN O MODIFIQUEN LOS TRABAJOS DE CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO
8
RECIBE MEMORÁNDUM PARA VALIDACIÓN A PROGRAMACIÓN DE TRABAJOS
MEMORÁNDUM
9
ANALIZA, VALIDA O SOLICITA MODIFICACIÓN A LOS TRABAJOS
10
ELABORA Y TURNA MEMORÁNDUM DE LA VALIDACIÓN O MODIFICACIÓN A LA PROGRAMACIÓN DE LOS TRABAJOS
11
RECIBE MEMORÁNDUM CON LA VALIDACIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS TRABAJOS.
PROPUESTA DE PROGRAMACIÓN DE TRABAJOS DE CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO
12
CONCENTRA Y ANALIZA LAS VALIDACIONES E INCORPORA LAS MODIFICACIONES
2
3


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS(ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREA DE ESTRUCTURA)
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
2
13
INTEGRA LA PROPUESTA DE PROGRAMACIÓN DE ACCIONES DE CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO
14
REMITE LA PROPUESTA DE PROGRAMACIÓN
15
RECIBE LA PROPUESTA DE PROGRAMACIÓN DE TRABAJOS
PROPUESTA DE OFICIO
16
ANALIZA LA PROGRAMACIÓN DE LOS TRABAJOS A REALIZAR Y VALIDA DOCUMENTACIÓN
17
RECIBE APROBACIÓN A LA PROGRAMACIÓN DE LOS TRABAJOS
PROGRAMACIÓN DE CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO
18
ELABORA Y TURNA MEMORÁNDUM DONDE SE OFICIALIZA EL CALENDARIO DE LAS ACCIONES
MEMORÁNDUM
3
4


COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS(ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREA DE ESTRUCTURA)
DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
3
19
EFECTÚA CONFORME AL CALENDARIO LOS TRABAJOS DE CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO
20
VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS TRABAJOS
21
SOLICITA LA LIBERACIÓN A CONFORMIDAD DE LOS TRABAJOS
22
RECIBE MEMORÁNDUM SOBRE LA LIBERACIÓN
MEMORÁNDUM
23
VERIFICA Y SE CERCIORA DE LOS TRABAJOS REALIZADOS
24
ELABORA MEMORÁNDUM Y LIBERA LOS TRABAJOS O NOTIFICA LOS PENDIENTES
4
5

COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS(ÁREA DE RECURSOS MATERIALES)	DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (ÁREA DE ESTRUCTURA)	DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE RECURSOS HUMANOS)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.3 Programa Anual de Trabajo	N/A
6.4 Programa Anual de Adquisiciones	N/A
6.5 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa anual de adquisiciones	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.2 Programa de trabajo de mantenimiento y conservación	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.3 Formato de solicitud de mantenimiento y conservación	Un ejercicio fiscal	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A
7.4 Reporte de acciones de mantenimiento y conservación	Tres ejercicios fiscales	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Conservación.** Acción de proveer asistencia técnico físico motora a bienes muebles que están programados y considerados programático-presupuestal en el programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios.

8.2 **Mantenimiento.** Acción de proveer asistencia técnica-correctiva a eventos no programados dentro del programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios, y que por lo general requieren de la contratación de expertos que provean dicho servicio.

8.3 **Programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios.** Programa anual de documento que conforma las necesidades de servicios a proporcionar por la unidad administrativa y a sus áreas que la integran.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por DGPOP octubre 2013 y con estructura orgánica refrendada 31 de mayo de 2016

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programa anual de adquisiciones
10.2 Programa de trabajo de mantenimiento y conservación
10.3 Formato de solicitud de mantenimiento y conservación
10.4 Reporte de acciones de mantenimiento y conservación

172. PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA SIMPLE DE ARCHIVOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1 Realizar ante el Centro de Documentación Institucional las gestiones administrativas relacionadas con el llenado y actualización de la guía simple de archivos, a fin de dar a conocer las series documentales que integran los expedientes de archivos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de conformidad con lo que establece el Cuadro de Clasificación de Archivos de la Secretaría de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (DCRHFM), coordina la integración de expedientes con los Titulares de los puestos directivos organizacionales de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), las distintas áreas organizacionales de la DGCES organizan físicamente los expedientes y los registran en el sistema informático para integrar y actualizar la guía simple de archivos.

2.2 A nivel externo: el Centro de Documentación Institucional de la Secretaría de Salud, recibe el reporte de expedientes actualizados conforme a la normatividad aplicable y actualiza en el sistema informático la información para su difusión.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros es la responsable de efectuar las gestiones administrativas conducentes ante el Centro de Documentación Institucional a fin de que se cumplan con las obligaciones y requisitos para llenar y actualizar la guía simple de archivos de la DGCES.

3.2 Es responsabilidad de los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES organizar y concentrar sus archivos documentales para que la Coordinación Administrativa gestione el requisito de llenado y actualización de la guía simple.

3.3 Es responsabilidad de los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES designar dentro de su área a un responsable que se aboque a organizar, concentrar y llenar en el sistema informático los expedientes de archivo que formarán parte de la guía simple de archivos.

