SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD, INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ABRIL, 2023

SALUD SECRETARÍA DE SALUD	**Manual de Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente**	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

CÓDIGO: **INP/DSC/DGCISyS/MP01**		ÁREA: **DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD, INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
REVISIÓN: **01**			
DIRECCIÓN O SUBDIRECCIÓN: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS**		FECHA DE ELABORACIÓN: **MAYO, 2022**	
CANTIDAD DE FOJAS ÚTILES:	**99**	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **ABRIL, 2023**	
ELABORA ÁREA TÉCNICA:	REVISA:	VALIDA:	AUTORIZA:
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN Y MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA **C.P. MA. CRISTINA LUCIA GONZÁLEZ MONCIVÁIS**	**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD, INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE** **MTRO. AARÓN PADILLA OROZCO**	**DIRECTORA DE SERVICIOS CLÍNICOS** **DRA. CLAUDIA BECERRA PALARS**	**DIRECTOR GENERAL** **DR. EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN**

ÍNDICE

HOJA

INTRODUCCIÓN 2

I. OBJETIVO DEL MANUAL 3

II. MARCO JURÍDICO 4

III. PROCEDIMIENTOS

1. PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR Y COORDINAR LAS ACCIONES DE CERTIFICACIÓN DEL INSTITUTO.
2. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR EL FUNCIONAMIENTO INTERO DE COMITÉS Y SUBCOMITÉS.
3. PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRATO ADECUADO Y DIGNO (ESTAD) EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS DEL INSTITUTO.
4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA.
5. PROCEDIMIENTO PARA SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS.
6. PROCEDIMIENTO PARA APERTURA E INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.
7. PROCEDIMIENTO PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.
   A) PRÉSTAMO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.
   B) PRÉSTAMO NO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.
8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

.

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, agrupado en el sector salud para su desarrollo y operación; conducirá sus actividades en forma programada y de conformidad con lo establecido en la Ley de Planeación, Ley de los Institutos Nacionales de Salud, así como en las políticas, estrategias y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, y demás disposiciones que emita la Secretaría de Salud.

El Manual de Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, se elaboró integrando los elementos, criterios, políticas, normas de operación e información sobre los procesos básicos que el personal adscrito al área debe conocer y aplicar para el desempeño eficiente sus actividades.

Por lo anterior, el presente documento es una herramienta para la orientación y coordinación eficiente de esfuerzos entre personal multidisciplinario del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente

El Manual de Procedimientos será actualizado conforme a los lineamientos para su elaboración, a fin de incorporar en su caso las modificaciones que surjan derivadas de los cambios en la operación de sus procedimientos o de los cambios en la normatividad aplicable. Su actualización está a cargo de la Subdirección de Información y Desarrollo Organizacional (Departamento de Planeación y Modernización Administrativa), en coordinación con las diversas áreas que integran el Instituto.

El documento será publicado y puesto disposición de los interesados en la Normateca Interna Institucional ubicada en la siguiente dirección electrónica: https://inprf.gob.mx/normateca/index.html

El Manual de Procedimientos contiene un formato de control de documentos en donde se especifica:

a) Nombre del Procedimiento
b) Código del procedimiento
c) Área la que pertenece el procedimiento
d) Fecha de elaboración
e) Fecha de actualización
f) Número de páginas que integran el procedimiento

Así mismo cada procedimiento se encuentra conformado por los siguientes apartados:

1. Propósito del procedimiento
2. Alcance
3. Políticas y/o normas de operación
4. Descripción del procedimiento
5. Diagrama de flujo
6. Documentos de referencia
7. Registros
8. Glosario del procedimiento
9. Cambios de versión en el Procedimiento
10. Anexos del procedimiento

El Manual de Procedimientos no se puede sustituir en ninguna de sus partes sin autorización previa solicitada por escrito en los formatos para tal efecto, las modificaciones serán registradas en el apartado correspondiente.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Identificar los procesos más relevantes del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.

Disponer de un documento que sirva de guía donde se establezcan las políticas, normas y mecanismos para el desarrollo de las actividades de las diferentes áreas que conforman el Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.

Dar a conocer al personal del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, los procedimientos plasmados en el presente documento a fin de contribuir al proceso de atención eficaz y eficiente de los Servicios Clínicos.

Distinguir al personal responsable que interviene en las actividades de cada procedimiento.

II. MARCO JURÍDICO

El Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente se encuentra sustentado en el siguiente marco jurídico – normativo:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 05-II-1917, última reforma publicada D.O.F. 18-XI-2022

LEYES

Ley Federal de Austeridad Republicana
D.O.F. 19-XI-2019 Sentencia SCJN D.O.F. 02-IX-2022

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 04-I-2000, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

Ley de Asistencia Social
D.O.F. 02-IX-2004, última reforma publicada D.O.F. 06-I-2023

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
D.O.F. 18-III-2005, última reforma publicada D.O.F. 11-V-2022

Ley de Ciencia y Tecnología
D.O.F. 05-VI-2002, última reforma publicada D.O.F. 11-V-2022

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación
D.O.F. 18-VII-2016, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

LEY de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2023
D.O.F. 14-XI-2022

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
D.O.F. 25-VI-2002, última reforma publicada D.O.F. 10-V-2022

Ley de los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 26-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 11-V-2022

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 04-I-2000, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

Ley de Planeación
D.O.F. 05-I-1983, última reforma publicada D.O.F. 16-II-2018

Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 29-XII-1978, última reforma publicada D.O.F. 12-XI-2021

Ley del Impuesto Sobre la Renta
D.O.F. 11-XII-2013, última reforma publicada D.O.F. 12-XI-2021

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal

D.O.F. 10-IV-2003, última reforma publicada D.O.F. 09-I-2006

Ley Federal de Derechos
D.O.F. 31-XII-1981, última reforma publicada D.O.F. 14-XI-2022. Cantidades actualizadas por Resolución Miscelánea Fiscal DOF 27-XII-2022

Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14-V-1986, última reforma publicada D.O.F. 19-I-2023

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional
D.O.F. 28-XII-1963, última reforma publicada D.O.F. 22-II-2022

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-V-2016, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 30-III-2006, Sentencia SCJN D.O.F. 11-X-2022

Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 04-VIII-1994, última reforma publicada D.O.F. 18-V-2018

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
D.O.F. 31-XII-2004, última reforma publicada 20-V-2021

Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24-XII-1996, última reforma publicada D.O.F. 01-VII-2020

Ley Federal del Trabajo
D.O.F. 01-IV-1970, última reforma publicada D.O.F. 27-XII-2022

Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y/o comprimidos
D.O.F. 26-XII-1997, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 19-XII-2002, última reforma publicada D.O.F. 11-V-2022

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
D.O.F. 11-VI-2003, última reforma publicada D.O.F. 19-I-2023

Ley de Infraestructura de la Calidad
D.O.F. 01-VII-2020

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 01-II-2007, última reforma publicada D.O.F. 18-X-2022

Ley General de Archivos
D.O.F. 15-VI-2018, última reforma publicada D.O.F. 19-I-2023

Ley General de Bienes Nacionales

D.O.F. 20-V-2004, última reforma publicada D.O.F. 14-IX-2021

Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31-XII-2008, última reforma publicada D.O.F. 30-I-2018

Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 20-I-2004, última reforma publicada D.O.F. 11-V-2022

Ley General de Educación
D.O.F. 30-IX-2019 Sentencia SCJN D.O.F 30-VI-2021

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
D.O.F 04-XII-2014, última reforma publicada D.O.F. 28-IV-2022

Ley General de Protección Civil
D.O.F. 06-VI-2012, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados
D.O.F. 26-I-2017

Ley General de Responsabilidades Administrativas
D.O.F. 18-VII-2016, última reforma publicada D.O.F. 27-XII-2022

Ley General de Salud
D.O.F. 07-II-1984, última reforma publicada D.O.F. 24-III-2023

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 04-V-2015, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021

Ley General de Víctimas
D.O.F. 09-I-2013, última reforma publicada D.O.F. 28-IV-2022

Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 30-V-2008, última reforma publicada D.O.F. 17-II-2022

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 02-VIII-2006, última reforma publicada D.O.F. 31-X-2022

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30-V-2011, última reforma publicada D.O.F. 06-I-2023

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
D.O.F. 24-I-2012, última reforma publicada D.O.F. 04-V-2021

Ley General Para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a Las Víctimas de estos Delitos
D.O.F. 14-VI-2012, última reforma publicada D.O.F. 05-IV-2023

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29-XII-1976, última reforma publicada D.O.F. 09-IX-2022

Ley General de Educación Superior
D.O.F. 20-IV-2021

Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear
D.O.F. 04-II-1985, última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012

CÓDIGOS

Código Civil Federal
D.O.F. 26-V-1928, última reforma publicada D.O.F. 11-I-2021

Código Penal Federal
D.O.F. 14-VIII-1931, última reforma publicada D.O.F. 06-I-2023

Código Federal de Procedimientos Civiles
D.O.F. 24-II-1943, Sentencia SCJN 18-II-2022

Código Nacional de Procedimientos Penales
D.O.F. 05-III-2014, última reforma publicada D.O.F. 19-II-2021.

Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 31-XII-1981, última reforma publicada D.O.F. 05-I-2022, Cantidades actualizadas y compiladas por Resolución Miscelánea Fiscal D.O.F. 27-XII-2022.

Código de Ética de la Administración Pública Federal
D.O.F. 8-II-2022

REGLAMENTOS

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
D.O.F. 09-VIII-1999, última reforma publicada D.O.F. 08-IX-2022

Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. 04-II-1998, última reforma publicada D.O.F. 31-V-2021

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 28-VII-2010 última reforma publicada D.O.F. 24-II-2023

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 28-VII-2010 última reforma publicada D.O.F. 24-II-2023

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.
D.O.F. 23-XI-1994, última reforma publicada D.O.F. 16-XII-2016

Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
D.O.F. 24-VIII-2009, última reforma publicada D.O.F. 25-II-2020

Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 04-XII-2006 última reforma publicada D.O.F. 25-IX-2014

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

D.O.F. 08-X-2015, última Reforma publicada D.O.F. 06-V-2016

Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal
D.O.F. 06-IX-2007

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 26-I-1990, última reforma publicada D.O.F. 23-XI-2010

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28-VI-2006, última reforma publicada D.O.F. 13-XI-2020

Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 21-V-2012

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 22-V-1998, última reforma publicada D.O.F. 14-IX-2005

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 17-VI-2003, última reforma publicada D.O.F. 29-XI-2006

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14-I-1999, última reforma publicada D.O.F. 28-XI-2012

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 11-III-2008 última reforma publicada D.O.F. 14-III-2014

Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 18-I-2006, última reforma publicada D.O.F. 28-VIII-2008

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
D.O.F 14-V-1986, última reforma publicada D.O.F. 17-VII-2018

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 05-IV-2004, última reforma publicada D.O.F. 17-XII-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
D.O.F. 18-II-1985, última reforma 10-VII-1985

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental
D.O.F. 30-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 31-X-2014

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 31-V-2009, última reforma publicada D.O.F. 16-XII-2022

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. 21-I-2003, última reforma publicada D.O.F. 08-VIII-2018

Reglamento del sistema nacional de afiliación y vigencia de derechos, de la base de datos única de derechohabientes y del expediente electrónico único del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
D.O.F. 10-VI-2011

Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública
D.O.F. 16-IV-2020, última reforma publicada D.O.F. 16-IV-2020

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
D.O.F. 19-I-2004, última reforma publicada D.O.F. 07-II-2018

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo
D.O.F. 13-XI-2014

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal
D.O.F. 29-XI-2006

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
D.O.F. 06-I-1987, última reforma publicada D.O.F. 02-IV-2014.

