



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

**DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD**

DICIEMBRE 2015



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



INPer-DP-SDO-
DGC-MP


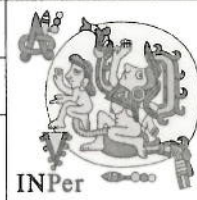
Rev. 0

Hoja: 1 de 10

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Diciembre 2015

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|------------------------------|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | | | Hoja: 2 de 10 |

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO DEL MANUAL

- I. MARCO JURÍDICO
- II. PROCEDIMIENTOS

1. Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación
2. Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación
3. Identificación de riesgos
4. Capacitación en materia de calidad
5. Reporte, atención y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SIRI)
6. Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis
7. Evaluación de proyectos del Programa Estímulos a la Calidad del Desempeño
8. Elaboración, coordinación y seguimiento de las reuniones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
9. Coordinación de grupos transversales para la implementación de los Estándares de Certificación de Hospitales.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

INTRODUCCIÓN

La integración de estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud, obedece a una necesidad imperante, respondiendo a lo establecido en la Ley General de Salud que en su Art. 6 describe los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y dentro de otros se encuentra el “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 las acciones preventivas”.

Así mismo en alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, este determina que la protección financiera que hoy otorga el Sistema Nacional de Salud debe traducirse en mejores resultados de salud. Los establecimientos deberán instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.

Así mismo se establece Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 la priorización en la agenda nacional de la Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, considerando dentro de sus líneas de acción: la Línea de acción 2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud y la Línea de acción 2.2.2. Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Consolidando los mecanismos de mejoramiento de la calidad a través del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) y del Proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios, respectivamente. Por tanto la seguridad del paciente es un movimiento mundial que involucra a múltiples organizaciones.

Es en este contexto que el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, retoma las acciones que desde el inicio del movimiento por la calidad en México se realizaron en la institución y plantea la necesidad de generar estrategias que ayuden en la mejora continua de la calidad y seguridad de las y los pacientes.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-1-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

Por lo tanto es importante definir las políticas, acciones, procesos y procedimientos sistematizados que contribuirán a favorecer la calidad y también a analizar los posibles factores contribuyentes que pudieron incidir o contribuir en la ocurrencia de algún evento, para lo cual el Departamento de Gestión de la Calidad determina generar

1.- OBJETIVO DEL MANUAL

El presente documento tiene como finalidad establecer las políticas, normas y mecanismos a seguir, para el desarrollo adecuado de las actividades encomendadas al Departamento de Gestión de la Calidad, dependiente de la Subdirección de Desarrollo Organizacional en la Dirección de Planeación.

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley General de Salud.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Ley Federal de las Entidades Paraestatales y Reglamento.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y Reglamento.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización y Reglamento.

Ley General para el control del Tabaco y Reglamento.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

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

Ley Federal del Trabajo.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

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

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

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados y Reglamento.

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar Discriminación.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y Reglamento.

Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.

Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2011.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología.

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

Código Federal de Procedimientos Civiles.

Código Federal de Procedimientos Penales.

Código Fiscal de la Federación y Reglamento.

Ley de Amparo.

DECRETOS

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

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

Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

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 publicidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Reglamento de Insumos para la Salud.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP |
| | | | Rev. 0 |
| | | | Hoja: 6 de 10 |

Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.

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

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.

ACUERDOS

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.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo 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 insumos.

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción y Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.


Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.

LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

NORMAS

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------------------|
|  | DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP |
| | | | Rev. 0 |
| | | | Hoja: 7 de 10 |

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1193, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológicas para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 modificada, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antioxidantes e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

Norma Oficial Mexicana NOM-055-SEMARNAT-2003, Que establece los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos, previamente estabilizados.

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

Norma Oficial mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

Norma Oficial mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.

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.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

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.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.

DISPOSICIONES LEGALES INTERNAS

Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, registradas en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje expediente R.S 13/83 del 11-X-2005 y autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante oficio No. 101-439 de fecha 16-VI-2005.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





INPer-DP-SDO-DGC-MP

Rev. 0

Hoja: 10 de 10



III. PROCEDIMIENTOS

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|------------------------------|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO- DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 1 de 11 |

1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DP-SDO- DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 2 de 11 |

1.0 Propósito

- 1.1 Coordinar, asesorar y supervisar las actividades necesarias para la obtención y conservación de la acreditación de las patologías incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Seguro Médico Siglo XXI, aplicables a la población atendida en el Instituto.



2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General y todas las áreas de involucradas y determinadas en los criterios de evaluación por tipo de acreditación, así como a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional y al Departamento de Gestión de la Calidad.
- 2.1 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante las autoridades sanitarias y ante los pacientes atendidos en el Instituto.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Establecer estrategias para la formular propuesta de acreditaciones aplicables a los servicios de atención médica otorgados por el Instituto.
 - Generar la autoevaluación de las acreditaciones aplicables y someter dicho resultado a las autoridades del Instituto.
 - Gestionar ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) la inclusión de las acreditaciones solicitadas en el Programa Anual de Acreditación correspondiente.
 - Dar seguimiento a los oficios de solicitud para la confirmación de las fechas de evaluación.
 - Realizar reunión con las áreas involucradas por tipo de acreditación para puntualizar actividades, estatus de actividades y problemática de ejecución.
 - Informar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) el estatus de las acreditaciones y seguimiento de las actividades realizadas para cumplir con los estándares de acreditación.
 - Coordinar las actividades conjuntamente con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la ejecución de la evaluación al Instituto.
 - Informar a las autoridades del Instituto cualquier circunstancia presentada durante el proceso de evaluación de acreditación.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DP-SDO- DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 3 de 11 |

- Dar seguimiento de resultados ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Observar el seguimiento de la realización del Convenio para el Pago de Servicios de Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación para las acreditaciones ostentadas por el Instituto.
- Recomendar estrategias de cumplimiento a las áreas de oportunidad detectadas.



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 4 de 11 |

4.0 Descripción del procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|----------|---|---|
| Dirección de Planeación | 1 | Indica la realización del análisis de acreditaciones aplicables al Instituto a la Subdirección de Desarrollo Organizacional. | |
| Subdirección de Desarrollo Organizacional | 2 | Recibe indicación e instruye al Departamento de Gestión de la Calidad presente el análisis de acreditaciones aplicables al Instituto. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 3 | Analiza de acuerdo a las intervenciones financiadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), las intervenciones susceptibles de acreditar por el Instituto e informa a través de oficio el resultado del análisis. | • Oficio |
| | 4 | Verifica a través de la aplicación de autoevaluaciones el grado de cumplimiento e informa a través de oficio el resultado con la identificación de hallazgos. ¿Cumplimiento viable? | • Informe de hallazgos o Plan de contingencia |
| | 5 | No: Establece Plan de Contingencia. Termina procedimiento. | |
| | 6 | Si: Solicita acreditación ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. | |
| Dirección de Planeación | 7 | Informa durante la sesión ordinaria del COCASEP los resultados de las autoevaluaciones y propone estrategias de cumplimiento. | |
| Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) | 8 | Informa a través de oficio las fechas para envío del Programa de Acreditación Anual del Instituto. | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 0-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO- DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 5 de 11 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|----------------|---|--|
| Dirección General | 9 | Recibe oficio y envía copia a la Dirección de Planeación atender solicitud | Copia de Oficio de solicitud |
| Dirección de Planeación | 10 | Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional para que a través del Departamento de Gestión de la Calidad se elabore el Programa Anual de Acreditación del Instituto y se envíe a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud | |
| Subdirección de Desarrollo Organizacional | 11 | Da seguimiento a la confirmación de fechas de evaluación e informa a la Dirección de Planeación. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 12 | Convoca a reunión a los responsables de las áreas para evaluar por tipo de acreditación e informar avances y actividades a realizar en cumplimiento de los estándares de acreditación. | <ul style="list-style-type: none"> • Minuta de reunión |
| Dirección General de Calidad y Educación en Salud y Departamento de Gestión de la Calidad | 13 | Coordina de forma conjunta la reunión de apertura del proceso de acreditación en la fecha determinada por la DGCEs. | <ul style="list-style-type: none"> • Oficio de invitación |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 14 15 16 | <p>14 Informa a las autoridades al término de la evaluación por la DGCEs, los pormenores de la evaluación.</p> <p>15 Da Seguimiento a los resultados de la evaluación de acreditación con la DGCEs ¿Aprobatorio?</p> <p>16 Si: Seguimiento a la realización del convenio con la CNPSS.</p> <p>Se verifica el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación e informa hallazgos para su atención</p> | |