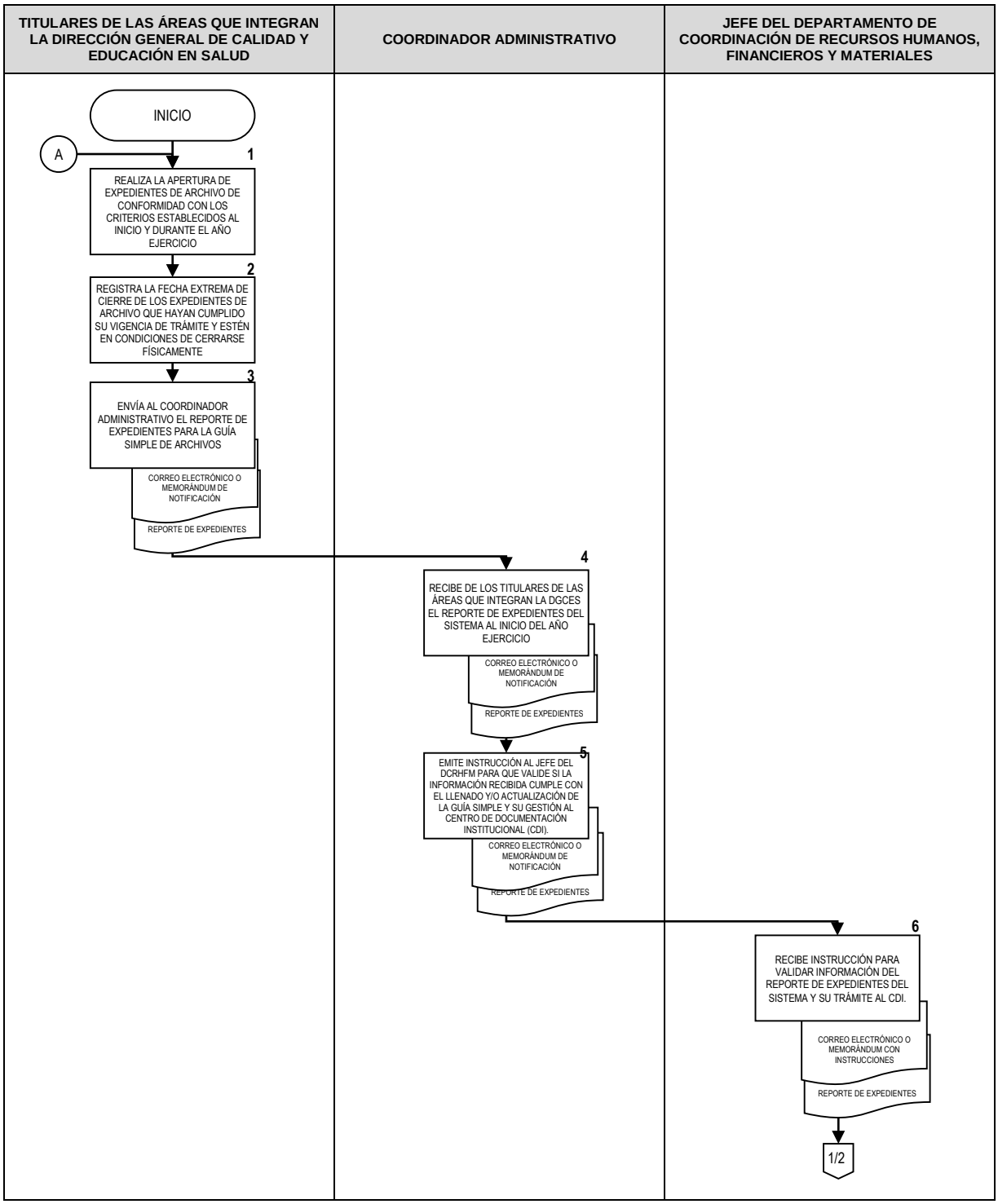
3.4 La Coordinación Administrativa de la DGCES con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros es responsable de validar los registros que las áreas de estructura previamente han llenado en el sistema informático, para gestionar el llenado y la actualización de la guía simple de archivos de la DGCES dentro de los primeros 15 días del mes de enero del año en curso.

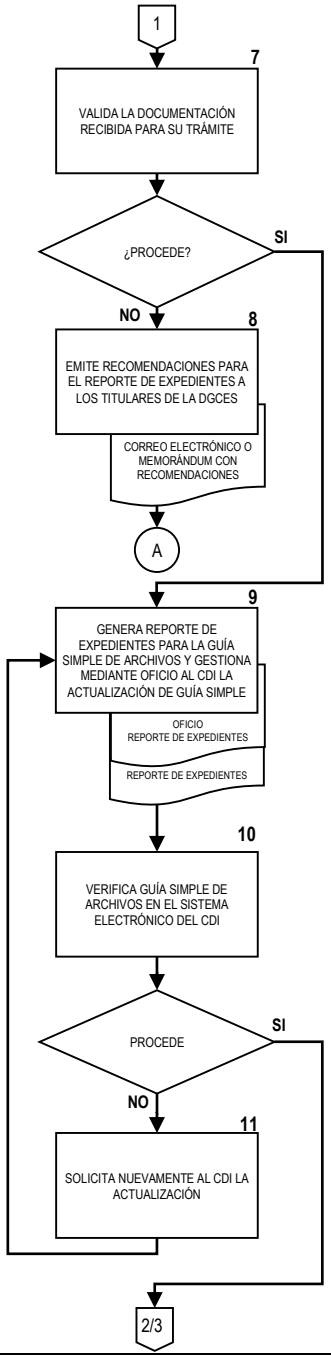
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

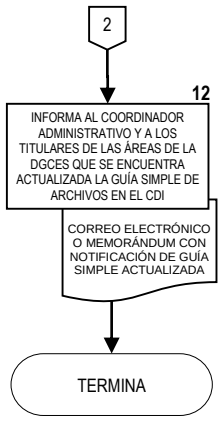
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titulares de las Áreas que integran la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)	1	Realiza la apertura de expedientes de archivo de conformidad con los criterios establecidos al inicio y durante el año ejercicio.	
	2	Registra la fecha extrema de cierre de los expedientes de archivo que hayan cumplido su vigencia de trámite y estén en condiciones de cerrarse físicamente.	
	3	Envía al Coordinador administrativo el reporte de expedientes para la Guía Simple de Archivos	▪ Correo electrónico o memorándum de notificación ▪ Reporte de expedientes
Coordinador Administrativo	4	Recibe de los Titulares de las áreas que integran la DGCES el reporte de expedientes del sistema al inicio del año ejercicio.	▪ Correo electrónico o memorándum de notificación ▪ Reporte de expedientes
	5	Emite instrucción al Jefe del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (DCRHMF) para que valide si la información recibida cumple con el llenado y/o actualización de la guía simple y su gestión al Centro de Documentación Institucional (CDI).	
Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (DCRHFM)	6	Recibe instrucción para validar información del reporte de expedientes del sistema y su trámite al CDI.	▪ Correo electrónico o memorándum con instrucciones ▪ Reporte de expedientes
	7	Valida la documentación recibida para su trámite	
	8	Procede NO: Emite recomendaciones para el Reporte de Expedientes a los Titulares de la DGCES. Regresa a la actividad 1.	▪ Correo electrónico o memorándum con recomendaciones
	9	SÍ: Genera reporte de expedientes para la guía simple de archivos y gestiona mediante oficio al CDI la actualización de guía simple.	▪ Oficio ▪ Reporte de expedientes

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	10	Verifica Guía Simple de Archivos en el sistema electrónico.	
		Procede	
	11	NO: Solicita al CDI la actualización correspondiente. Regresa al paso 7.	
	12	SÍ: Informa al Coordinador Administrativo y a los Titulares de las áreas de la DGCES que se encuentra actualizada la guía simple de archivos en el CDI.	▪ Correo electrónico o memorándum con notificación de guía simple actualizada.
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



TITULARES DE LAS ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
		

TITULARES DE LAS ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/A
6.3. Ley General de Bienes Nacionales	N/A
6.4. Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.5. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	N/A
6.6. Ley Federal de Archivos	N/A
6.7. Reglamento de la Ley Federal Archivos	N/A
6.8. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	N/A
6.9. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	N/A
6.10. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.11. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.12. Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único. Manual en la materia de archivos para la Administración Pública Federal	N/A
6.13. Cuadro General de Clasificación Archivística y Catálogo de Disposición Documental de la Secretaría de Salud.	N/A
6.14. Programa Gobierno Cercano y Moderno	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Oficios de requerimiento para la modificación o actualización de la guía simple de la DGCES	Un ejercicio fiscal	Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.2. Reporte de expedientes de archivo	Un ejercicio fiscal	Titulares de las ´reas que integran la DGCES y el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Archivo.** Se usa comúnmente para designar el local donde se conservan los documentos producidos y recibidos por una entidad como consecuencia de la realización de sus actividades. Conjunto organizado de documentos en cualquier soporte que son producidos y/o recibidos en el ejercicio de, atribuciones, funciones o actividades por personas físicas o morales, públicas o privadas.