DECRETOS

DECRETO por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican
D.O.F. 23-IV-2020

DECRETO por el que se establecen diversas medidas en materia de adquisiciones, uso de papel y de la certificación de manejo sustentable de bosques por la Administración Pública Federal
D.O.F 05-IX-2007, última reforma 02-X-2009

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
D.O.F. 10-XII-2012, última reforma publicada D.O.F. 30-XII-2013

DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. 03-VI-1996.

ACUERDOS

ACUERDO por el que se delegan facultades en el Director General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. 17-XI-2015

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
D.O.F. 02-V-2006

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2021.
D.O.F. 29-XII-2020

ACUERDO que fija los lineamientos que deberán ser observados por las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, en cuanto a la emisión de los actos administrativos de carácter general a los que les resulta aplicable el artículo 69-H de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 08-III-2017

ACUERDO Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal
D.O.F 24-VIII-2006

ACUERDO mediante el cual se expiden los Lineamientos para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, así como su Anexo
D.O.F. 02-V-2005

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.
D.O.F. 26-IX-1994

ACUERDO por el que se crea el Consejo Nacional de Salud Mental
D.O.F. 21-VII-2004

ACUERDO por el que se establece el Manual de Requerimientos de Información a dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a la Procuraduría General de la República
D.O.F. 30-V-2001

ACUERDO por el que se emiten las disposiciones en materia de recepción y disposición de obsequios, regalos o similares, por parte de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal
D.O.F. 12-XI-2019

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
D.O.F 24-XII-2002

ACUERDO que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud
D.O.F. 26-I-2009

ACUERDO por el que se emiten los criterios y especificaciones técnicos para la accesibilidad de las personas con discapacidad a los inmuebles de la Administración Pública Federal
D.O.F. 10-I-2022

ACUERDO mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 31-V-2022

ACUERDO que tiene por objeto fijar los criterios para la correcta aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos en lo relativo a la intervención o participación de cualquier servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión de contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios o que pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para sus parientes consanguíneos o por afinidad o civiles a que se refiere esa Ley
D.O.F. 22-XII-2006

ACUERDO N. 55 por el que se integran patronatos en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 17-III-1986

ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría
D.O.F. 27-V-2013, última reforma publicada D.O.F. 30-XI-2020

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.
D.O.F. 12-VII-2010, última reforma publicada D.O.F. 17-V-2019

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
D.O.F. 15-V-2017

ACUERDO por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 09-VIII-2010, última reforma publicada D.O.F. 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
D.O.F. 09-VIII-2010, reforma D.O.F 03-II-2016, última reforma publicada D.O.F. 02-XI-2017

ACUERDO por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales
D.O.F. 16-VII-2010, última reforma publicada D.O.F. 05-IV-2016

ACUERDO por el que se emiten las políticas y disposiciones para impulsar el uso y aprovechamiento de la informática, el gobierno digital, las tecnologías de la información y comunicación, y la seguridad de la información en la Administración Pública Federal
DOF: 06-IX-2021

ACUERDO por el que se expide la Estrategia Digital Nacional 2021-2024

DOF: 06-IX-2021

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno
D.O.F. 03-XI-2016, última reforma publicada D.O.F 05-IX-2018

ACUERDO por el que se emiten los lineamientos generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética
D.O.F. 28-XII-2020.

ACUERDO por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican
D.O.F. 10-VIII-2010, última reforma publicada D.O.F 21-VIII-2012

ACUERDO por el que se crea la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 26-IX-1984, última reforma publicada D.O.F. 22-VIII-2007

ACUERDO No. 86 por el que se crea la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 25-VIII-1989

ACUERDO para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
D.O.F. 13-VI-2008

ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
D.O.F. 08-IX-2017

ACUERDO por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización del Proceso de Fiscalización
D.O.F. 5-XI-2020

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
D.O.F. 06-VII-2017

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 y demás normatividad aplicable
D.O.F. 04-V-2016, última reforma publicada D.O.F. 28-XII-2020

ACUERDO por el que se expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones D.O.F. 20-VIII-2015, última reforma D.O.F. 28-II-2017

ACUERDO por el que se modifican los Anexos Primero y Segundo del Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción emite el formato de declaraciones: de situación patrimonial y de intereses; y expide las normas e instructivo para su llenado y presentación
D.O.F. 23-IX-2019, última reforma D.O.F. 24-XII-2019

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA1-2018, Que establece la organización y operación para la revisión, actualización y edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 25-XI-2019

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica
D.O.F. 23-XI-2018

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.
D.O.F. 20-I-2017

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
D.O.F. 15-X-2012

PROYECTO de 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-SSA3-2016, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
D.O.F. 20-I-2017

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología
D.O.F. 31-I-2018

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos
D.O.F. 31-I-2018

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad
D.O.F. 18-V-2018

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana
D.O.F. 02-V-2018

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
D.O.F. 04-I-2013

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA3-2018, Para la atención integral a personas con discapacidad.
D.O.F. 23-XI-2018

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

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
D.O.F. 19-II-2013

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

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
D.O.F. 04-IX-2015

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 para la atención médica.
D.O.F. 04-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
D.O.F. 21-VIII-2009

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-028-SSA3-2018, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
D.O.F. 27-XI-2018

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.
D.O.F. 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
D.O.F. 16-IV-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria
D.O.F. 23-IX-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en Salud.
D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
D.O.F. 22-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales
D.O.F. 20-XI-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra mujeres. Criterios para la prevención y atención
D.O.F. 16-IV-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios
D.O.F. 21-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios
D.O.F. 07-VI-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y Operación de la farmacovigilancia
D.O.F. 19-VII-2017

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
D.O.F. 15-IX-2006, última reforma publicada D.O.F. 29-XII-2014

PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, para quedar como: 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
D.O.F. 21-X-2014

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-NUCL-2013, Factores para el cálculo del equivalente de dosis y equivalente de dosis efectivo
D.O.F. 26-IV-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-003-NUCL-2021, Clasificación de instalaciones que utilizan fuentes abiertas
D.O.F. 12-X-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-004-NUCL-2013, Clasificación de los desechos radiactivos.
D.O.F. 07-V-2013

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY NOM-008-NUCL-2020, Límites de contaminación radiactiva y criterios para su control.
D.O.F. 27-IV-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-012-NUCL-2016, Requisitos y criterios de funcionamiento que deben cumplir los instrumentos de medición de radiación ionizante y los dosímetros de lectura directa.
D.O.F. 16-I-2017

Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológica para egresar pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.
D.O.F. 20-X-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.
D.O.F. 26-X-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-027-NUCL-2021, Especificaciones de diseño para las instalaciones radiactivas Tipo II Clases A, B, C.
D.O.F. 3-VIII-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-028-NUCL-2009, Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas
D.O.F. 04-VIII-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-031-NUCL-2011, Requerimientos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes
D.O.F. 26-X-2011

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-NUCL-2018, Criterios para la exención de fuentes de radiación ionizante o prácticas que las utilicen
D.O.F. 15-XI-2018

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SEDE-2018, Instalaciones Eléctricas (utilización)
D.O.F. 06-VIII-2018

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.
D.O.F. 17-II-2003

Norma Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008, Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-Condiciones de seguridad.
D.O.F. 24-XI-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo

D.O.F. 09-XII-2010

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-STPS-2017, Manejo de sustancias químicas peligrosas o sus mezclas en los centros de trabajo-Condiciones y procedimientos de seguridad y salud
D.O.F. 22-VI-2017

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014, Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral-Reconocimiento, evaluación y control
D.O.F. 28-IV-2014, aclaración a la Norma Oficial Mexicana publicada D.O.F 19-VI-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-012-STPS-2012, Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante.
D.O.F. 31-X-2012

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-STPS-2017, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.
D.O.F. 03-I-2018

NORMA Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2015, Sistema armonizado para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo
D.O.F. 09-X-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011, Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene
D.O.F. 13-IV-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-026-STPS-2008, Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías
D.O.F. 25-XI-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-062-ZOO-1999 Referente a las Especificaciones Técnicas para la Reproducción Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio
D.O.F. 22-VIII-2001

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental -Salud ambiental- infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.
D.O.F. 17-II-2003.

LINEAMIENTOS

LINEAMIENTOS de Racionalidad y Austeridad Presupuestaria 2023
D.O.F. 24-II-2023

LINEAMIENTOS para la Operación y Funcionamiento del Comité de Evaluación de las Medidas de Austeridad Republicana
D.O.F. 04-III-2020

LINEAMIENTOS en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal

D.O.F. 18-IX-2020

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** 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
D.O.F. 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** generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas
D.O.F. 15-IV-2016, última reforma publicada D.O.F. 18-XI-2022

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
D.O.F. 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** para determinar los catálogos y publicación de información de interés público; y para la emisión y evaluación de políticas de transparencia proactiva
D.O.F. 15-IV-2016, última reforma publicada D.O.F. 21-II-2018

Circular que contiene los **Lineamientos** generales relativos a los aspectos de sustentabilidad ambiental para las Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 31-X-2007, última reforma publicada D.O.F. 02-X-2009

LINEAMIENTOS de Protección de Datos Personales
D.O.F. 30-IX-2005

LINEAMIENTOS Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Publico
D.O.F. 26-I-2018, última reforma publicada D.O.F. 25-II-2022

LINEAMIENTOS para la integración, manejo y conservación del expediente único de personal. Secretaría de Salud.
D.O.F. 14-VI-2006, última actualización marzo, 2017

LINEAMIENTOS que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.
D.O.F. 25-VIII-2003

ACUERDO mediante el cual se aprueban las modificaciones a los 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; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos
D.O.F. 18-VIII-2015

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
D.O.F. 24-VII-2017, reformas D.O.F. 05-XII-2017, D.O.F. 06-XII-2018, última reforma publicada 14-XII-2018

LINEAMIENTOS para la adquisición de medicamentos con recursos transferidos a las entidades federativas por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y para la adquisición de medicamentos asociados a las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
D.O.F. 05-IX-2018

LINEAMIENTOS para la interposición de los recursos de revisión por parte de los Órganos Internos de Control de las dependencias y entidades, y de las Unidades de Responsabilidades de las empresas productivas del Estado, todos de la Administración Pública Federal
D.O.F. 13-I-2022

LINEAMIENTOS Generales que deberán observar los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Federal, para reportar la información en materia de auditoría a la Secretaría de la Función Pública, mediante el Sistema Integral de Auditorías
D.O.F. 29-XI-2018

Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y denuncias
D.O.F. 25-IV-2016

OTRAS DISPOSICIONES

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Vigente).