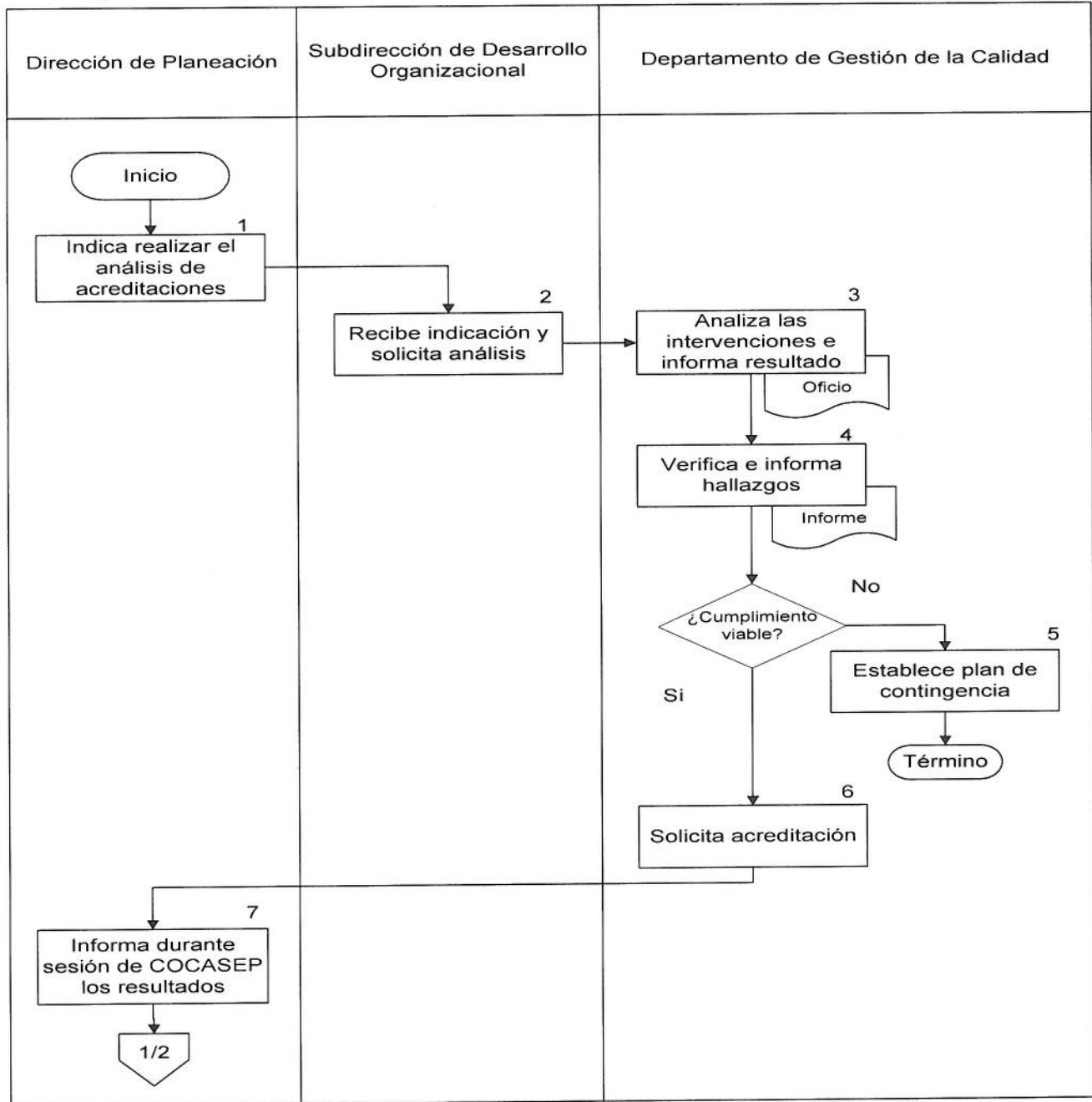
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 6 de 11 |

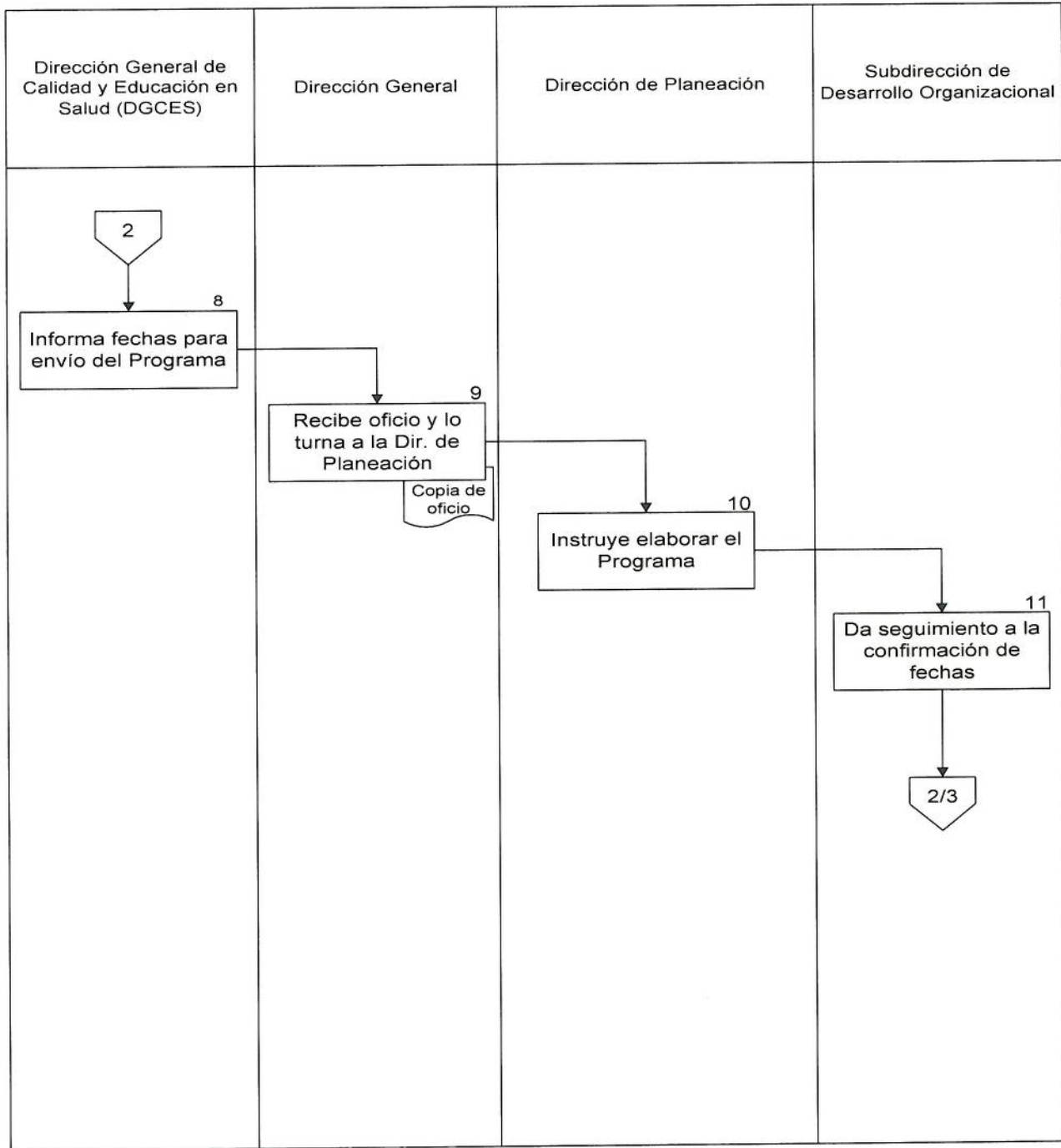
| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|-------------|----------|---|--|
| | 17 | No: Realiza Plan de contingencia. Pasa al Procedimiento No. 2 <p style="text-align: center;">Termina Procedimiento</p> | <ul style="list-style-type: none"> Plan de Contingencia |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

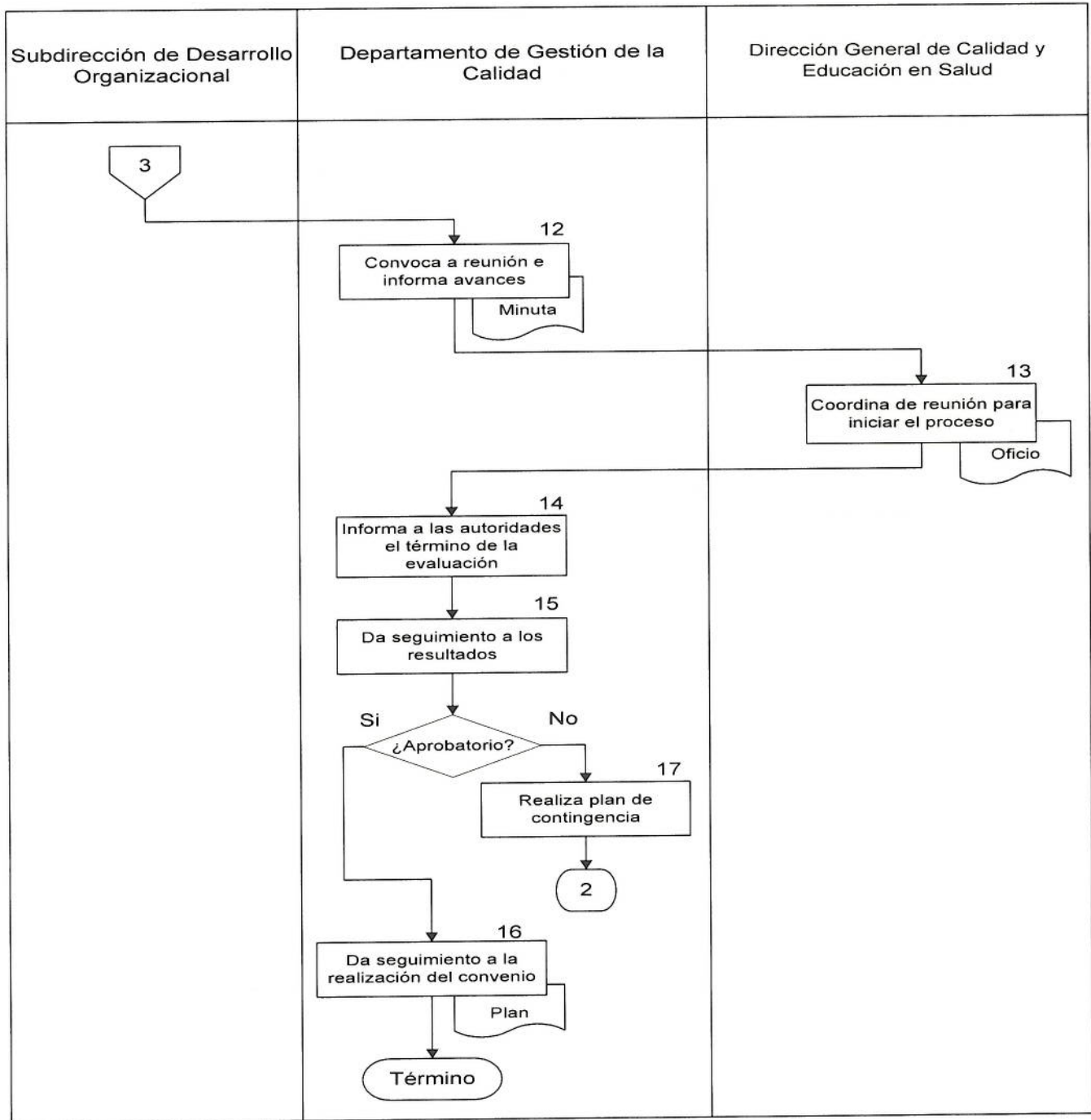
5.0 Diagrama de flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 10 de 11 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre /2013 |



7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|---------------------------------------|---|
| 7.1 Oficio | 2 años | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.2 Informe de hallazgos o Plan de Contingencia | 1 año | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.3 Copia de Oficio de solicitud | 2 años | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.4 Minuta de reunión | 2 años | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.5 Oficio de invitación | 2 años | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |

8.0 Glosario

- 8.1 **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Dicho proceso aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad.
- 8.2 **Autoevaluación:** Proceso de evaluación interna realizada por el personal del establecimiento a acreditar, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad, capacidad y seguridad.
- 8.3 **Plan de Contingencia:** Documento mediante el cual se define el mecanismo para subsanar las omisiones, incumplimientos o hallazgos identificados en el proceso de autoevaluación que impiden su acreditación.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-01 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 1.- Coordinación, asesoría y supervisión del proceso de acreditación | | Hoja: 11 de 11 |



9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| 0 | 10-12-2015 | No Aplica |

10.0 Anexos



No Aplica

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-1-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 1 de 9 |

2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 2 de 9 |

1.0 Propósito

1.1 Sistematizar el mecanismo mediante el cual se deberán atender las omisiones, fallas, hallazgos u observaciones derivados de la evaluación del cumplimiento de estándares de acreditación de las patologías incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Seguro Médico Siglo XXI, para el registro y aplicación de la población atendida en el Instituto.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General y todas las áreas de involucradas y determinadas en los criterios de evaluación por tipo de acreditación, así como a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional y al Departamento de Gestión de la Calidad.