8.2 **Documento.** Testimonio material de un hecho o acto realizado en el ejercicio de sus funciones por instituciones o personas físicas, jurídicas, públicas o privadas, registrado en una unidad de información en cualquier tipo de soporte (papel, cintas, discos magnéticos, películas, fotografías, etc.). Unidad de Información registrada en un soporte, sirve de consulta.

8.3 **Documento de archivo.** Documento que sin importar su forma o medio ha sido creado, recibido, manejado y usado por un individuo u organización en cumplimiento de sus obligaciones legales o en el ejercicio de su actividad o función.

8.4 **Guía simple de archivo.** Esquema general de descripción de las series documentales de una dependencia; indica sus características fundamentales conforme al cuadro general de clasificación archivística y sus datos generales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

No aplica.

173. PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS ADMINISTRATIVOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

1. PROPÓSITO

1.1. Realizar ante el Centro de Documentación Institucional las gestiones conducentes relativas a la transferencia de archivos administrativos que hayan cumplido el ciclo de vida en el Archivo de Trámite (etapa activa), a fin de otorgar acceso a los documentos que se encuentren dentro de la vigencia en el Archivo de Concentración y que en su caso, se puedan consultar en el archivo histórico cuando termine su vigencia en esa etapa semiactiva, de conformidad con lo que señala el Catálogo de Disposición Documental y los criterios de conservación de destino final.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: el Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (DCRHFM), coordina la integración de expedientes con los Titulares de los puestos directivos organizacionales de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), las distintas áreas organizacionales de la DGCES organizan físicamente los expedientes y los registran en el sistema informático para integrar y actualizar el inventario de archivos de transferencia primaria.

2.2 A nivel externo: el Centro de Documentación Institucional de la Secretaría de Salud, recibe el oficio y formato de transferencia primaria (inventario de archivos) de expedientes que han cumplido su custodia precautoria en el Archivo de Trámite para su recepción en el Archivo de Concentración de conformidad con la normatividad aplicable.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de archivos) son las responsables de efectuar las gestiones administrativas conducentes ante el Centro de Documentación Institucional a fin de que se cumplan con las obligaciones y requisitos para la transferencia de archivos administrativos de la DGCES.

3.2 Es responsabilidad de los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES organizar y concentrar sus archivos documentales que serán enviados, para que la Coordinación Administrativa gestione la transferencia de dichos archivos.

3.3 Es responsabilidad de los titulares de los puestos de estructura organizacional de la DGCES designar dentro de su área a un responsable que se aboque a organizar y concentrar los archivos documentales que formarán parte de los expedientes de archivos que serán transferidos al Archivo de Concentración a cargo del Centro de Documentación Institucional.

3.4 La Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) con la participación del Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros (área de archivos), es responsable de validar los formatos de envío y gestionar la transferencia de expedientes de archivos de la DGCES.

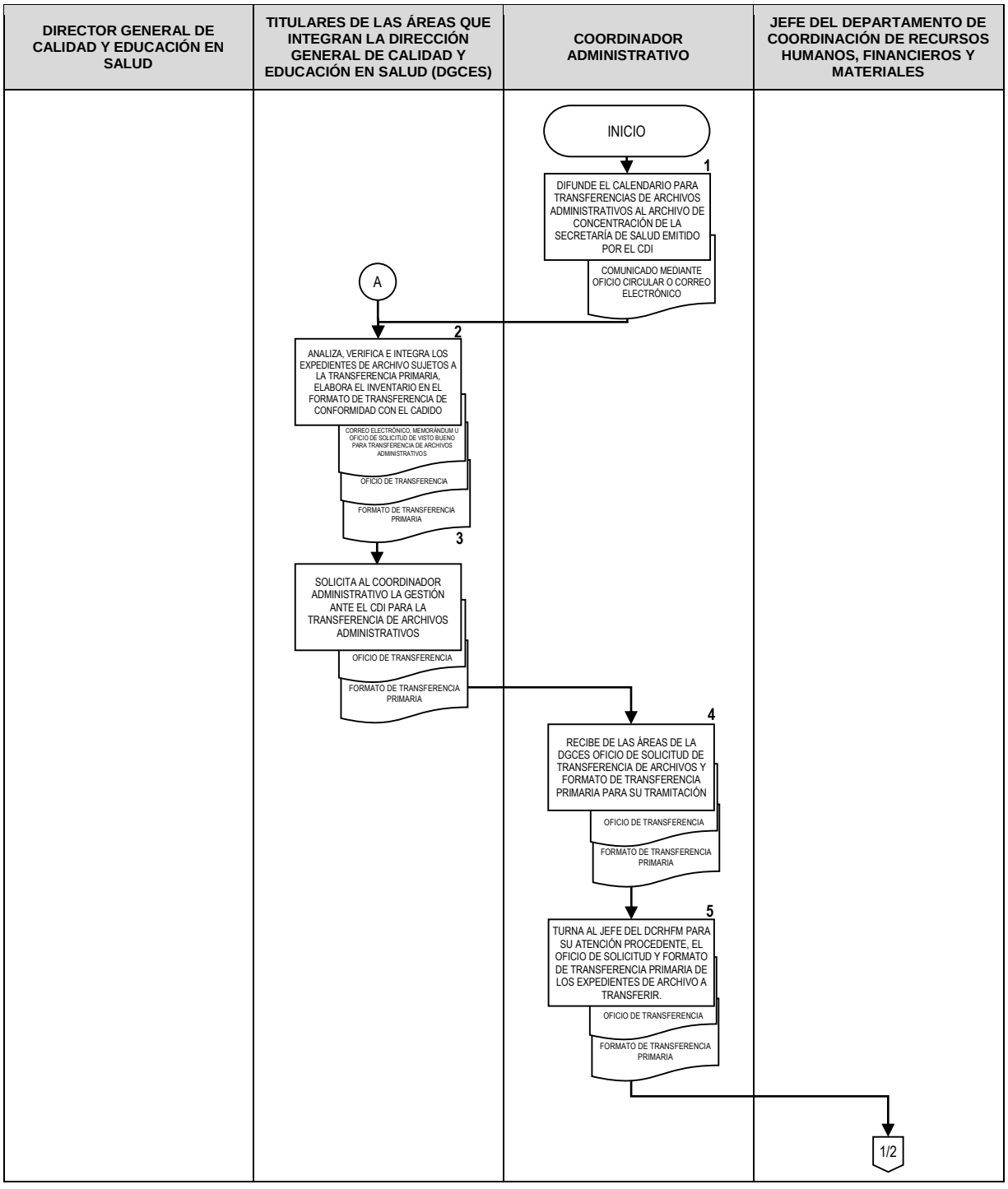
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