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Vigente).

Código de Ética y Conducta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Vigente)

Reglamento Interno para Médicos Residentes del Programa de Especialización en Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Vigente)

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud (Vigentes).

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (Vigente).

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024 (Vigente).

Programa Institucional 2020-2024 (Vigentes).
Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.
D.O.F. 31-VII-2016, última reforma D.O.F. 03-I-2020

Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal.
D.O.F. 28-XII-2010, última reforma publicada D.O.F. 26-VI-2018

Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.
D.O.F. 23-IV-2019, última reforma publicada D.O.F. 10-III-2020

Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico
D.O.F. 07-I-2019, última reforma publicada 06-XII-2019

Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, relativa a las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en humanos. Edición 17-X-2008

Estándares para implementar el modelo en Hospitales edición 2018.
Vigentes a partir del 01-VIII-2015, Autoevaluación 01-I-2016

Norma para el Sistema de Evaluación del Desempeño de los Servidores Públicos de nivel operativo.
D.O.F. 31-VII-2004

Normas Generales para el registro, afectación, disposición final y baja de bienes muebles de la Administración Pública Federal Centralizada.
D.O.F. 30-XII-2004

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023.
D.O.F. 28-XI-2022

1. PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR Y COORDINAR LAS ACCIONES DE CERTIFICACIÓN DEL INSTITUTO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Coordinar y dar seguimiento a las actividades necesarias para implementar en el Instituto acordes al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, a fin de fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejora continua.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente quien coordina y da seguimiento a las actividades para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM; a la Dirección General quien es responsable de solicitar a través de los documentos oficiales, la certificación ante del Consejo de Salubridad General y a todas las áreas del Instituto involucradas en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente..

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente será responsable de:

Planeación

- Revisar la versión vigente de los Estándares para implementar Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM a fin de determinar las actividades necesarias para su implementación en el Instituto.
- Identificar y prever los tiempos que establece el Consejo de Salubridad General (CSG), para realizar las gestiones del proceso de certificación del Instituto.
- Analizar procesos documentados y verificar que se elaboren en apego con los Estándares para implementar Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM
- Conformar y programar reuniones con grupos multidisciplinarios del Instituto para el Modelo de Seguridad del Paciente.

Despliegue

- Emitir recomendaciones a las áreas del Instituto para que la información generada cumpla con los elementos de estándares del Consejo de Salubridad General (CSG).
- Coordinar y dar seguimiento a las actividades y trabajos para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente en el Instituto requeridos para la certificación.
- Asesorar a las áreas involucradas para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente, para poder integrar de manera homogénea la información, procesos, planes, programas y demás requerimientos establecidos en el Modelo.
- Coordinar los grupos de trabajo para llevar a cabo la planeación estratégica e implementar el Modelo de Seguridad del Paciente.
- Coordinar y realizar reuniones con los grupos de trabajos multidisciplinarios e indicar las acciones a seguir para el despliegue del Modelo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

Evaluación integral de riesgos y problemas

- Revisar y diseñar la matriz institucional de priorización de riesgos y problemas de procesos de evaluación anteriores.
- Realizar propuestas de evaluaciones aleatorias en las áreas del Instituto y acordar con las áreas involucradas el proceso de evaluación.
- Realiza evaluación aleatoria, emitir informe de hallazgos a las áreas evaluadas y notifica a los titulares de las áreas involucradas.
- Registrar en matriz las situaciones de riesgos y problemas institucionales identificadas en la evolución.
- Evaluar y priorizar mediante el análisis de matriz de riesgos y problemas para definir las acciones de mejora a implementar.

Seguimiento y Rediseño

- Programar reuniones de seguimiento con las Áreas del Instituto involucradas en el Modelo de Seguridad del Paciente
- Elaborar minutas de trabajo derivadas de las reuniones con las áreas involucradas en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.
- Dar seguimiento a los acuerdos tomados con las áreas involucradas en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente, a fin de que se genere la información necesaria para cumplir con los estándares.
- Recibir informe de avances y documentación sobre las acciones realizadas, por las áreas del Instituto, revisar evidencias y determinar avances.
- Coordina la revisión y rediseño de procesos con las áreas involucradas para su actualización.
- Requisitar la autoevaluación relacionada con el diseño y la implementación de procesos y sistemas dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General (CSG).
- Verificar que se cumplan con los requisitos indispensables para poder solicitar la certificación ante el Consejo de Salubridad General.
- Notificar y asesorar a la Dirección General para realizar la solicitud de certificación ante el Consejo de Salubridad General.
- Concentrar la información generada por las áreas del Instituto.
- Elaborar informes de avances en relación con la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.
- Presentar informes de avances a la Dirección General y áreas del Instituto, a fin de determinar acciones para culminar la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.
- Coordinar sesiones de capacitación relacionadas con la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente para todo el personal del Instituto.

Solicitud y registro de certificación

- Requisita la autoevaluación relacionada con el diseño y la implementación de procesos y sistemas dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad

General Asesorar a la Dirección General para realizar la solicitud de certificación ante el Consejo de Salubridad General.

Evaluación del Consejo de Salubridad General

- Coordinar logística para recibir a las personas evaluadoras del Consejo de Salubridad General, para que se verifique la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.
- Asistir a las reuniones que requieran las personas evaluadoras del Consejo de Salubridad General para orientar durante el proceso de certificación.
- Organizar sesión informativa sobre la conclusión del proceso de certificación.

Dictamen

- Recibir de la Dirección General el dictamen de implementación del Modelo de Seguridad del Paciente y difundir resultados a las áreas del Instituto.
- Coordinar la atención de recomendaciones emitidas en el dictamen por las personas evaluadoras del Consejo de Salubridad General.

Continuidad

- Continuar la mejora en el diseño y la implementación de sus procesos relacionados con el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.

3.2 La Dirección General será responsable de:

Seguimiento

- Supervisar que las Áreas correspondientes atiendan los requerimientos para dar atención a las acciones de la Certificación.
- Recibir y verificar informes de avances en relación con la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.

Solicitud y registro de Certificación

- Solicitar a través de los documentos oficiales que emite el Consejo de Salubridad General la certificación del Instituto.

Dictamen

- Recibir dictamen de implementación del Modelo de Seguridad del Paciente y difundir resultados a las áreas del Instituto.
- Notificar a las áreas el resultado de la evaluación del Consejo de Salubridad General.

3.3 La Dirección General a través de las áreas del Instituto será responsable de:

Seguimiento e implementación de Modelo de Seguridad del Paciente

- Acudir a las reuniones programadas por el Departamento de Gestión de Calidad, información en Salud y Seguridad del Paciente, para recibir información relacionada con la coordinación el Proceso de Certificación.
- Realizar propuestas y llegar acuerdos relacionados con la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

- Coordinar al personal encargado en su área e instruir las acciones a seguir para cumplir elementos del proceso de certificación.
- Recibir informe de hallazgos, revisar e instruir las acciones a realizar para cumplir con las propuestas relacionadas con el Proceso de Certificación.
- Notificar reporte de avance de las acciones realizadas en el ámbito de su competencia y envía información para su validación al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.
- Informar que, todas las unidades administrativas del Instituto participan en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**1**	Revisa los estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General e identifica las acciones necesarias para su cumplimiento.	
	2	Revisa procesos documentados que deben ser conforme a lo establecido al Modelo de Seguridad del Paciente. Procede:	
	3	No. Emite recomendaciones para que la información cumpla con los elementos de estándares del Consejo de Salubridad General. Regresa actividad 2	
	4	Si. Cumple con los elementos de estándares del Consejo de Salubridad General, coordina reuniones informativas con la Dirección General y las Áreas del Instituto.	
	5	Organiza y coordina los grupos de trabajo para llevar a cabo la planeación estratégica e implementar el Modelo de Seguridad del Paciente.	
	6	Propone evaluaciones aleatorias en las áreas del Instituto y acuerda el proceso a realizar para ello.	Informe
	7	Coordina evaluación aleatoria, emite informe de hallazgos a las áreas evaluadas y notifica a los titulares de las áreas involucradas.	
Dirección General (Unidades Administrativas)	**8**	Recibe informe de hallazgos, revisa e instruye las acciones a realizar en el ámbito de competencia para cumplir con las propuestas relacionadas con el Proceso de Certificación.	Informe
	9	Notifica reporte de avance de las acciones realizadas en el ámbito de su competencia y envía información para su validación.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**10**	Recibe informe de avances y documentación sobre las acciones realizadas, revisa evidencias y determina avances. Procede:	Informe
	11	No. Emite recomendaciones para cumplir con las acciones para implementar el Modelo de Seguridad. Regresa a la actividad 8.	
	12	Si. Concentra los informes de avances, elabora reporte y presenta en reunión con la Dirección	Informe