2.1 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante las autoridades sanitarias y ante los pacientes atendidos en el Instituto.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Generar la autoevaluación de las acreditaciones aplicables y someter dicho resultado a las autoridades del Instituto.
- Generar el documento denominado Plan de contingencia el cual deberá de cumplir al menos con los siguientes apartados:
 - Tipo de acreditación
 - Calificación obtenida
 - Área de verificación
 - Hallazgo
 - Actividades recomendadas para solventar los hallazgos.
 - Responsable de la operación de la actividad.
- Informar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) los hallazgos encontrados, así como las actividades recomendadas y el responsable de la operación de dicha actividad.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 3 de 9 |

- Realizar reunión con cada responsable de la operación para consensuar los requerimientos referidos en el Plan de Contingencia.
- Asesorar a los responsables de la operación sobre la ejecución de procedimientos de mejora.
- Proponer a la Dirección General calendario de reuniones para presentar avances de Plan de contingencia.
- Informar porcentaje de avances y circunstancias que impiden la atención de las observaciones.



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 4 de 9 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|----------|---|------------------------|
| Dirección de Planeación | 1 | Indica la realización del análisis de acreditaciones aplicables al Instituto a la Subdirección de Desarrollo Organizacional. | |
| Subdirección de Desarrollo Organizacional | 2 | Recibe indicación e instruye al Departamento de Gestión de la Calidad presente el análisis de acreditaciones aplicables al Instituto. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 3 | Analiza de acuerdo a las intervenciones financiadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), las intervenciones susceptibles de acreditar por el Instituto e informa a través de oficio el resultado del análisis. | • Oficio |
| | 4 | Observar cuando el resultado obtenido de la autoevaluación es reprobatorio el Departamento deberá conformar el documento denominado Plan de Contingencia. | • Plan de contingencia |
| | 5 | Envía a la Subdirección de Desarrollo Organizacional y a la Dirección de Planeación el Plan de contingencia. | • Oficio |
| | 6 | Informa a través de oficio los incumplimientos y las actividades a cada uno de los responsables de la operación. | |
| | 7 | Presenta a la Subdirección de Desarrollo Organizacional propuesta de calendario de seguimiento de hallazgos. | • Cronograma |

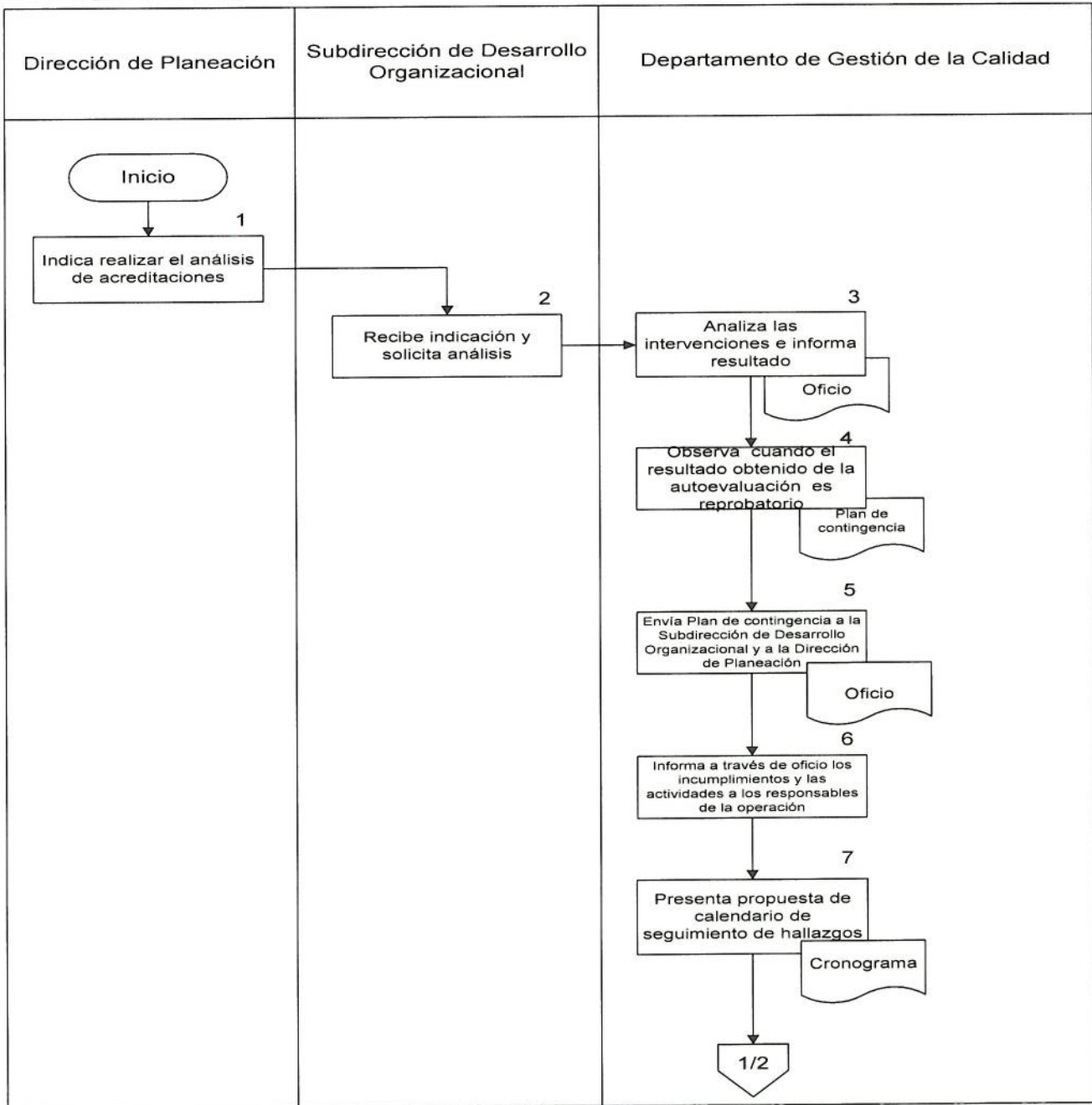
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 5 de 9 |



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| | 8 | Convoca a reunión a los responsables de las áreas para evaluar por tipo de acreditación e informar avances y actividades a realizar en cumplimiento de los estándares de acreditación. | <ul style="list-style-type: none"> • Informe |
| | 9 | Presenta informe a la Subdirección de Desarrollo Organizacional y a la Dirección de Planeación. ¿Procede? | |
| | 10 | Si: Continúa procedimiento | |
| | 11 | No: Regresa actividad 9 | |
| Dirección de Planeación | 12 | Informa durante la sesión del COCASEP los resultados de las autoevaluaciones y presenta el Plan de contingencia. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 13 | Da seguimiento a las actividades contenidas en el plan de contingencia hasta su término por cumplimiento o por cumplimiento de plazo. Termina Procedimiento | |

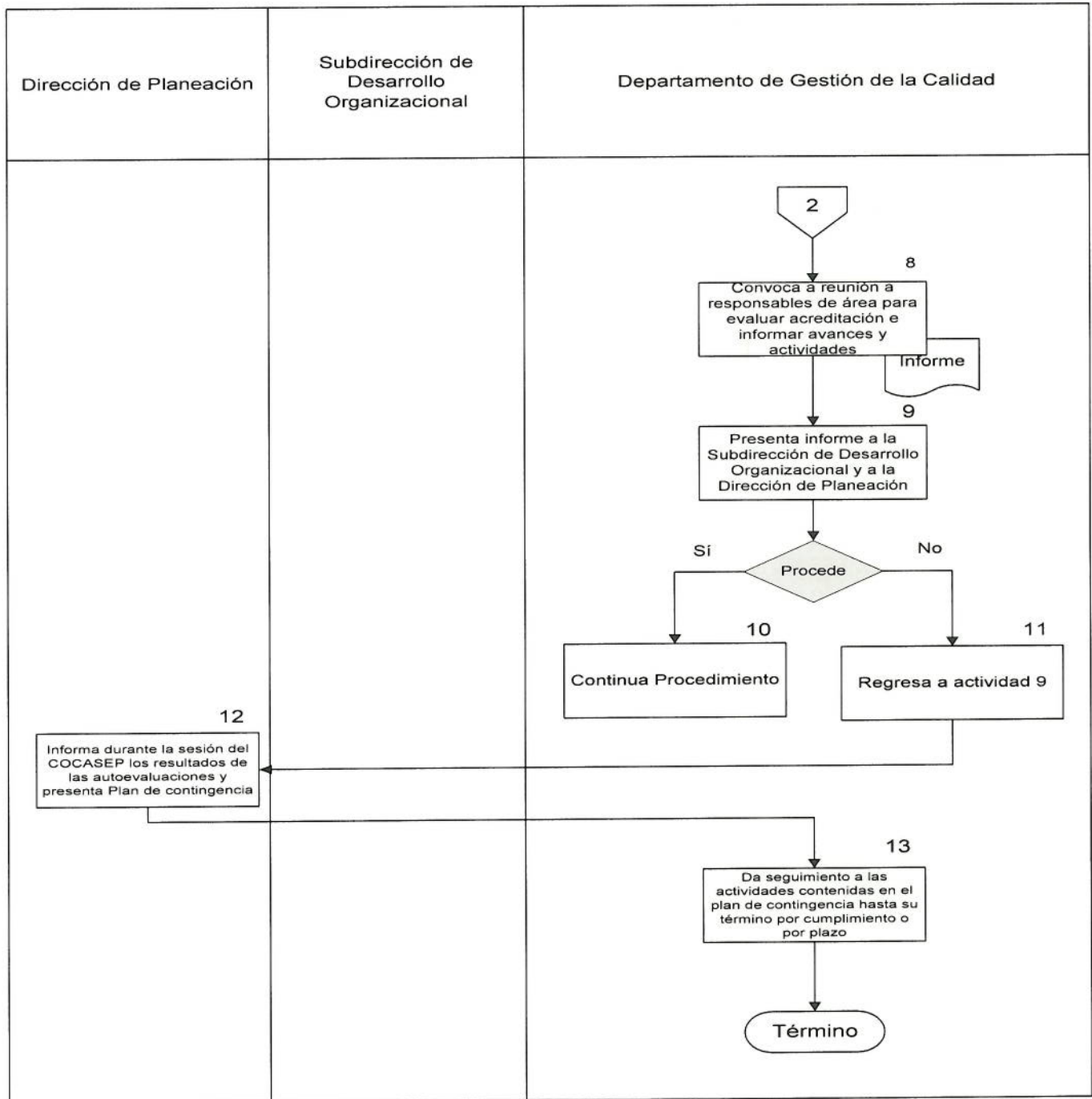
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