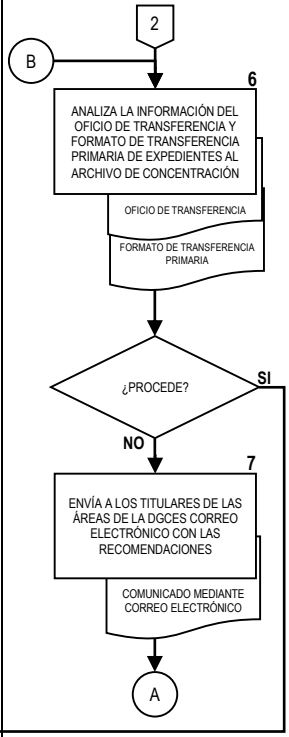
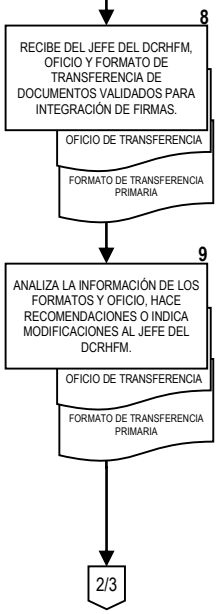
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	1	Difunde el calendario para transferencias de archivos administrativos al archivo de concentración de la Secretaría de Salud emitido por el Centro de Documentación Institucional (CDI)	▪ Comunicado mediante oficio circular o correo electrónico
Titulares de las Áreas que integran la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)	2 3	Analiza, verifica e integra los expedientes de archivo sujetos a la transferencia primaria, elabora el inventario en el formato de transferencia de conformidad con el Catálogo de Disposición Documental (CADIDO). Solicita al Coordinador Administrativo la gestión ante el CDI para la transferencia de archivos administrativos.	▪ Correo electrónico, memorándum u oficio de solicitud de visto bueno para transferencia de archivos administrativos ▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria
Coordinador Administrativo	4 5	Recibe de las áreas de la DGCES oficio de solicitud de transferencia de archivos y formato de transferencia primaria para su tramitación. Turna al Jefe Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para su atención procedente, el oficio de solicitud y formato de transferencia primaria de los expedientes de archivo a transferir.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria
Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (DCRHFM)	6 7	Analiza la información del oficio de transferencia y formato de transferencia primaria de expedientes al archivo de concentración. • Valida los expedientes de archivo se encuentren debidamente organizados en la(s) caja(s) correspondiente(s). • Verifica que los expedientes de archivo a transferir se encuentren en el inventario general del archivo. Procede NO: Envía a los Titulares de las áreas de la DGCES correo electrónico con las recomendaciones. Regresa a la actividad 2.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria ▪ Comunicado mediante correo electrónico

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador Administrativo	8	SÍ: Recibe del Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, oficio y formato de transferencia de documentos validados para integración de firmas.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria
	9	Analiza la información de los formatos y oficio, hace recomendaciones o indica modificaciones al Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales.	
	10	Procede NO. Envía correo electrónico al Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales las recomendaciones o modificaciones. Regresa a la actividad 6.	▪ Correo electrónico con las recomendaciones o modificaciones
	11	SÍ: Solicita al Director General de Calidad y Educación en Salud su VoBo y firma en el oficio y formato de transferencia.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria
Director General de Calidad y Educación en Salud	12	Recibe del Coordinador Administrativo el oficio de transferencia y formatos validados para VoBo. y firma.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria
Coordinador Administrativo	13	Envía al CDI para su autorización el oficio y formato de transferencia primaria de los archivos que se requiere sean transferidos.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria
	14	Recibe del CDI oficio de autorización de transferencia o las observaciones correspondientes.	▪ Oficio y Formatos transferencia primaria autorizados u observaciones correspondientes
	15	Turna al Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales para su atención procedente.	
Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos,	16	Procede NO. Envía correo electrónico a los Titulares de las áreas responsables del archivo las observaciones del CDI. Regresa a la actividad 2.	▪ Correo electrónico con las observaciones del CDI

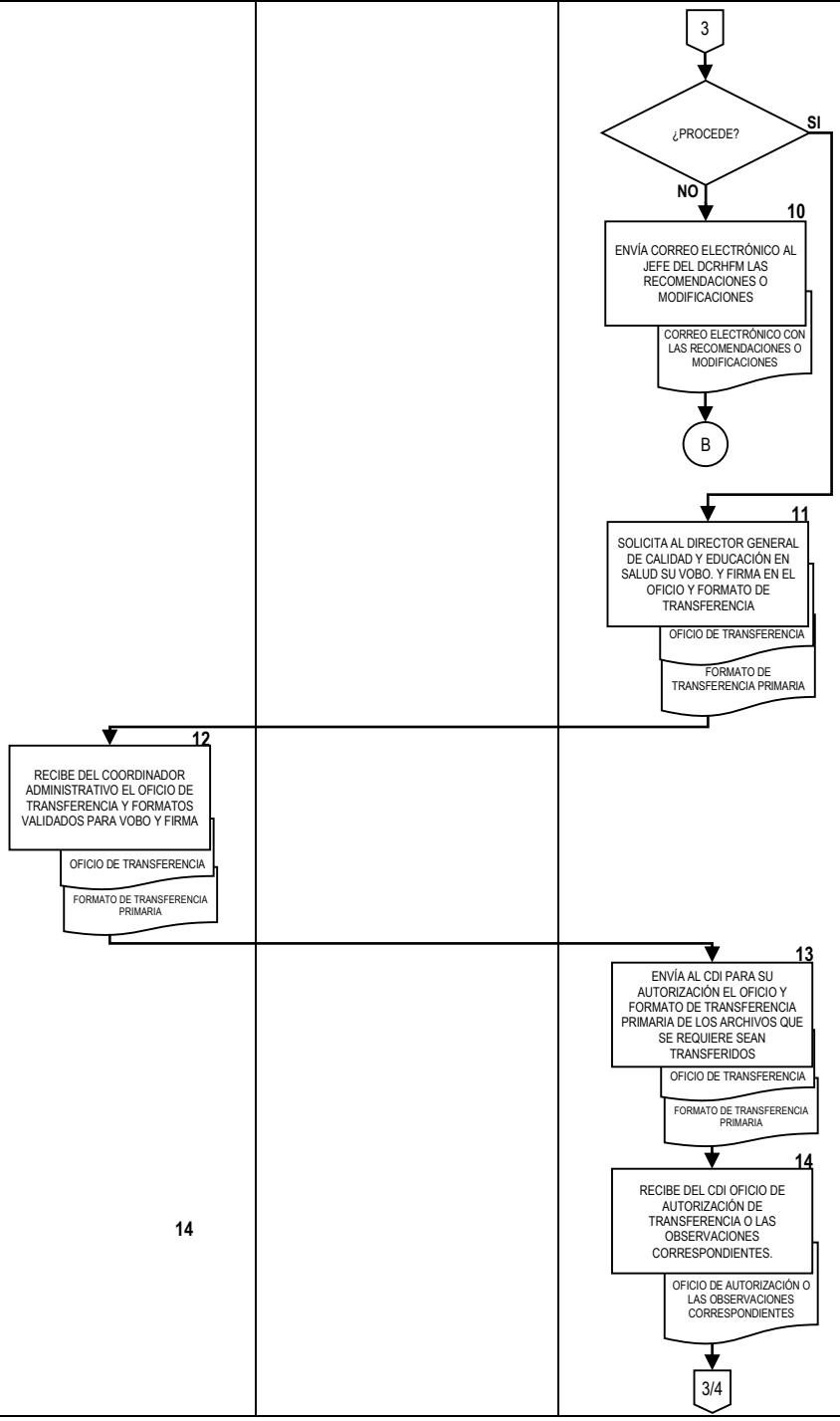
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Financieros y Materiales	17	SÍ: Notifica a los Titulares de las áreas responsables del archivo la fecha para llevar a cabo la transferencia de archivos y entrega formatos autorizados por el CDI.	▪ Correo electrónico con notificación para transferencia de archivos
Titulares de las Áreas que integran la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)	18	Recibe notificación y prepara cajas con fleje y entrega al Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, para su transferencia en la fecha indicada.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria ▪ Cajas flejadas
Jefe del Departamento de Coordinación, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales	19	Entrega al CDI junto con el responsable del archivo de la transferencia autorizada, las cajas flejadas de expedientes.	▪ Oficio de transferencia ▪ Formato de transferencia primaria ▪ Cajas flejadas
	20	Envía notificación de a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y a la Coordinación Administrativa para su conocimiento.	▪ Copia de acuse de oficio y formatos transferencia primaria autorizados
	21	Documenta y archiva soporte documental de la transferencia realizada al CDI. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