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

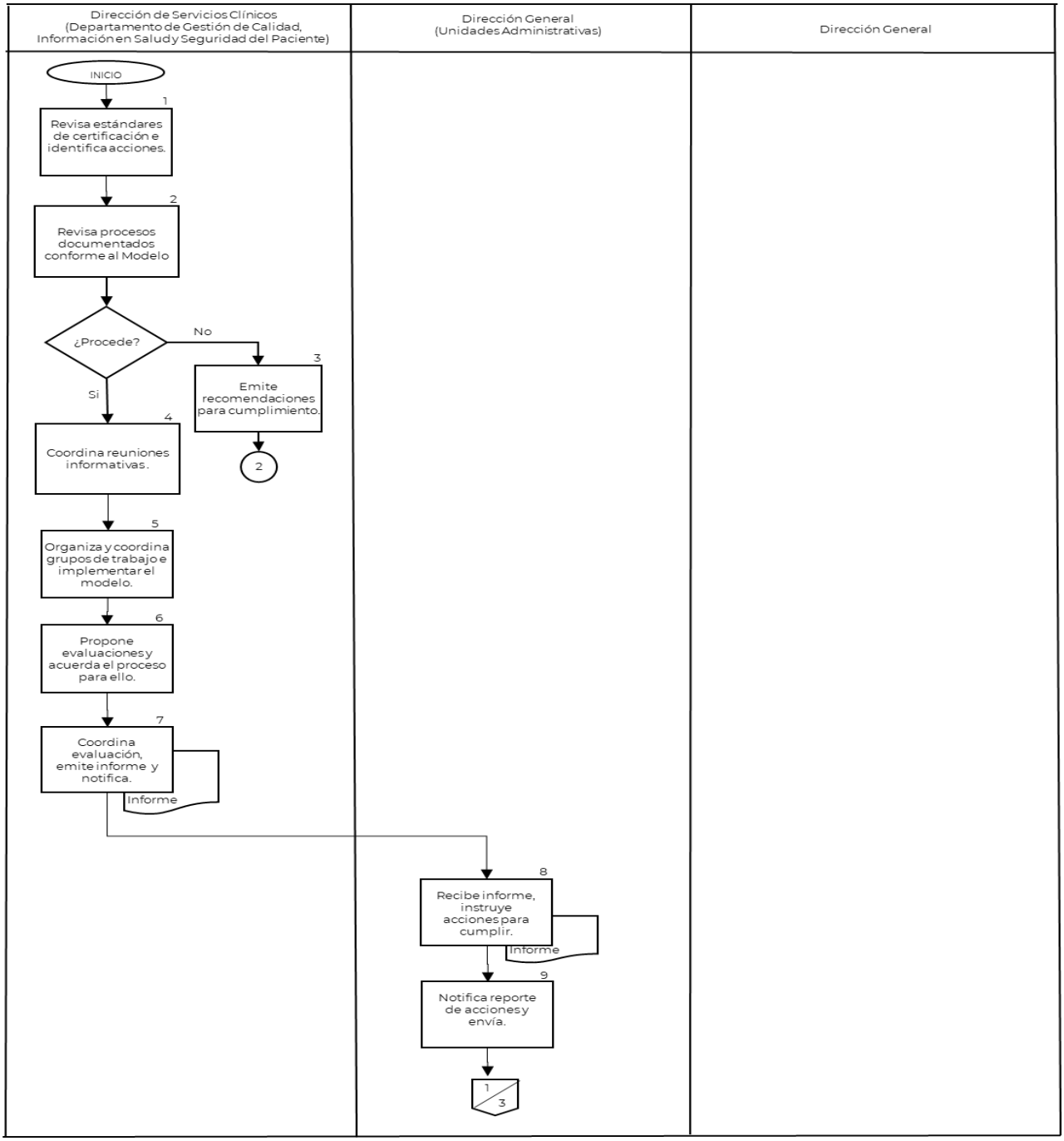
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		General y las Áreas del Instituto.	
	13	Coordina sesiones de capacitación relacionadas con la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente para todo el personal del Instituto.	
	14	Requisita la autoevaluación relacionada con el diseño y la implementación de procesos y sistemas críticos, conforme al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.	Autoevaluación
	15	Asesorar a la Dirección General para realizar la solicitud de certificación ante el Consejo de Salubridad General.	
Dirección General	**16**	Solicita mediante documentos oficiales del Consejo de Salubridad General la certificación del Instituto.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**17**	Coordina logística para recibir a las personas evaluadoras del Consejo de Salubridad General, para que se verifique la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.	
	18	Asiste a las reuniones que requieran las personas evaluadoras del Consejo de Salubridad General para orientar durante el proceso de certificación.	
	19	Organiza sesión informativa sobre la conclusión del proceso de certificación, en espera de los resultados.	
Dirección General	**20**	Recibe dictamen de implementación del Modelo de Seguridad del Paciente y notifica a las áreas del Instituto los resultados.	Dictamen
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**21**	Recibe dictamen de evaluación de implementación del Modelo de Seguridad del Paciente y verifica resultado. Procede:	Dictamen
	22	No. Coordina la atención de recomendaciones emitidas en el dictamen de las personas evaluadoras del Consejo de Salubridad General.	
	23	Si. Recibe certificado emitido por el Consejo de salubridad general que acredita la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente en el Instituto.	Certificado
Dirección General	**24**	Difunde la certificación que obtuvo el Instituto por parte del Consejo de Salubridad General.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en	**25**	Realiza seguimiento para la continuidad en la mejora de los procesos relacionados con el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

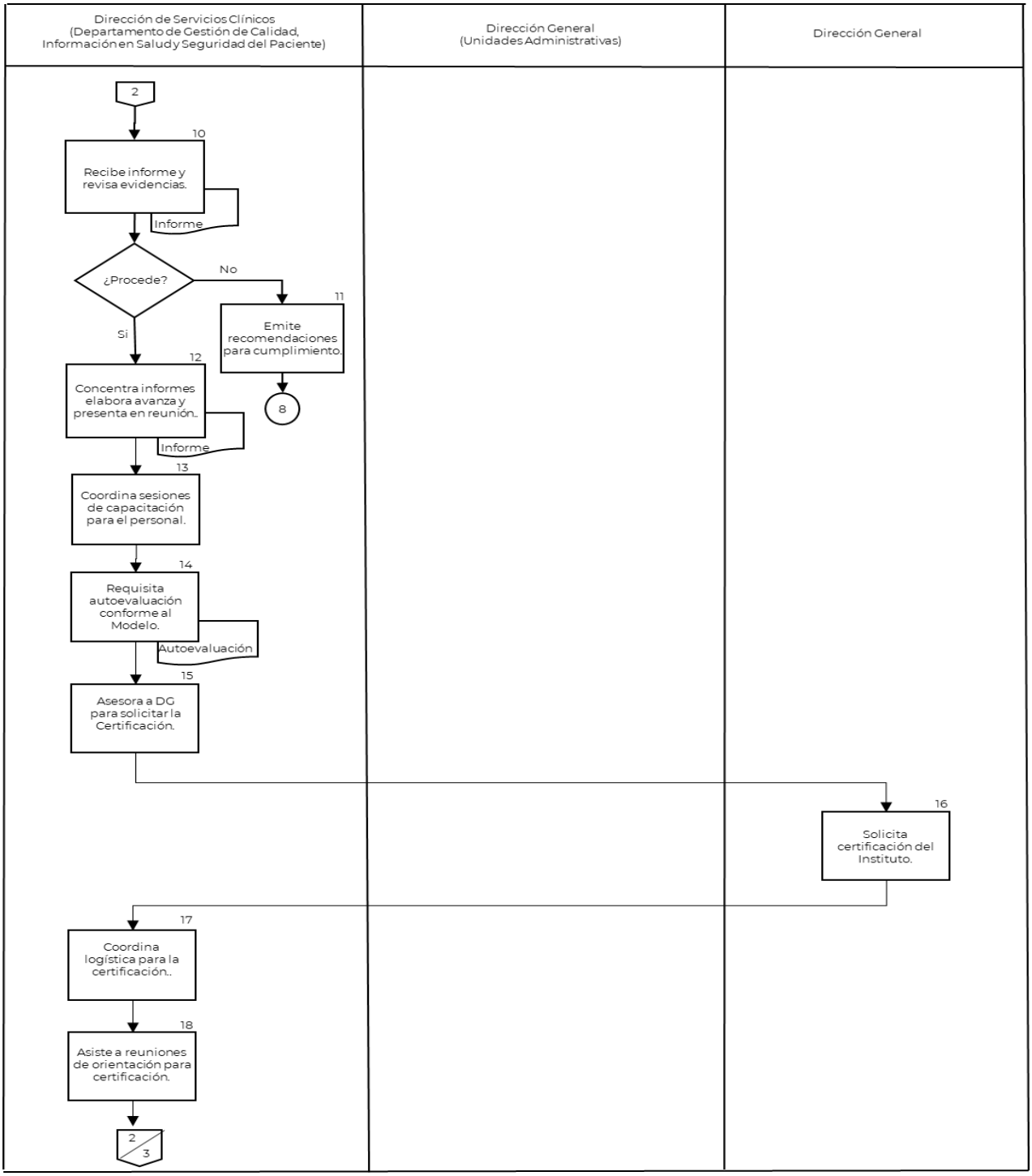
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Salud y Seguridad del Paciente)		**TERMINA PROCEDIMIENTO**	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

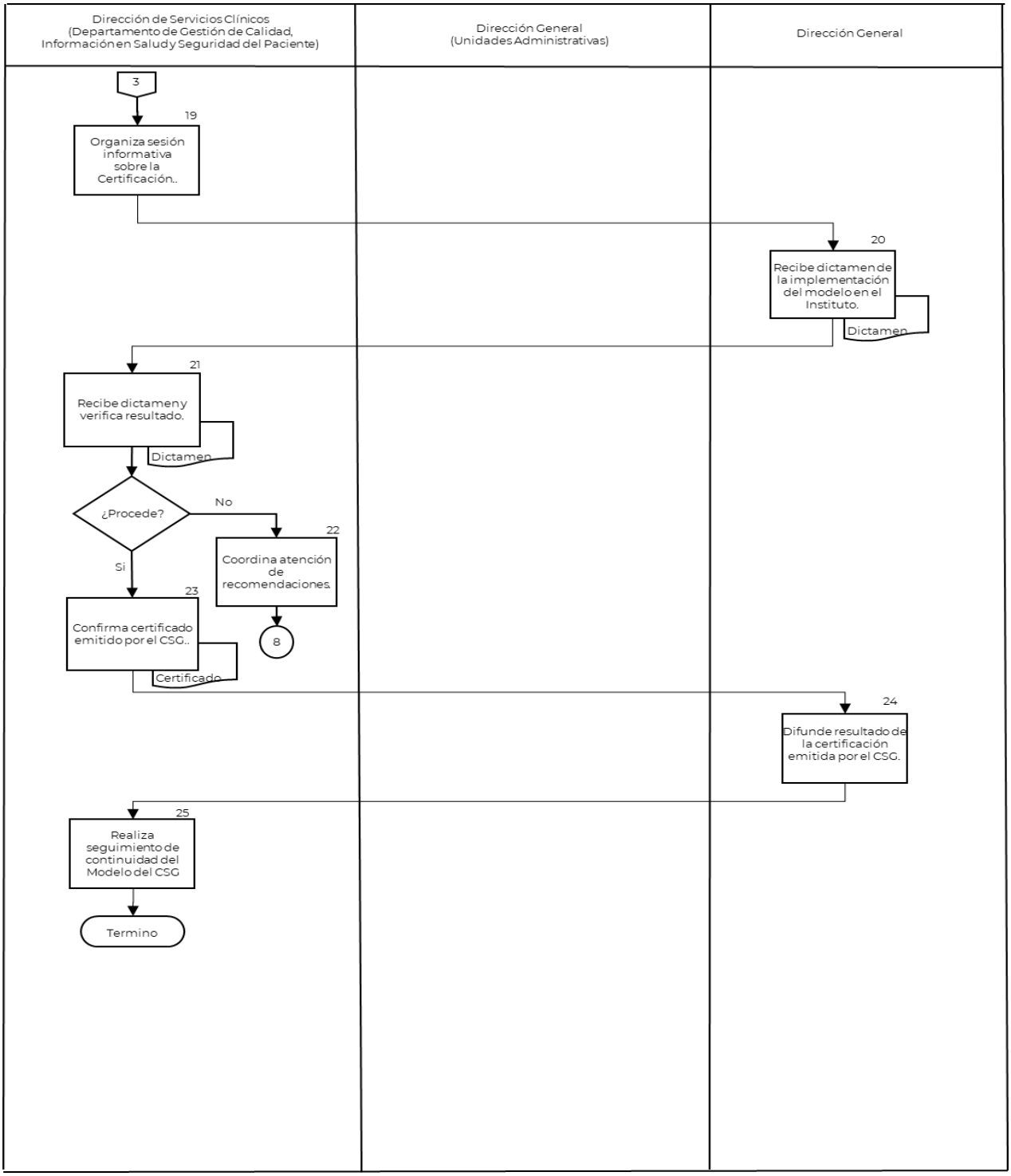
5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01
6.3 Estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM	N/A
6.4 Acciones Esenciales para la seguridad de paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Manuales de Procesos	2 años	Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	11C.22
7.2 Plan de Calidad y Seguridad del Paciente	2 años	Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	11C.22
7.3 Sistemas Críticos	2 años	Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	11C.22