5.0 Diagrama de flujo





| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 7 de 9 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DP-SDO- DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 8 de 9 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|----------------------------------|
| Ley General de Salud | No Aplica |
| Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud | No Aplica |
| Manual de Acreditación, Dirección General de Calidad y Educación en Salud | No Aplica |
| Catálogo Universal de Servicios de Salud | No Aplica |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre /2013 |
| Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes | No Aplica |
| Cédulas de acreditación | No Aplica |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|---------------------------------------|---|
| 7.1 Oficio | 2 años | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.2 Informe de hallazgos o Plan de Contingencia | 1 año | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |

8.0 Glosario

8.1 **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Dicho proceso aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-02 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 6 |
| | 2.- Plan de contingencia para la atención de hallazgos en el proceso de acreditación | | Hoja: 9 de 9 |

8.2 **Autoevaluación:** Proceso de evaluación interna realizada por el personal del establecimiento a acreditar, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad, capacidad y seguridad.

8.3 **Plan de Contingencia:** Documento mediante el cual se define el mecanismo para subsanar las omisiones, incumplimientos o hallazgos identificados en el proceso de autoevaluación que impiden su acreditación.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| 0 | 10-12-2015 | No Aplica |

10.0 Anexos



No Aplica

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 06-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-03 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 3.- Identificación de riesgos | | Hoja: 1 de 9 |

3.- Identificación de riesgos

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|------------------------------|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-03 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 3.- Identificación de riesgos | | Hoja: 2 de 9 |

1.0 Propósito

1.1 Contar con una guía que permita detectar riesgos que puedan ocasionar daño a: pacientes, personal e instalaciones.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno es aplicable al Departamento de Gestión de la Calidad y a todo el personal del INPer.

3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.



3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Realizar recorridos trimestralmente para detectar riesgos en las áreas del INPer.
- Convocar reunión con especialistas de las áreas involucradas para el análisis de los riesgos detectados y dar solución.
- Supervisar la continuidad de las acciones necesarias.
- Conformar un equipo integrado por personal del Departamento de Gestión de la Calidad.

3.2 Será responsabilidad del personal directivo y operativo de las Direcciones: Médica, de Investigación, de Educación en Ciencias de la Salud, de Planeación y de Administración y Finanzas (involucradas directa e indirectamente en la atención de las y los pacientes); cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Brindar todas las facilidades al Departamento de Gestión de la Calidad, para el análisis de riesgos y proporcionar los elementos que sean necesarios como: recurso humano, acceso a instalaciones e información.
- Participar en el análisis de riesgos relacionados con instalaciones, equipo, personal, etc. o relacionado con procesos críticos para la calidad y seguridad de las y los pacientes, su familia, visitantes, personal e instalaciones
- Acordar en conjunto con el Departamento de Gestión de la Calidad las acciones a llevar a cabo para dar solución o minimizar riesgos relacionados con su área
- Dar seguimiento y documentar las acciones por las que sea se halla resuelto o no el problema.



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-03 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 3.- Identificación de riesgos | | Hoja: 3 de 9 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|---|----------|---|--|
| Dirección de Planeación | 1 | Solicita a la Subdirección de Desarrollo Organizacional llevar a cabo acciones para la identificación de riesgos en el Instituto. | |
| Subdirección de Desarrollo Organizacional | 2 | Recibe solicitud e instruye al Departamento de Gestión de la Calidad para que realice recorridos e identifique riesgos que comprometan la seguridad de pacientes, trabajadores y las instalaciones. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 3 | Realiza recorrido por el instituto para la detección de riesgos que puedan afectar la integridad de pacientes, personal e instalaciones. | <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora |
| | 4 | Documenta en la bitácora el/los riesgo(s) detectados y el/las área(s) afectadas. | |
| | 5 | Recopila información sobre los riesgos detectados en el recorrido para su análisis. | |
| | 6 | Integra equipo de calidad, para priorizar los riesgos y determinar su origen. | |
| Equipo de Calidad | 7 | Analiza y clasifica los riesgos en las categorías de proceso y/o estructura y se determina su probable consecuencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Listas de asistencia • Minutas • Base de datos electrónica |
| | 8 | Propone alternativa (s) de solución al (os) riesgo (s) e invitaran a personal del área involucrada para plantear una solución; documentando toda la información. | |
| | | <p>_____</p> <p>Se pueden dar varias alternativas de solución que impliquen diversos procedimientos.</p> | |

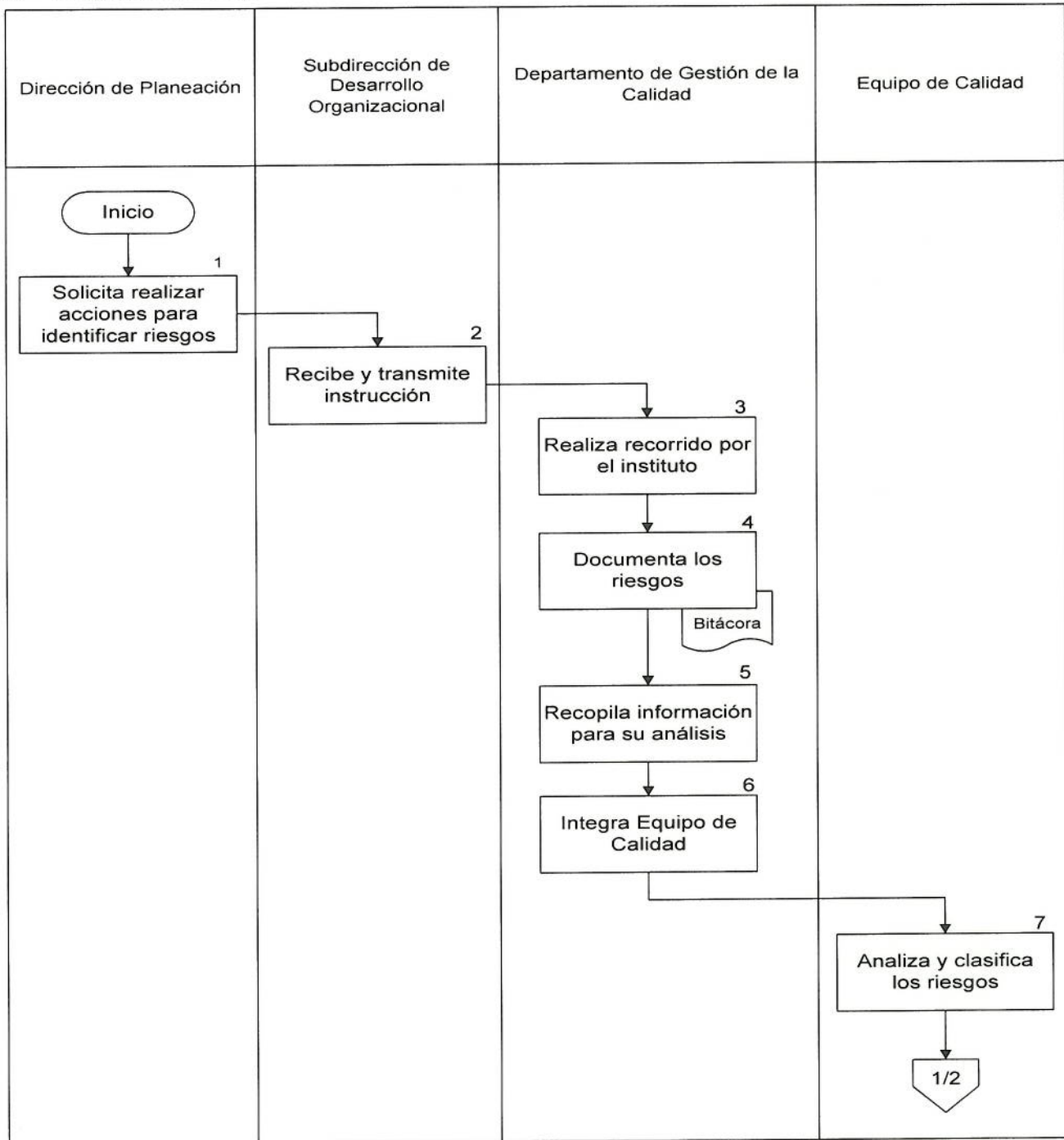
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-03 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 3.- Identificación de riesgos | | Hoja: 4 de 9 |