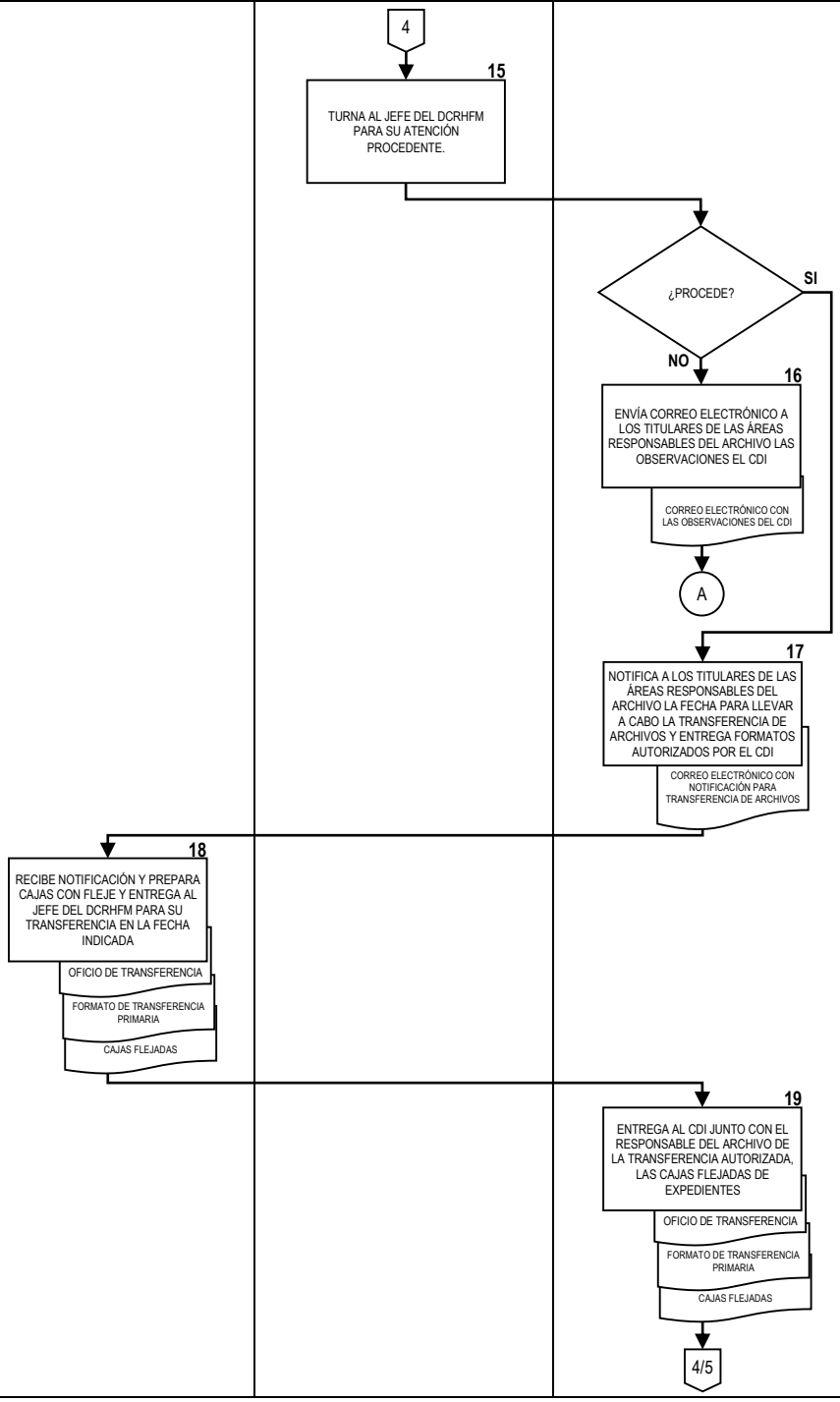


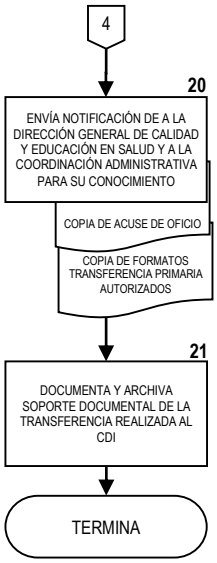
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	TITULARES DE LAS ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE ARCHIVOS)
			
			

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	TITULARES DE LAS ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE ARCHIVOS)



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	TITULARES DE LAS ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE ARCHIVOS)



DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	TITULARES DE LAS ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (ÁREA DE ARCHIVOS)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	N/A
6.2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/A
6.3. Ley General de Bienes Nacionales	N/A
6.4. Ley Federal de Procedimiento Administrativo	N/A
6.5. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	N/A
6.6. Ley General de Responsabilidades Administrativas	N/A
6.7. Ley Federal de Archivos	N/A
6.8. Reglamento de la Ley Federal Archivos	N/A
6.9. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	N/A
6.10. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	
6.11. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	N/A
6.12. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	N/A
6.13. Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único. Manual en la materia de archivos para la Administración Pública Federal	N/A
6.14. Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos del Poder Ejecutivo Federal	N/A
6.15. Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos a que se sujetará la guarda, custodia y plazo de conservación del Archivo Contable Gubernamental.	N/A
6.16. Cuadro General de Clasificación Archivística y Catálogo de Disposición Documental de la Secretaría De Salud	N/A
6.17. Formato para transferencia primaria	N/A
6.18. Modelo de oficio para transferencia primaria	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Inventario General de Archivos	El que señale el Cuadro de Clasificación Archivística o el Catálogo de Disposición Documental	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, y Áreas responsables de los expedientes.	N/A
7.2. Formato para transferencia primaria	El que señale el Cuadro de Clasificación Archivística o el Catálogo de Disposición Documental	Áreas responsables de los expedientes.	N/A
7.3. Oficio(s) de la transferencia de archivos de la DGCES al Archivo de Concentración	El que señale el Cuadro de Clasificación Archivística o el Catálogo de Disposición Documental	Coordinación Administrativa y Departamento de Coordinación de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, y Áreas responsables de los expedientes.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Archivo.** Se consideran tres acepciones:

- Conjunto de documentos, sea cual fuere su forma y soporte material, producidos o recibidos por persona física o moral, organismo público o privado en el ejercicio de su actividad y que son conservados por sus creadores o sucesores para sus propias necesidades, o bien transmitidos a una institución de archivos competente en razón de su valor archivístico.
- Institución responsable de la acogida, tratamiento, inventariado, conservación y difusión de diversos archivos; por ejemplo el AGN.
- Edificio o parte de un edificio donde los documentos son conservados.

8.2. **Archivo de concentración.** Resguarda los documentos de consulta esporádica (semiactivos) que se reciben de los archivos de trámite y los conserva precautoriamente hasta que cumplen su vigencia documental. También se le conoce como archivo semiactivo, intermedio o secundario.

8.3. **Archivo de trámite.** Unidad responsable de la administración de documentos de uso cotidiano (activos) y necesario para el ejercicio de las atribuciones de una institución. Resguarda la documentación en etapa activa. Es también conocido como archivo de gestión o primario.

8.4. **Área generadora/área de procedencia del archivo.** Se requiere a las diferentes coordinaciones, direcciones, subdirecciones, departamentos, secciones de departamentos, o equivalentes, donde se generan o reciben los documentos de la institución.

8.5. **Baja documental.** Eliminación de aquella documentación que haya prescrito en sus valores administrativos, legales, □iscales, contables o técnicos y que no contenga valores históricos.

8.6. **Catálogo de disposición documental (CADIDO).** Instrumento que establece las políticas y criterios sobre la conservación y vigencia de los documentos de archivo a lo largo de su ciclo de vida, y en el cual debe tomarse en cuenta el tratamiento que por ley o disposición jurídica se da a ciertos documentos. Establece los valores documentales, los plazos de conservación, la vigencia documental, la clasificación de reserva o confidencialidad y el destino final.

8.7. **Clasificación.** Operación archivística que consiste en el establecimiento de las categorías o grupos que reflejan la estructura jerárquica del fondo. Es el primer paso del proceso de organización. Consiste en separar los documentos en grupos y categorías según la estructura orgánica y/o funcional de la entidad productora, o — si se trata de un fondo particular— según las actividades del personaje que generó los documentos o la temática de los mismos en el caso de las colecciones.

8.8. **Cuadro general de clasificación archivística.** Esquema que re□leja las atribuciones y funciones del organismo. Se utiliza para la organización del fondo documental y aporta los datos esenciales de su estructura (secciones y series).

8.9. **Depuración.** Retiro de duplicados idénticos, folios en blanco y documentos de apoyo en los archivos de gestión.

8.10. **Destino final de los documentos.** Es la situación en que se encuentran los expedientes con sus documentos, una vez que han cumplido su plazo precautorio de resguardo en los archivos de trámite y concentración y están listos para su baja o conservación definitiva en el archivo histórico, de acuerdo con el Catálogo de disposición documental.

8.11. **Documentación semiactiva.** Documentación de asuntos concluidos y cuya consulta es esporádica. Se resguarda en el archivo de concentración.

8.12. **Documento.** Es el testimonio material de un hecho o acto realizado, en el ejercicio de sus funciones, por instituciones o personas físicas, jurídicas, públicas o privadas, registrado en una unidad de información en cualquier tipo de soporte (papel, cintas, discos magnéticos, películas, fotografías, etcétera) y en lenguaje natural o convencional. Es el testimonio de una actividad del hombre fijado en un soporte.

8.13. **Documento de archivo.** Documento que sin importar su forma o medio ha sido creado, recibido, manejado y usado por un individuo u organización en cumplimiento de sus obligaciones legales o en el ejercicio de su actividad o función.

8.14. **Foliación.** Es la numeración de todas y cada una de las fojas que integran el expediente. La foliación se hará al término de la organización, es decir, una vez que la clasificación y la ordenación sean definitivas, iniciando en cada expediente con el uno en la primera foja y hasta el número que se llegue dentro de ese expediente.

8.15. **Inventario.** Instrumento de consulta que describe un fondo, sección o colección a través de sus series y expedientes documentales.

8.16. **Transferencia de archivos.** Consiste en llevar a cabo las actividades necesarias para que los archivos de uso esporádico en las unidades administrativas puedan enviarse al Archivo de

Concentración para su conservación precautoria hasta cumplir su vigencia documental y, en su caso, llevar a cabo valoración documental o realizar trámites para obtener la autorización de baja de los archivos.

8.17. **Vigencia documental.** Periodo durante el cual un documento de archivo mantiene sus valores administrativos, legales, fiscales o contables, de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes y aplicables.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