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Calidad:** Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servidos que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de las personas usuarias.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

2. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR EL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LOS COMITÉS Y SUBCOMITÉS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Coordinar el funcionamiento interno de los Comités y Subcomités en apego a la Normatividad que los regula, a través del seguimiento y asesoría técnica, a fin de que se lleve a cabo su instalación y funcionamiento que contribuyan con acciones relacionadas con la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

2. ALCANCE

2.2 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, quien es responsable de coordinar el funcionamiento interno de los Comités y Subcomités en apego a la Normatividad que los regula; a la Dirección de Servicios Clínicos quien es responsable de analizar propuestas de mejoras de calidad contenidas en la memoria anual y toma decisiones en base a la información; y a los Comités y Subcomités que coordina el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, quienes son responsables de realizar la instalación del Comité o Subcomité, llevar a cabo sesiones de acuerdo con calendario, levanta minuta de acuerdo y dar seguimiento a los mismos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente será responsable de:

- Convocar la celebración de sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Solicitar y difundir el calendario de Sesiones de Comités y Subcomités que son coordinados desde el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Informar la instalación de Comités, Comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con la legislación o normatividad emitida para tal caso.
- Dar seguimiento al funcionamiento del Comité o Subcomité a través de la revisión de información generada en el periodo actual.
- Solicitar informe trimestral o semestral de seguimiento funcionamiento de Comités y carpeta de evidencia documental para revisión y validación.
- Emitir recomendaciones en materia de calidad a los Comités o Subcomités a fin de apoyar en al cumplimiento de sus funciones.
- Emitir recomendaciones para la mejora de la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad de las y los pacientes, al equipo directivo y personal de salud
- Asesorar y brindar apoyo técnico al Comité o Subcomité para la elaboración de los documentos que elaboren en el ámbito de su competencia.
- Analizar y formular recomendaciones sobre los principales procesos, promoviendo medidas correctivas para la mejora de la satisfacción de las personas usuarias y sus familias.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

- Difundir la memoria anual para conocimiento del personal y archivar el expediente del mismo.

3.2 La Dirección General a través de la Dirección de Servicios Clínicos será responsable de:

- Dirigir sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Coordinar los Comités y Subcomités de calidad existentes en el Instituto cuando la complejidad de éste lo aconseje, formulando recomendaciones para la mejora de la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad de las y los pacientes, al equipo directivo y personal de salud.
- Analizar propuestas de mejoras de calidad contenidas en la memoria anual y toma decisiones en base a la información.
- Validar la memoria anual e instruir su difusión la información relacionada con la mejora de calidad y seguridad del paciente.

3.3 La Dirección de Servicios Clínicos a través de los Comités y Subcomités será responsable de:

- Elaborar el calendario de sesiones del Comité o Subcomité y enviar al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.
- Realizar instalación del Comité o Subcomité, lleva a cabo sesiones de acuerdo con calendario, levanta minuta de acuerdo y dar seguimiento a los mismos.
- Realizar informe trimestral o semestral de seguimiento del funcionamiento y presenta evidencia documental.

Comités y/o Subcomités coordinados por COCASEP:

- Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales
- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Comité Hospitalario para Desastres
- Subcomité de Cuadro Básico de Medicamentos Institucional
- Subcomité de Expediente Clínico Integrado y de Calidad
- Subcomité de Atención Medica en Caso de Desastres
- Subcomité de Referencia y Contra Referencia
- Subcomité de atención y orientación al usuario
- Subcomité de Bioética Hospitalaria

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

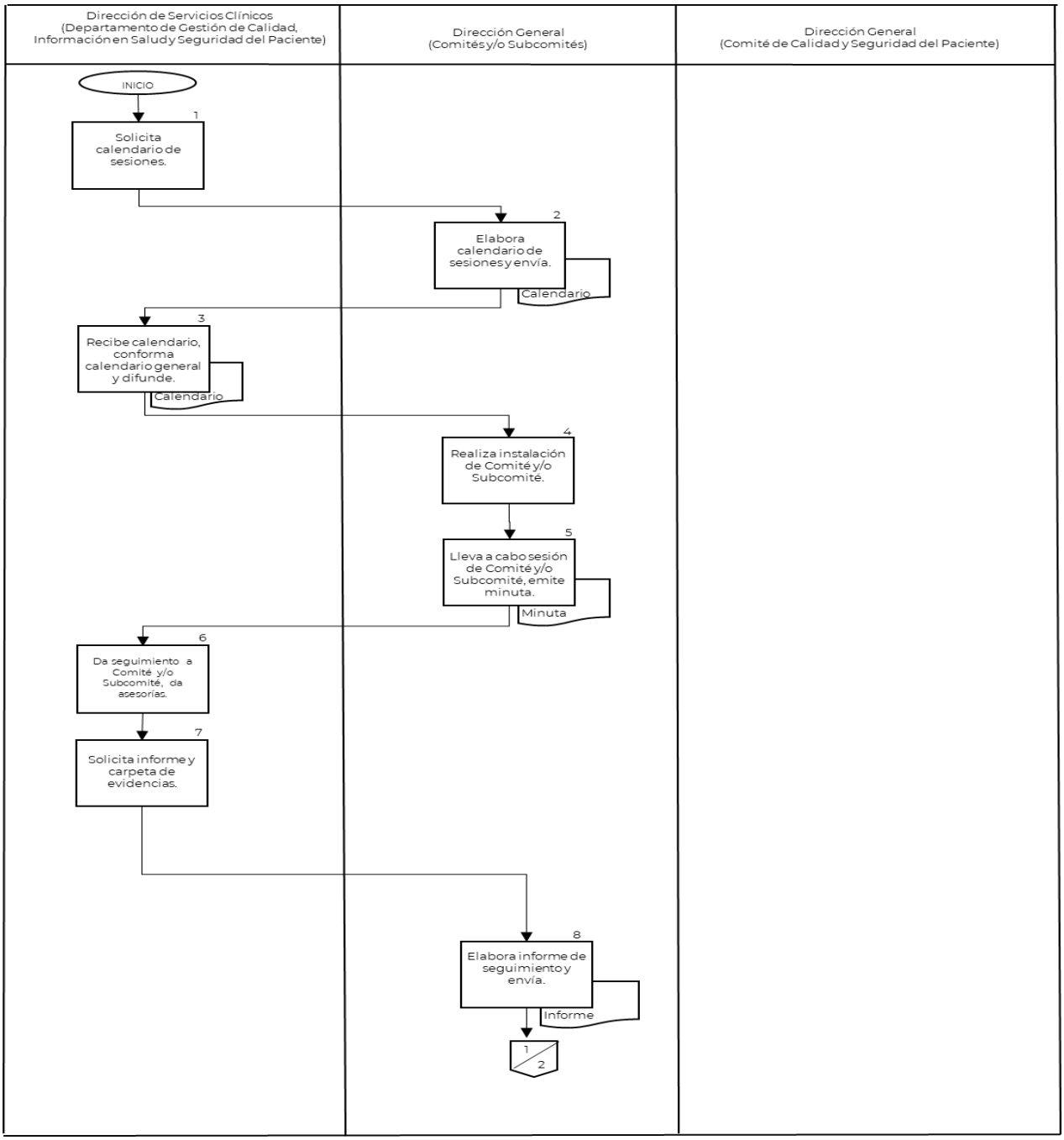
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**1**	Solicita calendario de sesiones a los titulares de Comités y Subcomités coordinados por COCASEP.	
Dirección de Servicios Clínicos (Comités y Subcomités)	**2**	Elabora calendario de sesiones del Comité o Subcomité que preside, y envía al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Calendario
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**3**	Recibe calendario de sesiones de los Comités y Subcomités del año respectivo, conforma calendario general y difunde.	Calendario
Dirección de Servicios Clínicos (Comités y Subcomités)	**4** **5**	Realiza instalación del Comité o Subcomité que preside. Lleva a cabo sesiones del Comité o Subcomité, de acuerdo con calendario, levanta minuta de acuerdos y dar seguimiento a los mismos.	Minuta
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**6** **7**	Da seguimiento al funcionamiento del Comité o Subcomité, a través de la asesoría otorgadas. Solicita a Comité o Subcomités, el informe trimestral o semestral de seguimiento, así como la carpeta de evidencia documental para revisión y validación.	
Dirección de Servicios Clínicos (Comités y Subcomités)	**8**	Elabora informe trimestral de seguimiento del Comité o Subcomité y entrega carpeta de evidencia documental para su revisión.	Informe
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**9** **10** **11** **12**	Recibe informe trimestral de seguimiento del Comité o Subcomité, revisa y valida con la carpeta evidencia documental presentada. Procede No. Emite recomendaciones al Comité o Subcomité para corregir y/o completar la información. Regresa a la actividad 8. Si. Concentra información entregada por el Comité o Subcomité. Elabora memoria anual con base la información	Informe Memoria anual