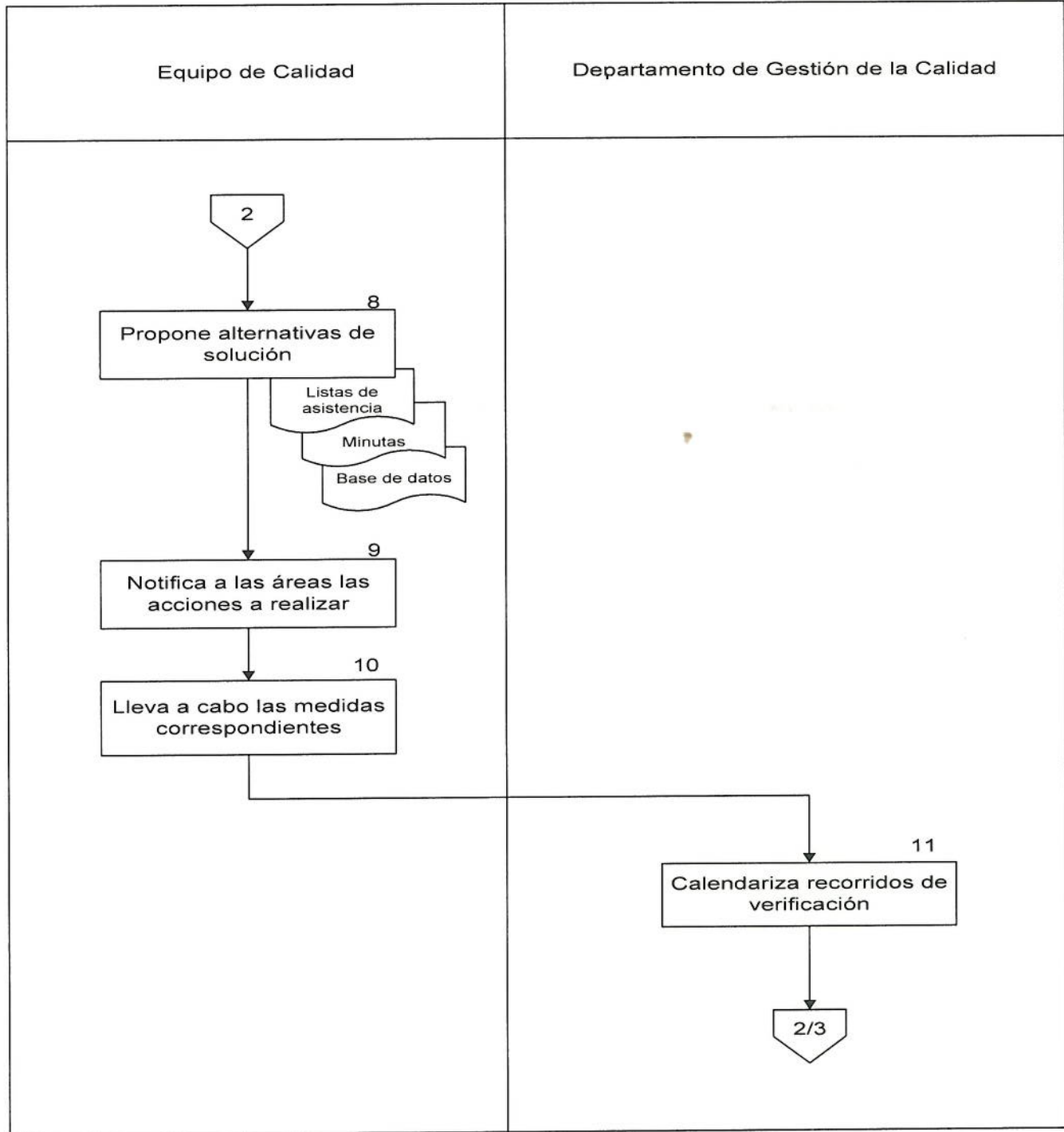
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|---------------------------------------|----------|---|-----------------|
| Equipo de Calidad | 9 | Notifica por escrito a él/las área(s) involucradas y acuerda las acciones a llevar para minimizar el riesgo o solucionarlo. | |
| | 10 | Lleva a cabo medidas y acciones que pueden realizarse a corto, mediano o largo plazo, las cuales se registran en formatos anexos. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 11 | Calendariza recorridos posteriores para verificar que se haya cumplido con las propuestas para minimizar el riesgo. ¿Se dio respuesta? | |
| | 12 | No: Documenta las causas y fechas. Se regresa a paso 9. | |
| | 13 | Sí: Documenta los nombres de las personas responsables y las fechas en las que se llevó a cabo. | |
| | 14 | Realiza informe de resultados y lo entrega a la Subdirección de Desarrollo Organizacional. | • Informe |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |



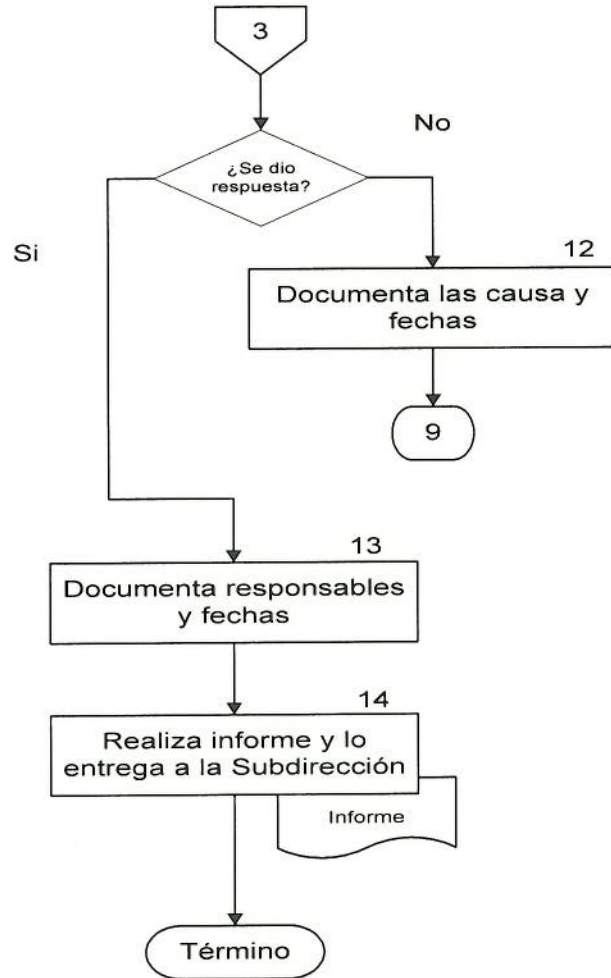
CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
|--------------|---|---|------------------------------|
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |





Equipo de Calidad

Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
|--------------|---|---|------------------------------|
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-03 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 3.- Identificación de riesgos | | Hoja: 8 de 9 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre /2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|---|
| 7.1 Bitácora | 5 años | Departamento Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.2 Listas de asistencia | 1 año | Departamento Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.3 Minutas | 1 año | Departamento Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.4 Base de datos electrónica | 1 año | Departamento Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.5 Informe | 1 año | Departamento Gestión de la Calidad | No Aplica |

8.0 Glosario

8.2 Riesgo: Es la amenaza concreta de daño en la salud y seguridad del paciente, familiares y personal del Instituto, que pone en peligro su integridad; este riesgo puede suceder o no, sin embargo, está latente en todo momento.

8.3 Riesgo de proceso: Es aquel que está relacionado con un procedimiento, política o un reglamento. Por lo tanto su solución se puede realizar modificando o creando estos instrumentos y por tanto será menos costosa y tendrá un tiempo de respuesta menor.

8.4 Riesgo de Estructura: Es aquel que está relacionado con las instalaciones o equipo físico. Su solución puede ser costosa y tener un tiempo de respuesta mayor.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 30-12-15 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-03 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 3.- Identificación de riesgos | | Hoja: 9 de 9 |



9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| 0 | 10-12-2015 | No Aplica |

10.0 Anexos



No Aplica

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|------------------------------|
| | Elaboró | Revisó | Autorizó |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirección de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 16-12-15 |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
|  <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 1 de 9 |

4.- Capacitación en materia de Calidad

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 2 de 9 |

1.0 Propósito

1.1 Integrar en el Programa Anual de Capacitación temas con enfoque de Calidad y Seguridad del Paciente y la filosofía de la mejora continua para brindar herramientas al personal del Instituto.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno es aplicable a todo el personal del Instituto.

2.2 A nivel externo es aplicable ante las globalizadoras que requieren los informes y a los diferentes proveedores.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Coordinar con el Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal la integración de la Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación D.N.C. con un enfoque de Calidad y Seguridad de las y los pacientes para determinar los cursos que se requieren.
- Apoyar en el proceso administrativo del Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal para la contratación de proveedores para la capacitación al personal del INPer, de acuerdo a la normatividad y procedimientos aplicables.
- Elaborar programa de capacitación en materia de Calidad que incluya cursos, y conferencias (considerando la calendarización, espacios para la impartición temarios, instructores, posibles participantes, etc.)
- Establecer logística de cada curso para su cumplimiento.
- Supervisar la correcta ejecución de los cursos, verificando listas de asistencia, faltas, justificantes, aplicación de cedulas de evaluación, etc.

3.2 Será responsabilidad de la Direcciones de Administración y Finanzas, Médica, Investigación y de Educación en Ciencias de la Salud, verificar a través de sus Subdirecciones de área y Jefaturas de Departamento, que se cumplan las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



- Recibir invitación a cursos de Capacitación en materia de Calidad, del Departamento de Gestión de Calidad.
- Responder a oficios de invitación a cursos e indicando, que personal de su Dirección, Subdirección y/ o Departamentos, asistirá a los cursos de capacitación.
- Verificar que el personal de sus áreas, reciban oficio de invitación personalizado y carta compromiso, la cual deberán firmar y entregar al Departamento de Gestión de la Calidad.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 3 de 9 |

- Verificar que el personal de sus áreas, asista puntualmente a los cursos y cumpla con el 100% de la asistencia.
- Verificar que el personal de sus áreas, realice la evaluación de los conocimientos adquiridos en el curso y evaluación de satisfacción del curso, la que será aplicada al finalizar cada uno y que deberá entregarse al personal del Departamento de Gestión de la Calidad.
- Verificar que el personal de sus áreas reciba constancia de participación y/o acreditación del curso correspondiente.