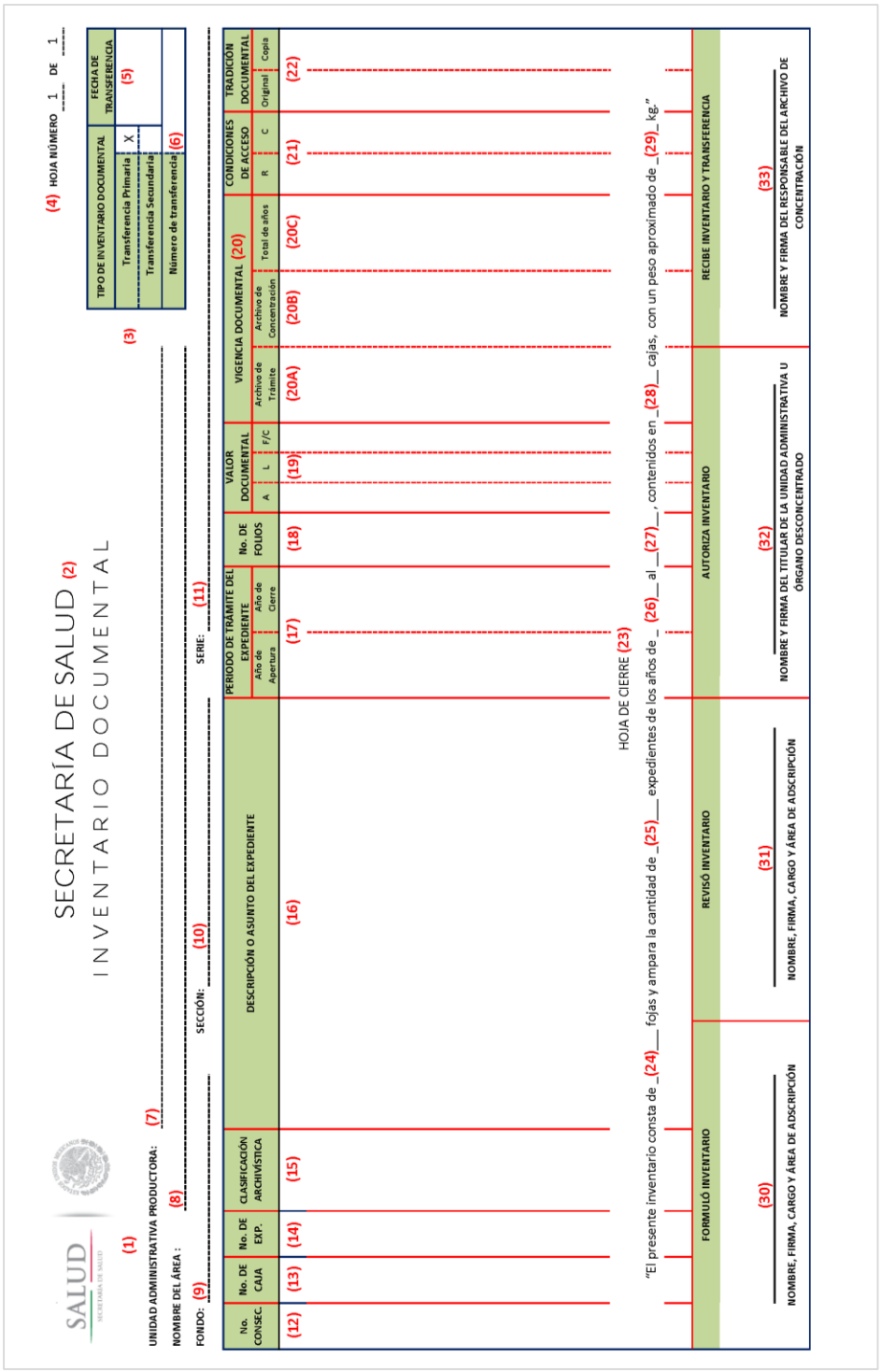
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	Mayo 2017	Actualización con guía emitida por la DGPOP, octubre de 2013 y con estructura orgánica refrendada el 31 de mayo de 2016.

10. ANEXOS

10.1 Formato de transferencia primaria de expedientes del archivo de trámite de la DGCES al Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud.

10.2 Oficio de transferencia primaria de expedientes del archivo de trámite de la DGCES al Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud.

10.1 Formato de transferencia primaria de expedientes del Archivo de Trámite de la DGCES al Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD (2)

INVENTARIO DOCUMENTAL

(4) HOJA NÚMERO 1 DE 1

(1) UNIDAD ADMINISTRATIVA PRODUCTORA: (7)

NOMBRE DEL ÁREA: (8)

FONDO: (9) SECCIÓN: (10) SERIE: (11)

(3)

TIPO DE INVENTARIO DOCUMENTAL		FECHA DE TRANSFERENCIA
Transferencia Primaria	X	(5)
Transferencia Secundaria		
Número de transferencia (6)		

No. CONSEC. (12)	No. DE CAJA (13)	No. DE EXP. (14)	CLASIFICACIÓN ARCHIVÍSTICA (15)	DESCRIPCIÓN O ASUNTO DEL EXPEDIENTE (16)	PERIODO DE TRÁMITE DEL EXPEDIENTE: Año de Apertura (17)	Año de Cierre	No. DE FOLIOS (18)	VALOR DOCUMENTAL: A (19)	L	F/C	VIGENCIA DOCUMENTAL (20): Archivo de Trámite (20A)	Archivo de Concentración (20B)	Total de años (20C)	CONDICIONES DE ACCESO: R (21)	C	TRADICIÓN DOCUMENTAL: Original (22)	Copia

HOJA DE CIERRE (23)

"El presente inventario consta de (24) fojas y ampara la cantidad de (25) expedientes de los años de (26) al (27), contenidos en (28) cajas, con un peso aproximado de (29) kg."

FORMULÓ INVENTARIO	REVISÓ INVENTARIO	AUTORIZA INVENTARIO	RECIBE INVENTARIO Y TRANSFERENCIA
(30)	(31)	(32)	(33)
NOMBRE, FIRMA, CARGO Y ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE, FIRMA, CARGO Y ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA U ÓRGANO DESCONCENTRADO	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN

10.1 Instructivo de llenado del Formato de transferencia primaria de expedientes del Archivo de Trámite de la DGCES al Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud

1. Siglas y logotipo de la dependencia.
2. Nombre de la dependencia.
3. Señalar con una "X" el tipo de inventario de transferencia que se elabora: primaria o secundaria.
4. Anotar el número de hojas del inventario. Ejemplo “Hoja 1 de 10”.
5. Anotar la fecha en que se realiza la transferencia (para llenar por el personal del Archivo de Concentración).
6. Número de transferencia (para ser llenado por personal del Archivo de Concentración).
7. Nombre de la Unidad administrativa u órgano desconcentrado productor de los expedientes.
8. Nombre del Área de donde se generaron específicamente los expedientes.
9. Anotar el nombre del fondo documental que transfiere.
10. Anotar la codificación de la sección o secciones documentales que transfiere.
11. Anotar la codificación de la serie(s) que transfiere.
12. Anotar el número consecutivo que tiene el expediente dentro del inventario.
13. Anotar el número de caja en la que se encuentra el expediente que se describe.
14. Anotar el número que tiene, dentro de la caja, el expediente que se describe.
15. Anotar la codificación del expediente con base en el Cuadro General de Clasificación Archivística de la Secretaría de Salud (vigente)
16. Descripción clara del contenido o asunto del expediente que se describe:

En la descripción de documentación contable se deberá considerar lo siguiente:

a. Relacionar exclusivamente documentación contable original. Cuando se trate de expedientes contables en copia, éstos pueden ser inventariados junto con expedientes de valor administrativo o legal en original o copia.

b. Detallar en la descripción el tipo de gasto al que corresponde: Gasto corriente o Gasto de inversión, o bien si se trata de documentación comprobatoria de ingreso u otros conceptos.

c. En la descripción especificar la numeración que le corresponde: Ejemplo: póliza de diario del no. _____ al no. _____ ; cuenta por liquidar certificada de la no. _____ a la no. _____.

d. Enunciar la documentación que acompaña o se anexa a los expedientes contables. Ejemplo. "Información adicional: Facturas, notas y oficios de comisión en original (especificar si es original o copia)." o "Información adicional: No contiene

Inventario de descripción general:

a. Aplica cuando los expedientes a transferir son de contenido semejante: Juicios, Expedientes clínicos, Expedientes únicos de personal, Licencias sanitarias, entre otros.

b. La descripción en el inventario se realizará por caja, detallando y aportando la mayor cantidad de información posible acerca de los expedientes contenidos en la misma. Ejemplos: "Procesos Arbitrales Médicos número 2012 al 2062, 2064, 2065, y 2068 al 2083"; "Expedientes clínicos identificados con los siguientes números: 79464, 79466 y 79468-79473

c. En la columna NÚMERO DE EXPEDIENTE POR CAJA, anotar la cantidad total de los expedientes que se encuentran en la caja que se describe.

d. En la columna PERIODO DE TRÁMITE DEL EXPEDIENTE, anotar las fechas del expediente más antiguo y la fecha del expediente más reciente, contenido en la caja que se describe.