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

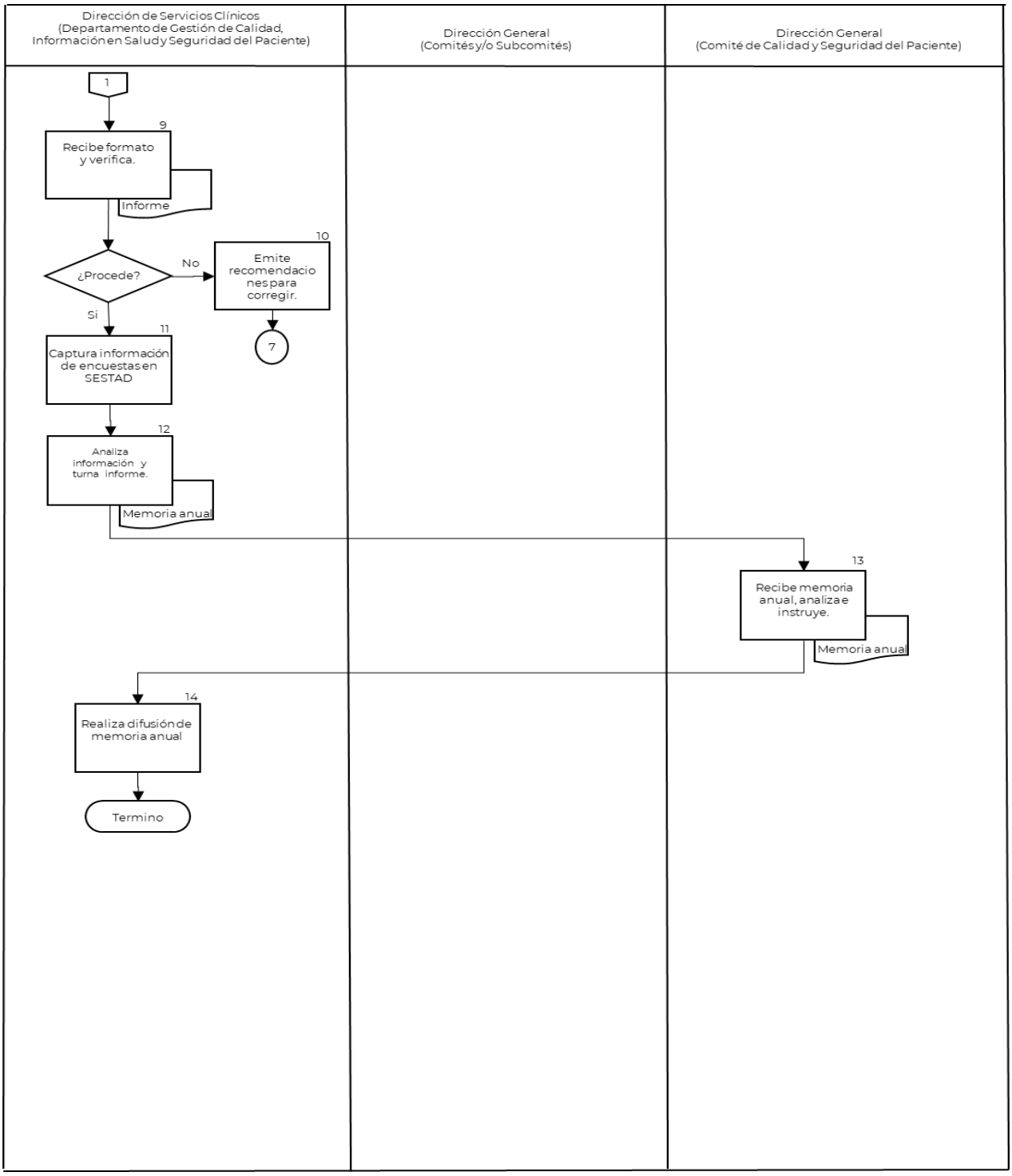
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		de los Comités y Subcomités y turna a la Dirección de Servicios Clínicos para toma de decisiones relacionada con la calidad y seguridad del paciente.	
Dirección General (Dirección de Servicios Clínicos)	**13**	Recibe memoria anual, analiza propuestas de mejoras de calidad y toma decisiones en base a la información, valida e instruye su difusión.	Memoria anual
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**14**	Realiza difusión de memoria anual para conocimiento del personal y archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01
6.3 Lineamientos Técnicos Operativos del COCASEP	N/A
6.4 Reglamento Interno del Comité de COCASEP	INP/DSC/RICCSP-01

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informes trimestrales	4 años	Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	11C.9

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Acciones de mejora:** Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.

8.2 **Calidad:** Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servidos que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de las personas usuarias.

8.3 **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)**: Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la Seguridad del Paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente..

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

3. PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD) EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS DEL INSTITUTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Realizar el monitoreo Institucional de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno, para conocer la calidad percibida por las personas usuarias de los servicios clínicos que se brindan en el Instituto a fin de identificar áreas de oportunidad y mejora.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente quien coordina la aplicación de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno, en los servicios clínicos; al Área de Apoyo a Calidad quien capacita al personal encuestador, coordina la aplicación de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno, registra información en SESTAD y emite el informe final de resultados; al personal encuestador quien aplica las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a las personas usuarias de los servicios clínicos.

2.2 A nivel externo aplica a las personas usuarias y/o pacientes que reciben atención en los diferentes servicios de la Dirección de Servicios Clínicos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente será responsable de:

- Coordinar la aplicación cuatrimestral, de la Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en los servicios clínicos que se otorgan a las y los pacientes.
- Verificar y determinar el tamaño muestral representativo para la Encuesta Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Distribuir de manera homogénea considerando el número de encuestas que correspondan en cada una de las áreas y turnos en la Consulta Externa, Hospitalización y Atención Psiquiátrica Continua.
- Difundir la invitación al personal adscrito en la Dirección de Servicios Clínicos para participar en el levantamiento de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en los servicios clínicos.
- Solicitar al Área de Apoyo a Calidad que se lleve a cabo la integración del personal encuestador al Comité de Atención y Orientación al Usuario
- Informar a las áreas adscritas en la Dirección de Servicios Clínicos sobre las áreas de oportunidad detectadas en los resultados obtenidos del análisis de la información de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Instruir al Área de Apoyo a Calidad para que difunda los resultados obtenidos de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

3.2 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Apoyo a Calidad) será responsable de:

- Integrar al personal encuestador al Comité de Atención y Orientación al Usuario.
- Capacitar al personal encuestador sobre el correcto requisitado y manejo de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Obtener dentro de los 5 días de cada mes, por medios electrónicos el formato oficial de la Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno para su entrega al personal encuestador.
- Recibir y verificar las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, entregadas por el personal encuestador, recabadas en los Servicios Clínicos.
- Verificar que el personal encuestador aplique criterios uniformes que garanticen la confiabilidad y utilización de la información que se recabe.
- Verificar la confidencialidad de la información obtenida en Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Capturar la información de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno realizadas, en el Sistema de Encuestas de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD) de acuerdo con la calendarización publicada en dicho sistema.
- Digitalizar y cargar las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en sistema, como esencia de la captura de la información.
- Elaborar cuatrimestralmente, el concentrado al final con la información de las encuestas mensuales que se realizaron.
- Analizar la información generada de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, para detectar oportunidades de mejora en los servicios clínicos.
- Emitir el informe final de los resultados de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y turnar al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, para validación y posterior difusión.

3.3 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Comité de Atención y Orientación al Usuario (Personal Encuestador) será responsable de:

- Comunicar al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente el interés de ser personal encuestador.
- Recibir el formato de Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno para aplicar en los turnos y servicios clínicos asignados.
- Orientar a los usuarios sobre el correcto requisitado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Entregar al Área de Apoyo a Calidad, debidamente revisadas y ordenadas, las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, requisitadas por las personas usuarias.
- Guardar la confidencialidad de la información obtenida en las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, así como tratar la misma con profesionalismo.

Personal Encuestador: Personal Operativo de la Dirección de Servicios Clínicos que participa en la aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

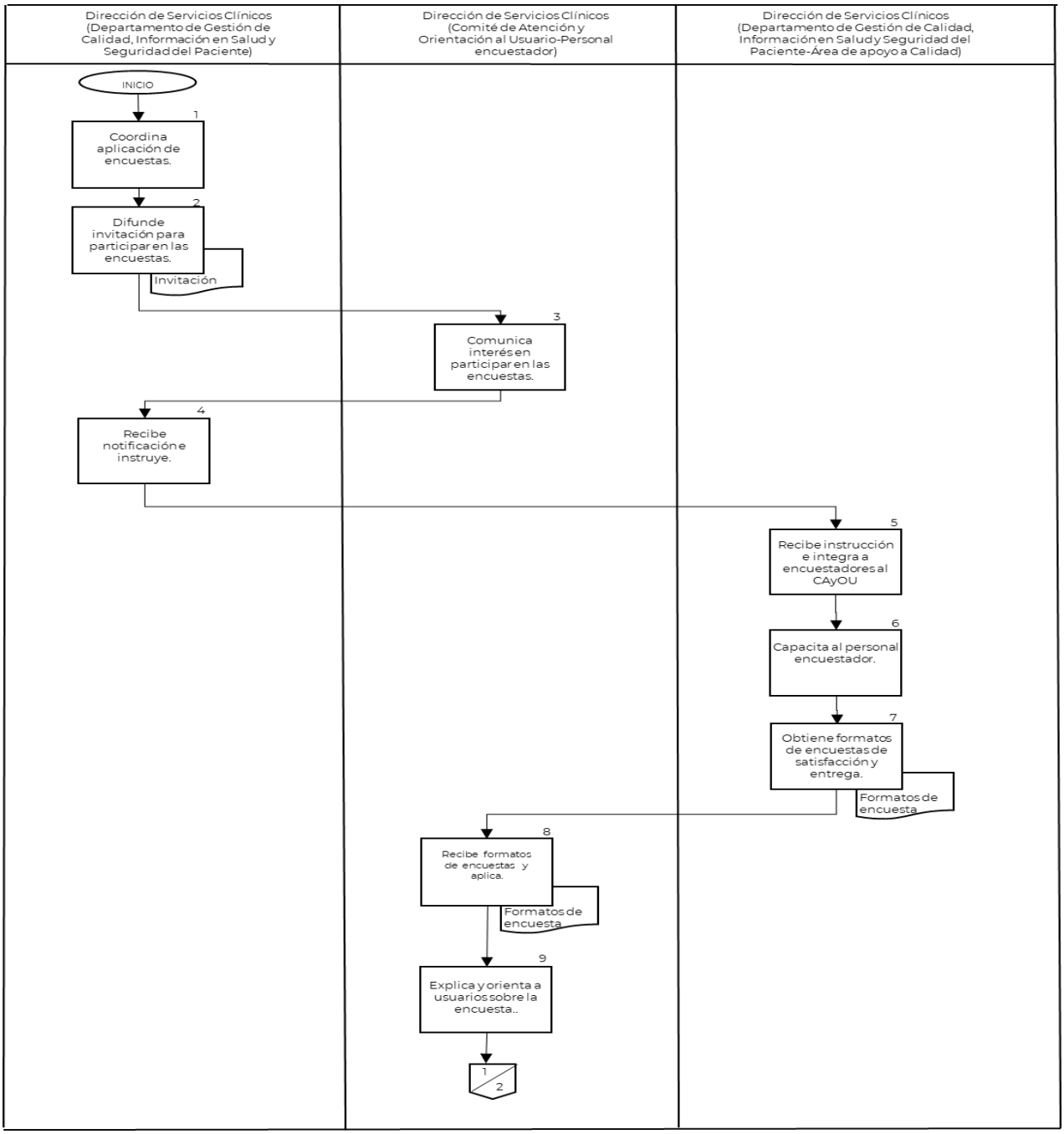
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**1** **2**	Coordina la aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en los servicios clínicos. Difunde invitación al personal de la Dirección de Servicios Clínicos interesado en participar en el levantamiento de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.	Invitación
Dirección de Servicios Clínicos (Personal encuestador)	**3**	Comunica mediante escrito de texto libre, el interés de participar en el levantamiento de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**4**	Recibe notificación del personal interesado en participar como encuestador e instruye al Área de Apoyo a Calidad para la integración al Comité de Atención y Orientación al Usuario (CAyOU) y se les otorgue capacitación.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Apoyo a Calidad	**5** **6** **7**	Recibe instrucción e integra al personal encuestador como parte del Comité de Atención y Orientación al Usuario. Capacita al personal encuestador sobre el correcto requisitado y el manejo de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno. Obtiene el formato oficial de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y lo entrega al personal encuestador.	Formato de encuesta
Dirección de Servicios Clínicos (CAyOU-Personal Encuestador)	**8** **9** **10**	Recibe formatos de Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, acude al servicio y turno asignado para aplicar las encuestas. Explica y orienta a las personas usuarias del servicio y turno asignado, sobre la encuesta que se aplica. Recaba las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, requisitadas por las personas usuarias debidamente ordenadas y entrega al Área de Apoyo a Calidad.	Formato de encuesta Formato de encuesta
Dirección de Servicios Clínicos	**11**	Recibe formato de Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y verifica que la información sea	Formato de encuesta