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 4 de 9 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|---|--|--|---|
| Dirección de Planeación | 1 | Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, realice los cursos de capacitación a través del Departamento de Gestión de la Calidad. | |
| Subdirección de Desarrollo Organizacional | 2 | Instruye al Departamento de Gestión de la Calidad realice los cursos de capacitación. | |
| Departamento de Gestión de la Calidad | 3 | Recibe instrucción, realiza Detección de Necesidades de Capacitación D.N.C y solicita Cotización de al menos tres proveedores de acuerdo a normatividad aplicable. | <ul style="list-style-type: none"> • Formato D.N.C |
| | 4 | Envía ficha técnica y cotización de cursos por empresa al Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal, para trámite en área de contratos. | <ul style="list-style-type: none"> • Ficha técnica • Cuadro |
| | | ¿Procede? | |
| | 5 | No: Revisa nuevamente la documentación para complementar y/o corregir. Regresa actividad No. 4. | |
| | 6 | Sí: Recibe del Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal, contrato del proveedor seleccionado. | <ul style="list-style-type: none"> • Contrato |
| | 7 | Elabora Plan y programa de capacitación en materia de Calidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa |
| | 8 | Lleva a cabo cada uno de los cursos según la logística programada. | |
| 9 | Supervisa la correcta ejecución de cada curso e integra expediente (carpeta) por cada curso. | <ul style="list-style-type: none"> • Expediente | |

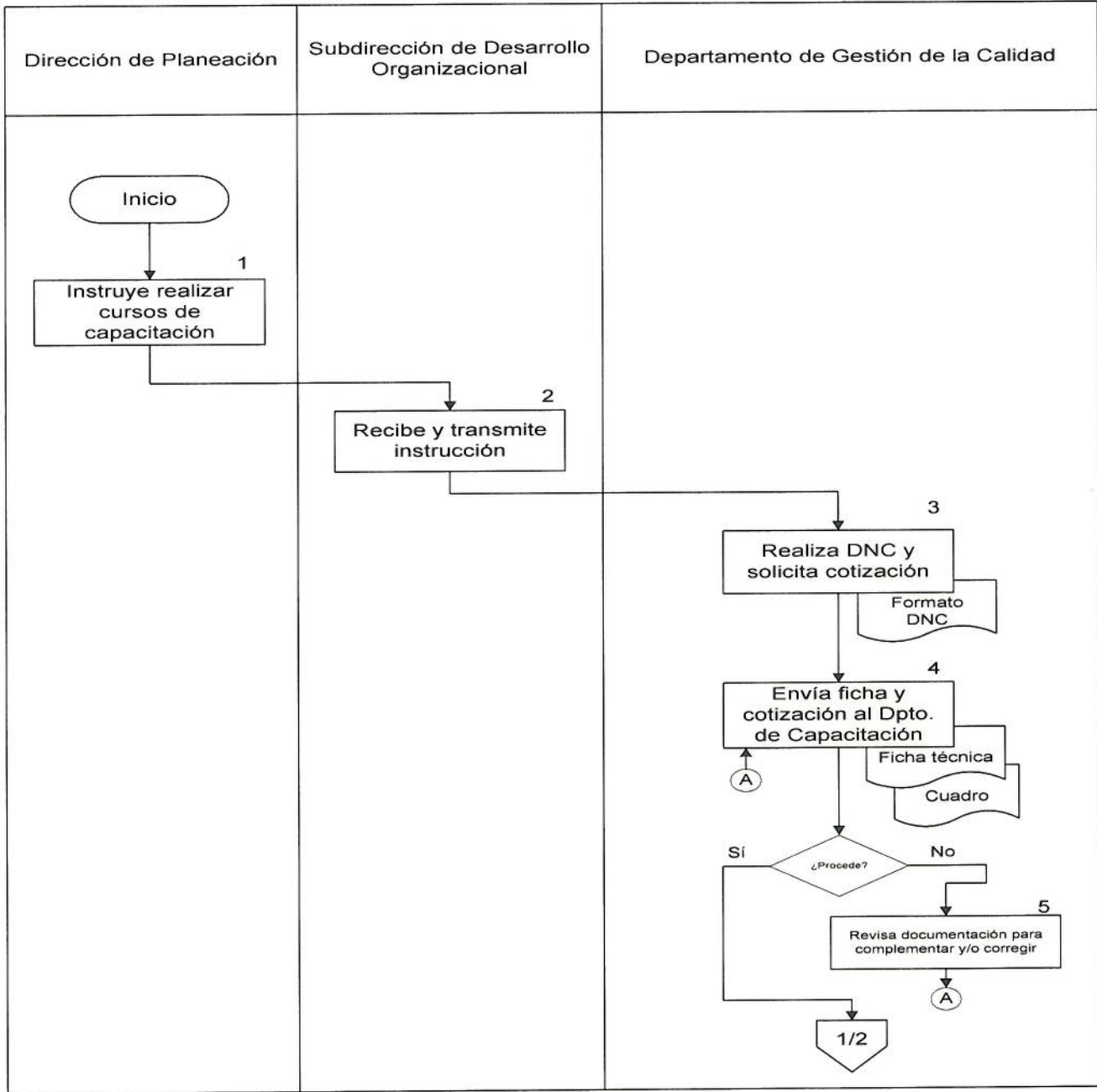
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 5 de 9 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|-------------|----------|---|--|
| | 10 | Entrega Expedientes al Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal Termina Procedimiento | <ul style="list-style-type: none"> Oficio |

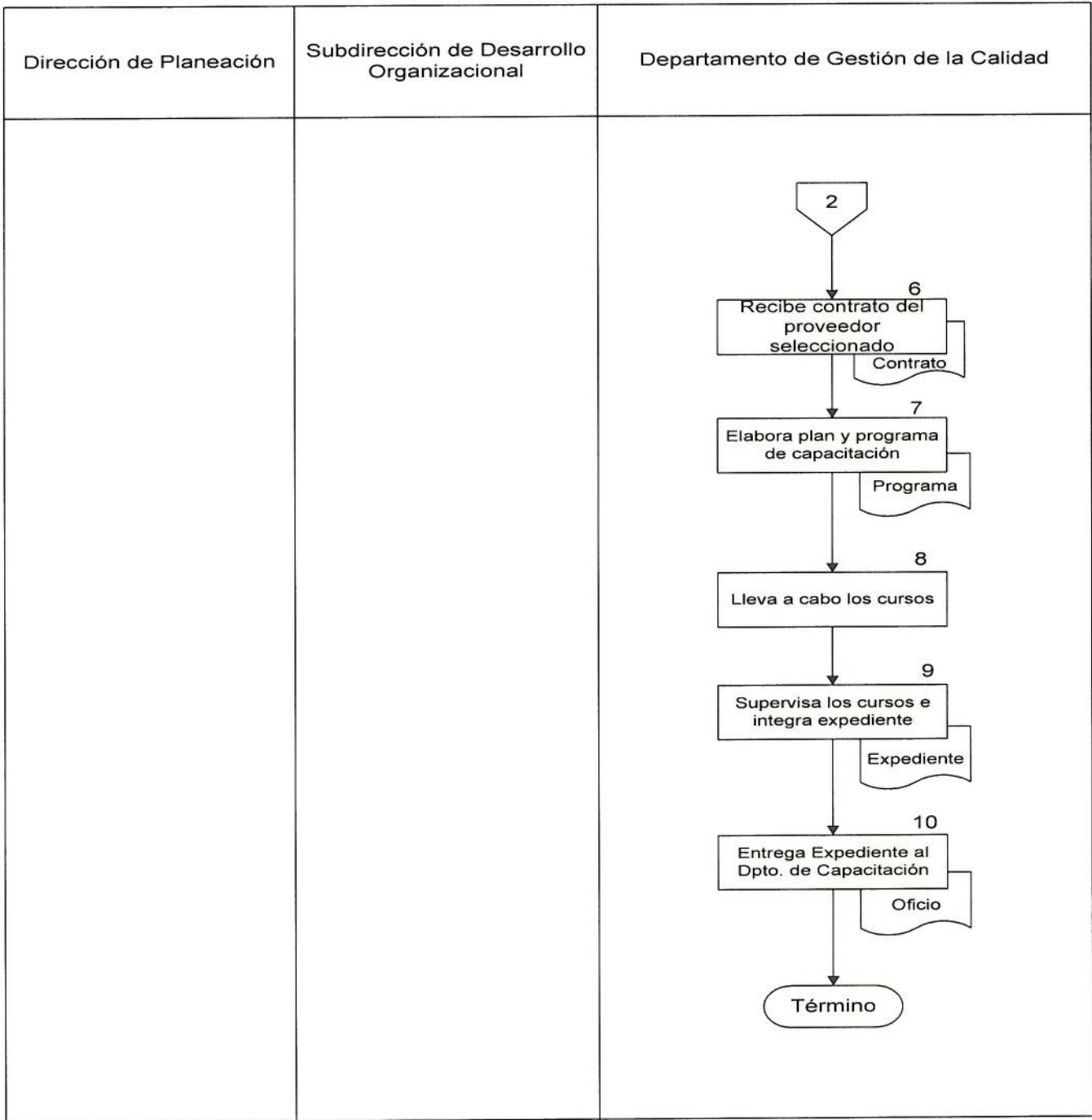
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 7 de 9 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10/12-15 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 8 de 9 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre 2013 |



7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|----------------------------------|------------------------|--|---|
| 7.1 Formato D.N.C | 1 Año | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.2 Ficha técnica | 1 Año | Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal | No Aplica |
| 7.3 Cuadro comparativo de costos | 1 Año | Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal | No Aplica |
| 7.4 Contrato | 1 Año | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.5 Programa de Capacitación | 1 Año | Departamento de Gestión de la Calidad | No Aplica |
| 7.6 Expediente (carpeta) | 1 Año | Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal | No Aplica |
| 7.7 Oficio | 1 Año | Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal | No Aplica |

8.0 Glosario

8.1 **Curso:** Tratado o conjunto de lecciones para la enseñanza de una materia.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Avalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-04 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 4.- Capacitación en materia de Calidad | | Hoja: 9 de 9 |



9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| 0 | 10-12-2015 | Nueva creación |

10.0 Anexos



10.1 No Aplica

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 1 de 12 |

6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 2 de 12 |

1.0 Propósito

1.1 Evaluar el desempeño de la prestación del Servicio Integral de Hemodiálisis para garantizar el cumplimiento de lo establecido en el contrato y en su caso detectar oportunidades de mejora que permitan incrementar la calidad de la atención proporcionada a las pacientes del INPer.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Direcciones: Médica, de Planeación, de Administración y Finanzas; Subdirección de Ginecología y Obstetricia y Departamento de Terapia Intensiva Adultos.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la empresa prestadora del servicio.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos




3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Departamento de Terapia Intensiva Adultos, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Considerar para la supervisión del Servicio Integral de Hemodiálisis, el anexo técnico en el que se describen las necesidades del área requirente para observar el debido cumplimiento del contrato.
- Coordinar las acciones para la ejecución de los procedimientos de Hemodiálisis, en acompañamiento por la empresa prestadora del servicio, así como para la supervisión del Servicio Integral de Hemodiálisis.
- Realizar reuniones de supervisión del servicio y aplicar la evaluación trimestral de desempeño y cumplimiento del Servicio Integral de Hemodiálisis, conjuntamente con el personal responsable de la operación y la Dirección de Planeación.
- Notificar el resultado de la evaluación al coordinador de la empresa prestadora del servicio y solicitar firma de conformidad, en caso de que la evaluación haya sido negativa solicitar las acciones de mejora a implementar.
- Validar la productividad enviada con el informe del sistema integral para generar la estadística mensual.