17. En el periodo de trámite anotar el año de apertura y el año de cierre del expediente que se describe.
18. Anotar el número de fojas que tiene el expediente.
19. Con base en el Catálogo de Disposición Documental de la Secretaría (vigente) marcar con una "X" el valor o valores documentales que tenga el expediente que se describe:
    - **A**: Administrativo, **L/J**: Legal y/o Jurídico y **F/C**: Fiscal y/o Contable
20. Con base en el Catálogo de Disposición Documental vigente, anotar:
    20A) El número de años que el expediente debe conservarse en archivo de trámite (después de haber concluido el asunto).
    20B) El número de años que debe conservarse el expediente en el archivo de concentración.
    20C) Anotar el total de años de la vigencia documental (años en Archivo de Trámite + años en Archivo de Concentración).
21. Marcar con una "X" si la condición de acceso del expediente que se describe es reservada (R) y/o confidencial (C)
22. Marcar con una "X" la opción que le corresponda al expediente: original, en copia o ambos.

HOJA DE CIERRE:

23. Incluir la siguiente leyenda: “El presente inventario consta de __ fojas y ampara la cantidad de __ expedientes de los años de __ al __, contenidos en __ cajas, con un peso aproximado de __ kg.”;
24. Anotar el número de fojas que conforma el inventario.
25. Anotar el número total de expedientes que se describen en el inventario. No contabilizar los legajos ya que varios legajos conforman un expediente.
26. Anotar la fecha (únicamente el año) más antigua de los expedientes que se describen.
27. Anotar la fecha (únicamente el año) más reciente de los expedientes que se describen.
28. Anotar el número total de cajas que se describen en el inventario.
29. Anotar el peso aproximado del total de los expedientes que se describen.
30. Nombre, firma, cargo y área de adscripción de la persona que formuló el inventario.
31. Nombre, firma, cargo y área de adscripción de la persona que revisó el inventario.

32. Nombre y firma del titular de la unidad administrativa u órgano desconcentrado que autorizó el inventario.
33. Nombre y firma del responsable del archivo de concentración que recibe el inventario.

Nota: Anular con guiones todos los espacios en blanco o que no fueron utilizados.

10.2 Oficio de transferencia primaria de expedientes del Archivo de Trámite de la DGCES al Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EDUCACIÓN EN SALUD

[1 Leyenda por decreto que se inscribe en la documentación oficial]

[2 Número de Oficio]

[3 Lugar y fecha de elaboración].

LIC. DAVID E. WAAG GUTIÉRREZ
DIRECTOR DEL CENTRO DE DOCUMENTACIÓN
INSTITUCIONAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD
P R E S E N T E

Se solicita la recepción de la transferencia de archivos al Archivo de Concentración de esta dependencia, mismos que abajo se detallan y que proceden de esta unidad administrativa.

Unidad administrativa que transfiere:	**610 - Dirección General de Calidad y Educación en Salud**
Área que transfiere:	**[4 Nombre del área generadora de expedientes]**
Número de cajas:	**[5 Número]**
Metros lineales:	**[6 Número]**
Fechas extremas:	**[7 Año de Apertura más antiguo - Año de Cierre más reciente]**
Valores primarios:	**[8 Los que correspondan: administrativo, contable/fiscal o legal/jurídico]**
Conservación precautoria por:	**[9 Número]** años o baja definitiva por haber cumplido su vigencia documental.

Los expedientes se han relacionado en los inventarios que se anexan en original y dos copias. **Se autoriza su baja una vez cumplida su vigencia documental**.

Así también, se designa al **[10 Nombre de la persona responsable de los expedientes a transferir]** para gestionar ante el Archivo de Concentración, el préstamo de expedientes semiactivos que se transfieren. En el caso de designar un nuevo funcionario se notificará por escrito ante ese Centro de Documentación Institucional.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

C.c.p. **Irma Betanzos Cervantes**.- Jefa del Departamento de Archivos de Concentración e Histórico.- Donceles **39,** Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06010-México, Ciudad de México- Presente.

Clasificación: Sección 8C, Serie 8C.16

[11 ANTEFIRMAS]

10.2 Instructivo del Oficio de transferencia primaria de expedientes del Archivo de Trámite de la DGCES al Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud.

1. Indicar la leyenda que se debe inscribir en los documentos oficiales de conformidad con el decreto vigente, ejemplo: **2017 como el "Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"**
2. Indicar el número de oficio del área generadora conformidad con la plantilla autorizada por la Dirección General, ejemplo: **DGCES-DG-CA-0001-2017**
3. Indicar lugar y fecha donde fue generado el oficio, ejemplo: **México, Ciudad de México, a 20 de mayo de 2017**.
4. Indique el nombre del área generadora de los expedientes a transferir, ejemplo: **Dirección de Educación en Salud**.
5. Indique el número de cajas que conforman los expedientes a transferir, ejemplo: **5**
6. Indique el **número de metros lineales** que corresponde a la suma longitudinal del número de cajas indicadas anteriormente. Se calcula mediante la siguiente fórmula:
   Número de cajas X 50cm o 60cm (según tamaño de caja) = Metros lineales
   ***5** X 60cm* = **300**
7. Indique el año de apertura más antiguo y el año de cierre más reciente entre todos los expedientes que va a transferir, ejemplo: **2013-2015**
8. Indique el valor documental que corresponda entre todos los expedientes, anotando todos los que aplique, ejemplo: a) **Administrativo, Legal o Jurídico**; b) **Administrativo**
9. Indique el número de años de conservación precautoria, anote a partir de 0 cuando refiera una baja definitiva y los números 1, 2, 3, 6, 8, 12, 16 o 30 según serie documental en que estén clasificados los expedientes, en el supuesto de que se realiza la transferencia en el tiempo que señala el CADIDO, en otro caso los años que correspondan, ejemplo: **4**
10. **Nombre del responsable autorizado para solicitar la consulta y préstamo** de los expedientes que se transfieren, de conformidad con el lineamiento Vigésimo segundo, fracción II, de los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.
11. Indicar las antefirmas de quien elabora, quienes dan su visto bueno y de quien signa el oficio, ya que determina la trazabilidad.

Nota: los puntos 4 al 9 son correspondientes con el Formato de transferencia primaria de expedientes del Archivo de Trámite por lo que una diferencia puede invalidar el trámite ante el Centro de Documentación Institucional.