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

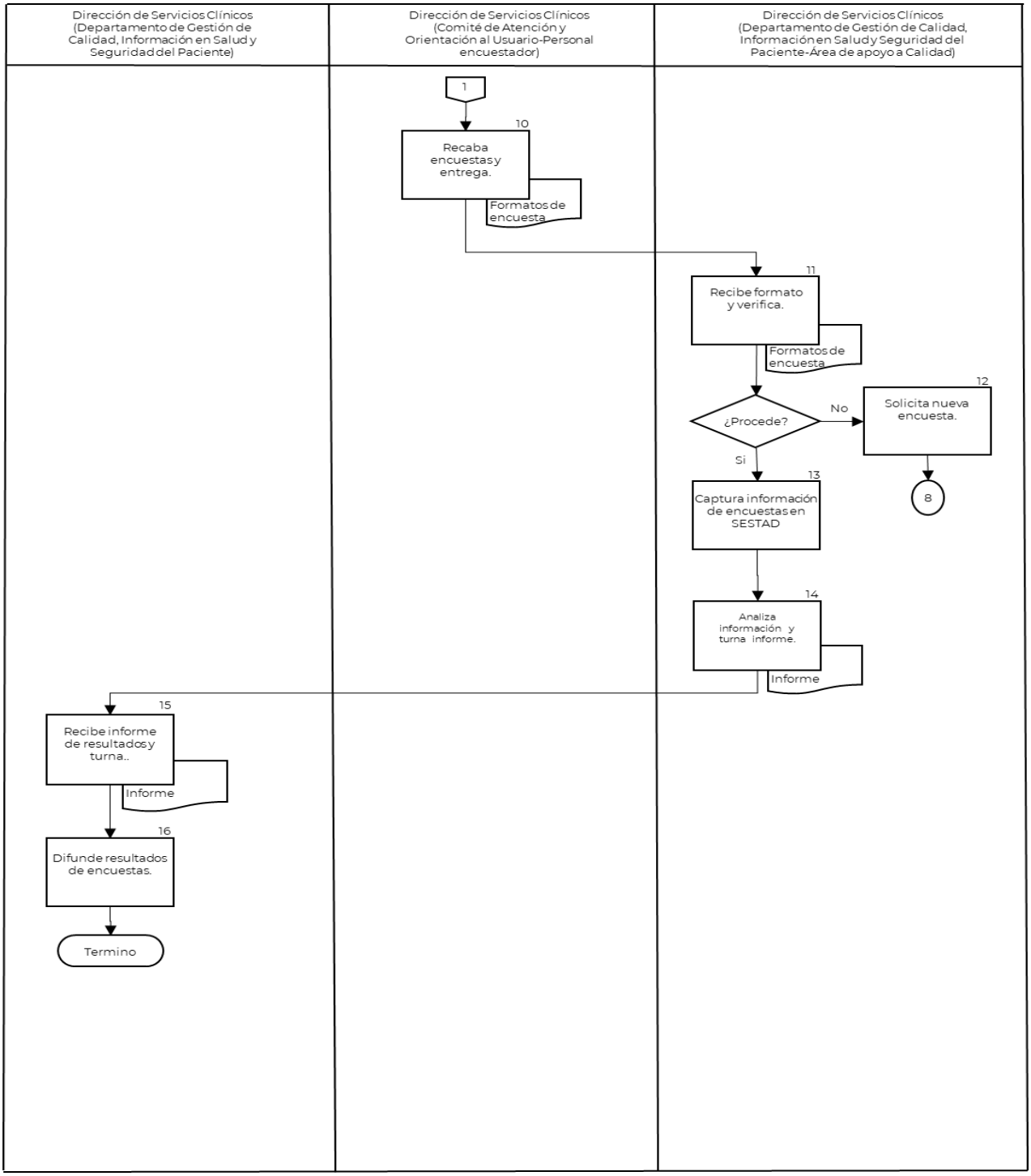
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
(Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Apoyo a Calidad		adecuada y este completa. Procede	
	12	No. Solicita se recaben nuevas Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. Regresa actividad 8.	
	13	Si. Captura en el SESTAD, la información de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno realizadas.	
	14	Analiza la información generada de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y turna informe final de resultados al Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.	Informe
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**15**	Recibe informe de resultados de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y turna a las diferentes áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos áreas de oportunidad detectadas.	Informe
	16	Difunde los resultados obtenidos de las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, en las áreas destinadas para difusión de información en la Dirección de Servicios Clínicos. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01
6.3 Lineamientos para el monitoreo institucional de la encuesta de trato adecuado y digno.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno	4 años	Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	11C.13

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención Oportuna:** Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.

8.2 **Calidad:** Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servidos que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de las personas usuarias.

8.3 **Comunicación**: Información suficiente a las y los pacientes y/o sus familiares respecto a cualquier acción que se realice en el proceso de atención médica.

8.4 **Satisfacción:** Conocer si los servicios brindados cumplen con las expectativas de las personas usuarias.

8.5 **SESTAD:** Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno.

8.6 **Trato Digno:** Implica que las personas usuarias sean atendidas con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato FI/IICE-E para encuesta en Consulta Externa
Instructivo de llenado. - Formato FI/IICE-E para encuesta en Consulta Externa

10.2 Formato FI/IIURG-E para encuesta en Urgencias
Instructivo de llenado. - Formato FI/IIURG-E para encuesta en Urgencias

10.3 Formato FI/IIHOSP-E para encuesta en Hospitalización
Instructivo de llenado. - Formato FI/IIHOSP-E para encuesta en Hospitalización

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para el seguimiento y atención de las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión (peticiones), derivados de la atención otorgada en los servicios clínicos, para conocer las necesidades y expectativas de las personas usuarias y poder consolidar la mejora en calidad en atención.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente quien consolida los canales de comunicación adecuados entre el personal que brinda atención en la Dirección de Servicios Clínicos y las personas usuarias que solicitan atención médica, con el propósito de fortalecer la calidad; al Área de Apoyo a Calidad quien atiende y orienta a las personas usuarias y/o pacientes para presentar quejas, sugerencias y felicitaciones relacionados con los servicios prestados en el Instituto y a las Áreas Adscritas en la Dirección de Servicios Clínicos, quienes atienden las solicitudes turnadas por quejas, sugerencias y felicitaciones.

2.2 A nivel externo a las personas usuarias y/o pacientes de la Dirección de Servicios Clínicos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente será responsable de:

- Comunicar a las personas usuarias, pacientes y personal que los medios para atender y dar seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones derivados de la atención médica son:
  - Atención presencial y personalizada.
  - Buzón (instalados en distintas áreas de la Dirección de Servicios Clínicos e Imágenes Cerebrales)
  - Plataforma institucional (Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud Plataforma Institucional.)
  - Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Consolidar los canales de comunicación entre el personal que brinda atención en la Dirección de Servicios Clínicos y las personas usuarias que solicitan atención médica, con el propósito de fortalecer la calidad.
- Unificar los criterios para la gestión y seguimiento de las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica.
- Supervisar el seguimiento de las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica hasta su conclusión y notificación del seguimiento a las personas usuarias.

- Integrar con las áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos las acciones para la resolución de quejas, sugerencias, felicitaciones y resolución de conflictos derivados de la atención médica.
- Comunicar los resultados obtenidos del Sistema Unificado de Gestión a la Dirección de Servicios Clínicos y sus Áreas Adscritas.
- Revisar y validar el informe final presentado por el Área de Apoyo a Calidad.

3.2 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Apoyo a Calidad) será responsable de:

- Verificar que los buzones permanezcan cerrados, ya sea con candado o chapa.
- Realizar la apertura periódica de los buzones que contienen quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica.
- Orientar y otorgar atención personalizada a las personas usuarias y/o pacientes para presentar quejas, sugerencias y felicitaciones sobre los servicios clínicos otorgados en el Instituto.
- Recomendar a las personas usuarias y/o pacientes que presenten quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica, sea mediante el Formato Unificado de Solicitud de Atención, y proporcionen el mayor número de elementos para investigar de manera integral dichas solicitudes.
- Clasificar las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica, para su identificación en el Sistema Unificado de Gestión.
- Registrar en bitácora las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica, recibidas vía buzones y correo electrónico para su control y seguimiento hasta la notificación a las personas usuarias.
- Registrar en Sistema Unificado de Gestión, las quejas, sugerencias y felicitaciones recibidas en formato físicos y electrónicos. (correo o plataforma)
- Conocer que todas las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica son procedentes, con excepción de las que contengan lenguaje soez, vulgar, prosaico, o solicitud de atención que exhibe predilecciones a favor de personajes o instituciones político-partidistas, o solicitud de atención ilegible o cuyo contenido no corresponde a un servicio propio del establecimiento de salud.
- Verificar que el Formato Unificado de Solicitud de Atención al menos se incluyan los siguientes rubros:
  - Nombre(s) completo(s), apellidos paterno y materno.
  - Género
  - Tipo de seguridad social al cual es beneficiario.
  - Domicilio en el que desea se reciba la notificación de resolución de quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión (peticiones), o en su caso, correo electrónico y/o número telefónico.
  - Descripción de la solicitud de atención.
  - Firma o huella de las personas usuarias para dar seguimiento y contestación de la quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión (peticiones)

- Registrar las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica recibidas sin datos de identificación y clasificarlas en el rubro de anónimas.
- Integrar carpeta de registro que contenga la información derivada del sistema unificado de gestión, dicha carpeta deberá contener al menos lo siguiente:
  - Documentos que avalen la designación de cada uno de las y los integrantes que deberán estar presentes durante la apertura del buzón.
  - Calendario de aperturas de buzón, debidamente requisitado
  - Minutas de aperturas de buzón
  - Bitácora de Seguimiento de Solicitudes de Atención
  - Seguimiento, resolución y notificación de las solicitudes.
- Notificar vía memorándum a las diferentes áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos que están involucradas en una solicitud de atención para su seguimiento y atención.
- Recibir resolución de la problemática de las áreas involucradas con las quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica.
- Analizar los datos aportados por el SUG para proponer acciones preventivas y/o correctivas para la mejora de áreas y procesos, que permitan fortalecer los ciclos de mejora continua.
- Emitir informes relacionados con datos del SUG y turnar al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente para su validación.