3.2 Será responsabilidad del Gerente del Servicio Integral de Hemodiálisis, cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Coordinar al Personal Técnico que asiste en el Servicio Integral de Hemodiálisis.
- Asegurar el abasto suficiente de bienes de consumo para la debida prestación del servicio.
- Supervisar el desempeño de las actividades del Personal Técnico de la empresa y emitir acciones de mejora cuando se requiera.

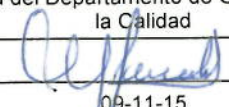
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |



| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 3 de 12 |

- Atender y solucionar el reporte de las fallas que presenten los equipos para mantenerlos siempre en óptimas condiciones.
- Supervisar que se dé cumplimiento al calendario de mantenimientos preventivos.
- Presentar en tiempo y forma la documentación necesaria para el trámite de pago mensual del servicio. (informe de procedimientos realizados, concentrado de procedimientos, así como la factura correspondiente).

3.3 Será responsabilidad del Personal Técnico del servicio, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar el instrumental e insumos necesarios al personal médico para el desarrollo de los procedimientos de Hemodiálisis.
- Proporcionar asistencia al personal médico requirente del servicio con puntualidad, calidad y oportunidad.



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DP-SDO- DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 4 de 12 |

4.0 Descripción del procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|--|----------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, para que en coordinación con el personal designado por la Dirección de Planeación, supervise la operación del Servicio Integral de Hemodiálisis. | |
| Subdirección de Ginecología y Obstetricia | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Terapia Intensiva Adultos, coordine acciones para supervisar la operación del servicio. | |
| Departamento Terapia Intensiva Adultos (Médico Nefrólogo) | 3 | Recibe instrucciones y coordina con los médicos nefrólogos las actividades de atención a las pacientes. | |
| | 4 | Coordina con el personal de la empresa prestadora del servicio para la realización de la hemodiálisis. | |
| Coordinador del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis (empresa prestadora del servicio) | 5 | Coordina al personal técnico a través de su registro de asistencia y solicita su asistencia en realización de la hemodiálisis para cubrir el servicio. | |
| Departamento Terapia Intensiva Adultos (Médico Nefrólogo) | 6 | Supervisa las actividades aplicando evaluaciones periódicas de control de calidad y emite acciones de mejora. | <ul style="list-style-type: none"> Evaluación |
| | 7 | Detecta fallas en las actividades del Servicio, establece acciones de mejora y elabora informe mensual de las actividades al Jefe responsable del servicio. | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 5 de 12 |



| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|--|----------|--|---|
| Personal Técnico del Servicio Integral de Hemodiálisis (empresa prestadora del servicio) | 8 | Requisita el informe del procedimiento realizado y solicita al término de este la firma del médico (a) adscrito (a) que lo realizó. | <ul style="list-style-type: none"> Informe del procedimiento de hemodiálisis |
| | 9 | Realiza al término del procedimiento, la verificación y limpieza de rutina de los equipos utilizados. | |
| | 10 | Verifica el funcionamiento correcto del equipo para la siguiente hemodiálisis y determina si se elabora el reporte de fallas. ¿Procede? | |
| | 11 | Sí: Da continuidad al reporte de fallas, con el objetivo de dar solución en el plazo más corto posible y para las fallas mayores el plazo no debe ser mayor a 72 horas. | |
| | 12 | No: Continúa procedimiento. | |
| | 13 | Elabora factura y presenta para su autorización. | |
| | 14 | Conforma expediente (informes de procedimientos realizados) y envía soporte y factura al personal de la dirección de Planeación asignado para el trámite de supervisión del pago del servicio. | |
| Dirección de Planeación (personal designado) | 15 | Revisa que los reportes vayan acorde a la factura y realiza comentarios al responsable del servicio en su caso. | <ul style="list-style-type: none"> Oficio de solicitud de pago |
| | 16 | Realiza oficio con número consecutivo del área responsable de la supervisión del servicio y recaba firmas para el proceso de pago ante el departamento de Tesorería. | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

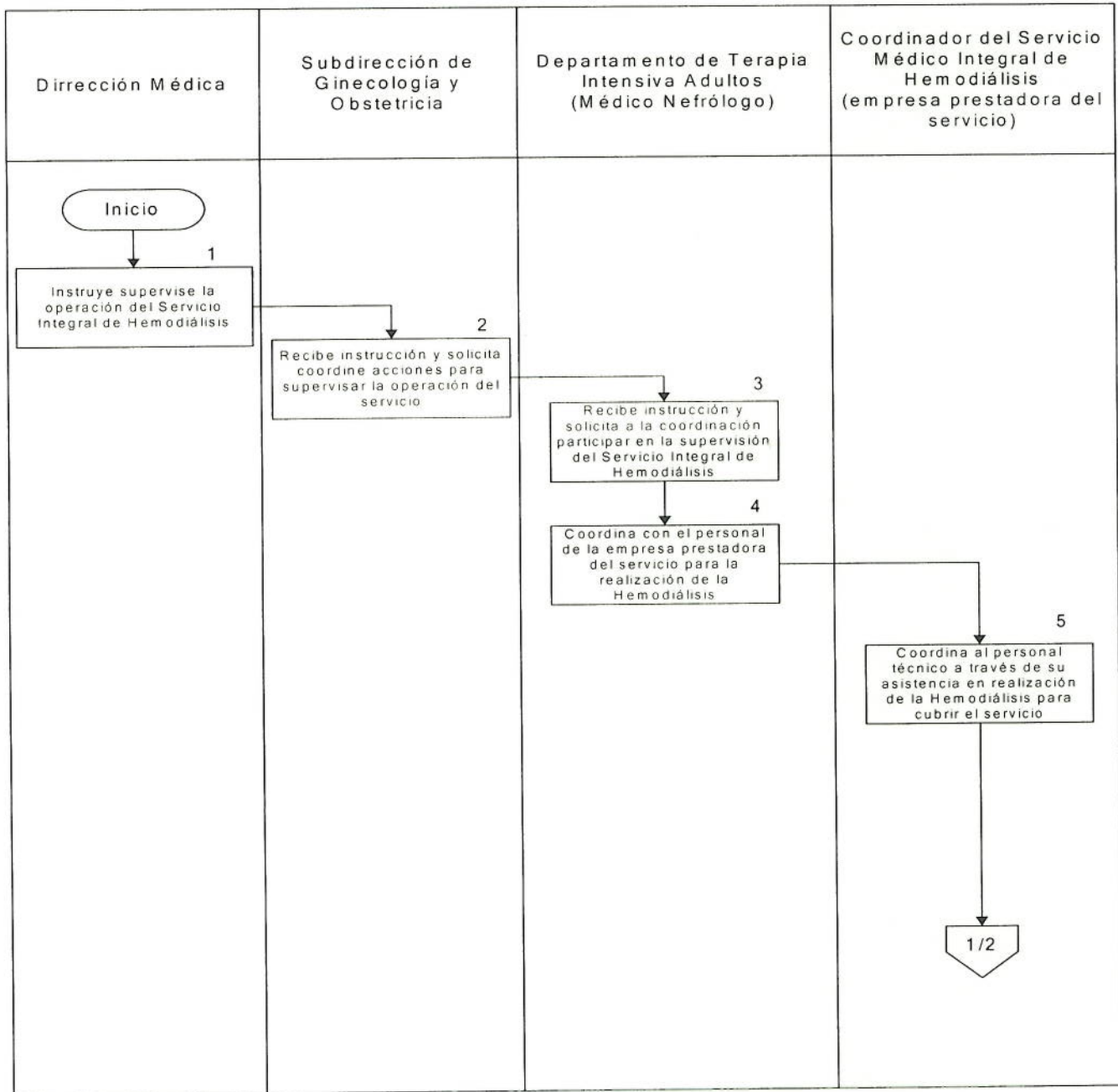
| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO- DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 6 de 12 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|-------------|----------|--|-----------------|
| | 17 | Vigila el comportamiento del gasto del presupuesto asignado y reporta al Director de Planeación para presentar en la mesa de directores los resultados para la toma de decisiones. | • Reporte |
| | 18 | Resguarda la copia del trámite de pago mensual en la carpeta del servicio integral de Hemodiálisis. Termina procedimiento | • Expediente |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

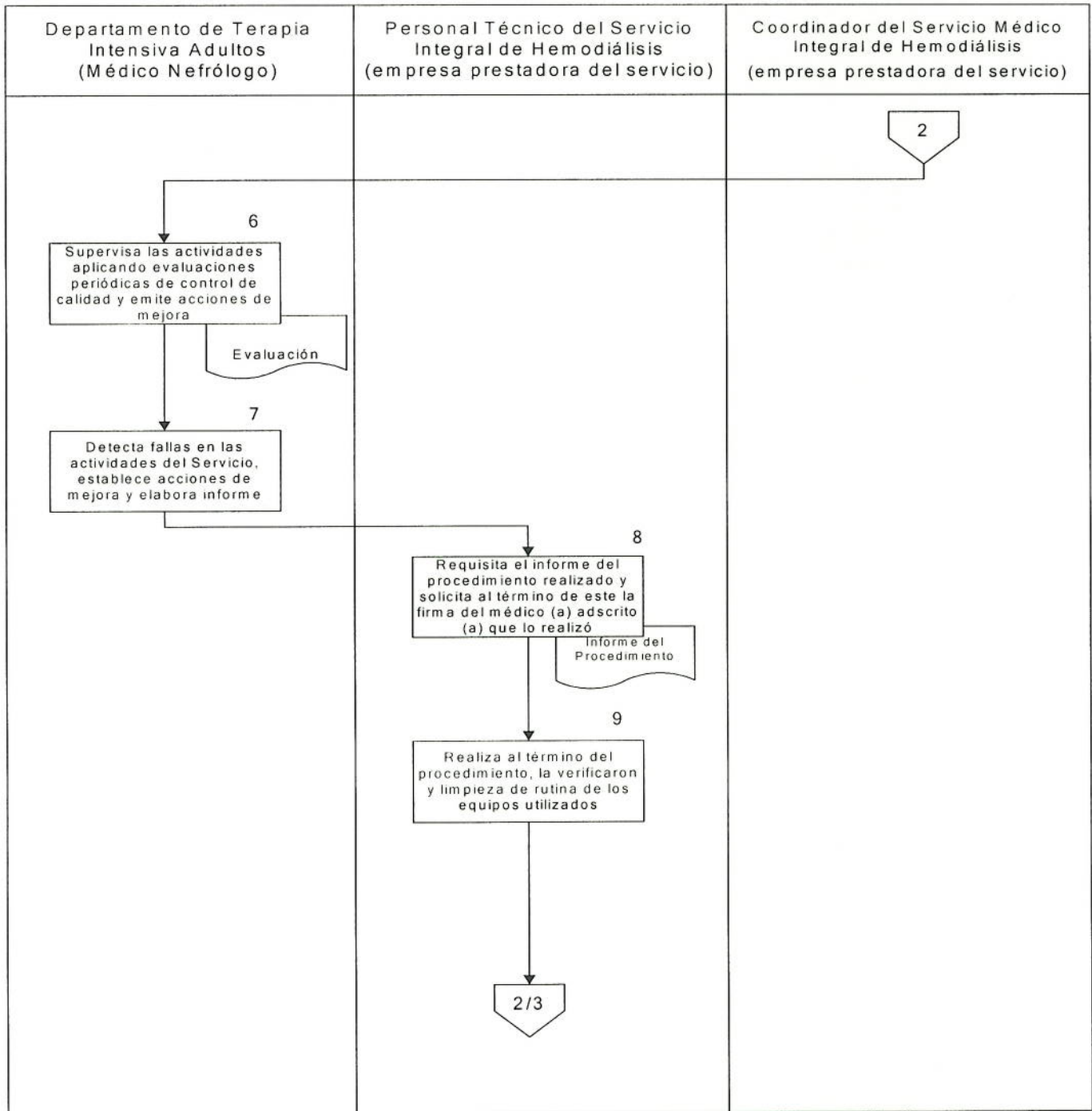
| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 7 de 12 |

5.0 Diagrama de Flujo





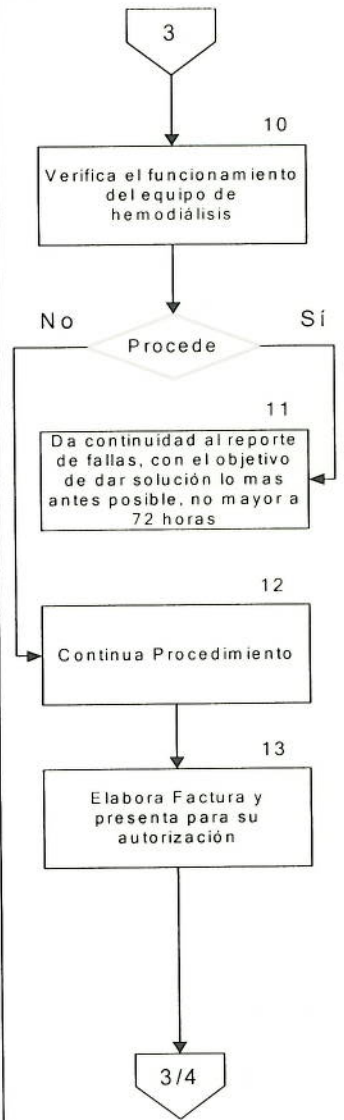
CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|---------------------|---|---|---|
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |






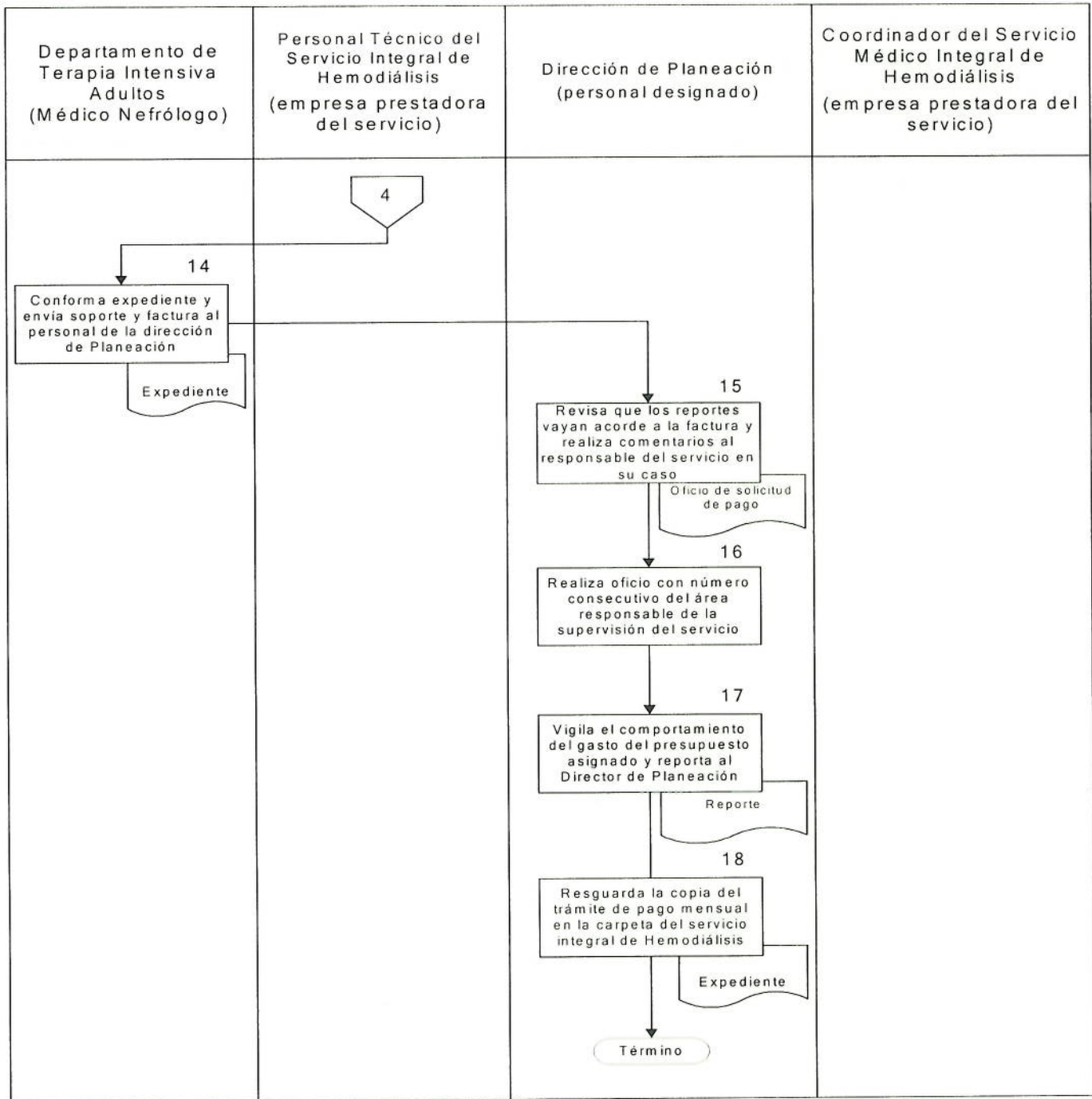
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|--|---|------------------------------|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma | | | |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 9 de 12 |



| | | | |
|--|--|---|--|
| Departamento de Terapia Intensiva Adultos (Médico Nefrólogo) | Coordinador del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis | Personal Técnico del Servicio Integral de Hemodiálisis (empresa prestadora de servicio) | Dirección de Planeación (personal designado) |
| | |  | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 10 de 12 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO-DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 11 de 12 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/013 09-13 |



7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|---|---|
| 7.1 Evaluación | No Aplica | Compañía prestadora del Servicio Médico Integral Hemodiálisis | No Aplica |
| 7.2 Copia del informe del procedimiento realizado | 1 Año | Dirección de Planeación | No Aplica |
| 7.3 Copia de expediente | 1 Año | Dirección de Planeación | No Aplica |
| 7.4 Copia de oficio de solicitud de pago | 1 Año | Dirección de Planeación | No. de oficio |
| 7.5 Reporte de comportamiento de gasto | 1 Año | Dirección de Planeación | No Aplica |
| 7.6 Expediente | 1 Año | Dirección de Planeación | No Aplica |

8.0 Glosario

- 8.1 Gerente de servicio integral de hemodiálisis:** Persona responsable designada por parte del proveedor encargada de planear, dirigir el trabajo, monitorear el desempeño de su personal asignado para impartir los procedimientos de hemodiálisis y tomar acción correctiva cuando es necesario.
- 8.2 Personal técnico:** Personal de enfermería asignada por el proveedor, que cuenta con los conocimientos necesarios en materia de hemodiálisis y proporciona asistencia al personal médico adscrito al instituto en la impartición del servicio integral de hemodiálisis.
- 8.3 Personal responsable de la operación:** Personal médico adscrito al instituto, encargado del tratamiento, prescripción de pacientes que requieren tratamiento de sustitución de la función renal.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DP-SDO- DGC-MP-06 |
| | Departamento de Gestión de la Calidad | | Rev. 0 |
| | 6.- Gestión administrativa y supervisión del servicio integral de hemodiálisis | | Hoja: 12 de 12 |


8.4 Servicios Integrales: estrategia asociada a la rentabilidad, orientada a fortalecer la prestación de servicios hacia la población, sobre la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad y seguridad del paciente.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| 0 | 10-12-2015 | Nueva Creación |

10.0 Anexos

10.1 No Aplica

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dra. Alma Guadalupe Ávalos Contreras | Lic. María de las Mercedes Ugarte Silva | Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia |
| Cargo-puesto | Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad | Subdirectora de Desarrollo Organizacional | Director de Planeación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 09-11-15 | 25-11-15 | 10-12-15 |