3.3 La Dirección de Servicios Clínicos a través de las Áreas Adscritas serán responsables de:

- Recibir las solicitudes de atención (quejas, sugerencias y felicitaciones) para dar seguimiento y atención.
- Turnar memorándum con respuesta a la problemática externada por las personas usuarias.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

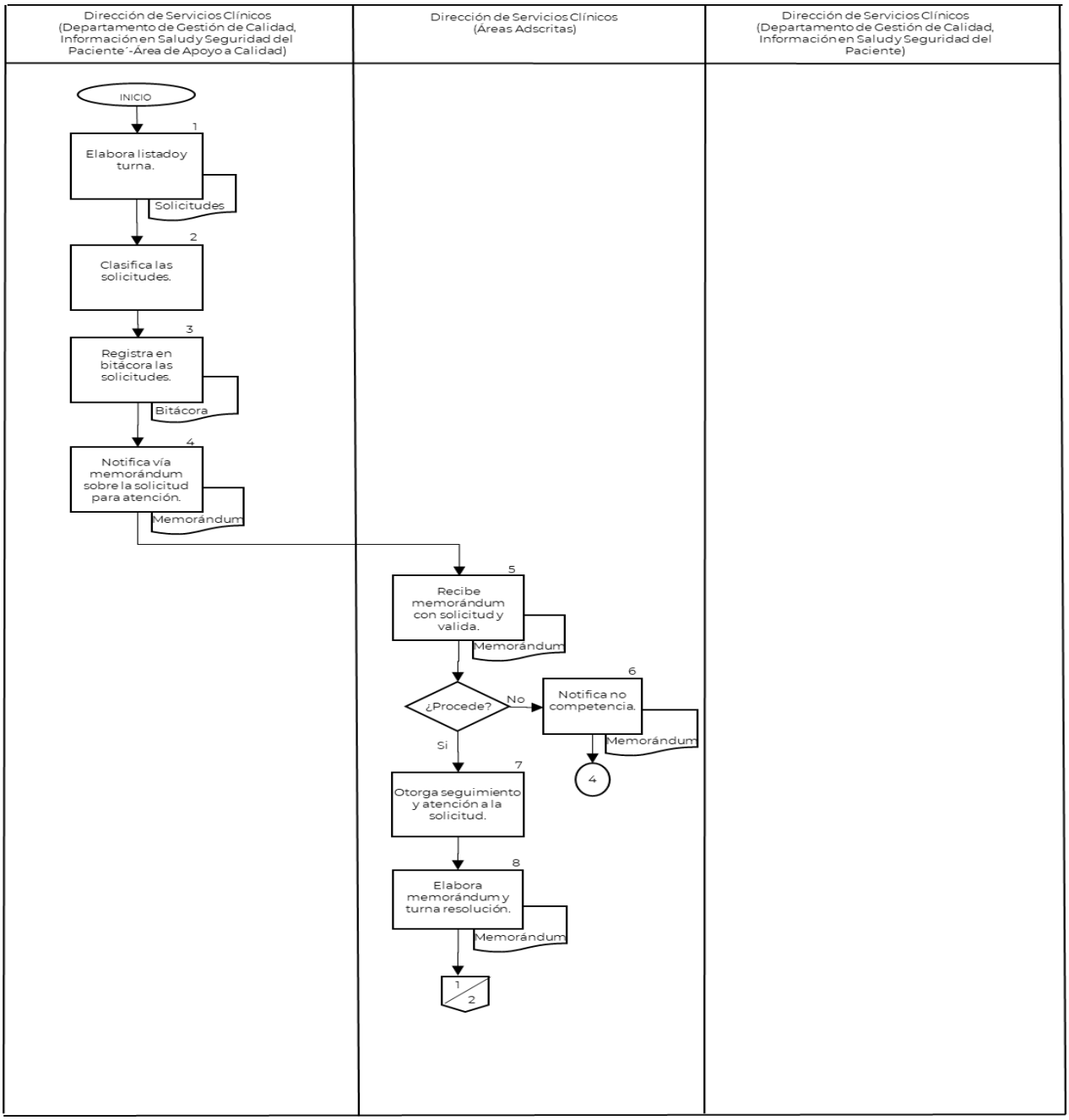
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Apoyo a Calidad)	**1**	Recibe solicitudes de atención quejas, sugerencias, y felicitaciones derivadas de la atención medica por las vías establecidas.	Solicitudes
	2	Clasifica las solicitudes de atención por quejas, sugerencias y felicitaciones.	
	3	Registra en Bitácora de quejas, sugerencias y felicitaciones derivadas de la atención médica	Bitácora
	4	Notifica vía memorándum a las Áreas Adscritas involucradas en una solicitud de atención de queja, sugerencia y felicitación para seguimiento y atención.	Memorándum
Dirección de Servicios Clínicos (Áreas adscritas)	**5**	Recibe vía memorándum, la solicitud de atención de quejas, sugerencias y/o felicitaciones derivadas de la atención médica para y valida. Procede:	Memorándum
	6	No. Notifica que la queja, sugerencia y/o felicitaciones no compete al área. Regresa actividad 4	Memorándum
	7	Si. Otorga seguimiento y atención a la dicha solicitud.	
	8	Elabora memorándum y turna resolución de la atención a la solicitud vía memorándum sobre la problemática externada por el usuario.	Memorándum
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Apoyo a Calidad)	**9**	Recibe memorándum con resolución de solicitud de atención externada por el usuario y valida. Procede:	Memorándum
	10	No. Realiza recomendaciones y regresa para completar memorándum con atención de queja, sugerencia y/o felicitación. Regresa actividad 8	
	11	Si. Notifica al usuario sobre la resolución de su solicitud de atención.	
	12	Integra carpeta de registro que contenga la información derivada del sistema unificado de gestión.	Carpeta
	13	Analiza los datos aportados por el sistema unificado de gestión.	
	14	Elabora informe relacionado con datos del Sistema Unificado de Gestión y entrega al Departamento de	Informe

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

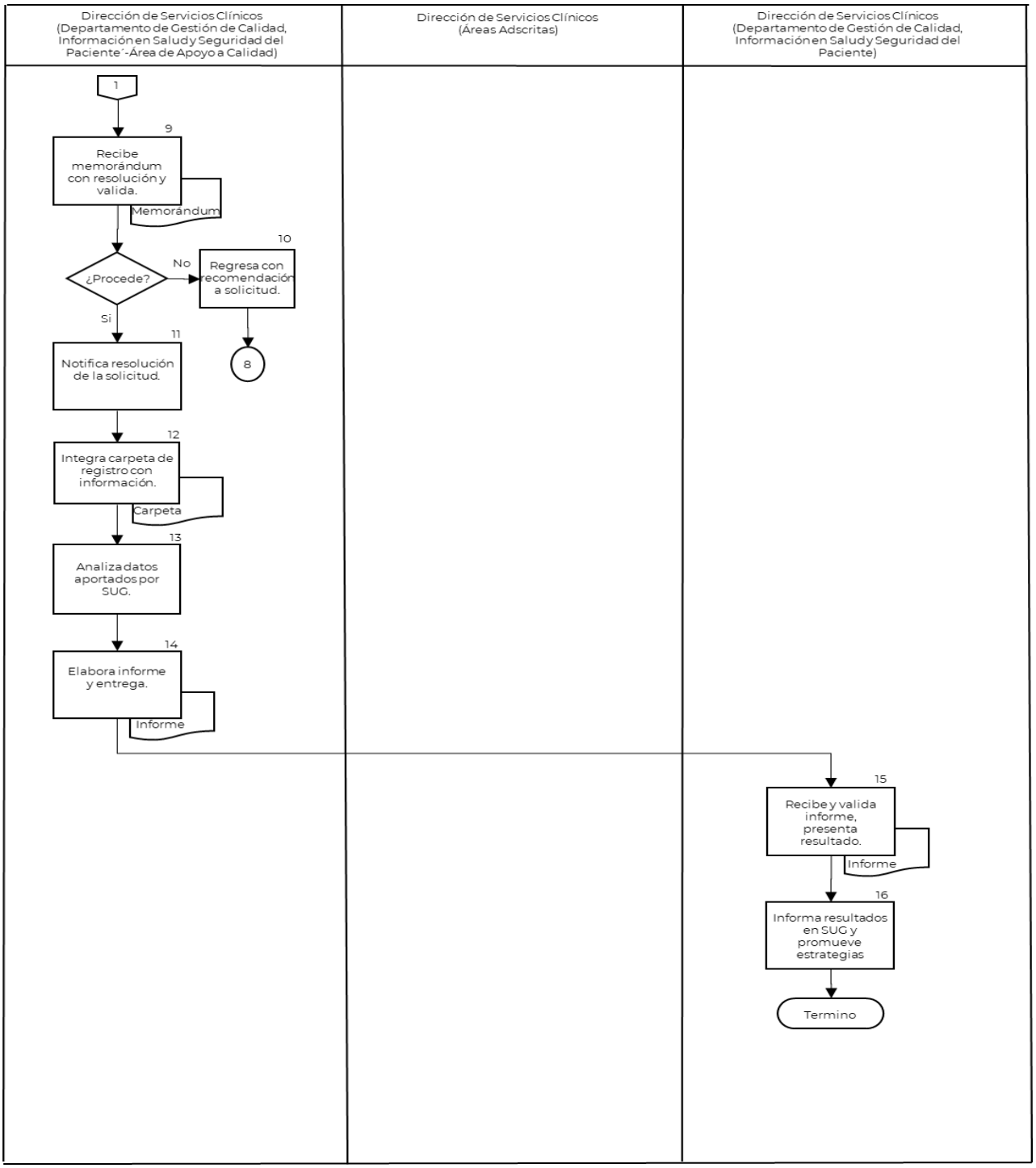
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente para su validación.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**15** **16**	Recibe y valida informe, presenta resultados del sistema unificado de gestión ante el COCASEP para promover estrategias y acciones de mejora continua en los servicios clínicos. Informa resultados del sistema unificado de gestión ante el COCASEP y promover estrategias y acciones de mejora continua en el establecimiento de atención médica. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Informe

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA)	2 años	Departamento de Gestión de calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	11C.21

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Calidad:** Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servidos que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios.

8.2 **Sistema Unificado de Gestión (SUG):** Es el Sistema mediante el cual se da atención a las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión (peticiones) de los usuarios de los servicios de salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. PROCEDIMIENTO PARA LA SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Analizar y sistematizar información de manera periódica relacionada con recursos existentes y servicios prestados en la Dirección de Servicios Clínicos, para coadyuvar en la identificación de prioridades institucionales y así dar cumplimiento a los requerimientos periódicos de información de distintas áreas del Instituto.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a las Áreas Adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos quienes emiten y envían la información necesaria para la elaboración de informes e indicadores derivados de sus actividades; al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, quien solicita, recibe y analiza la información para atender requerimientos internos y externos; a la Dirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Consulta Externa y/o Subdirección de Hospitalización, quienes validan el envío de los cualitativo y cuantitativo para atender las solicitudes de información, al Área de Información en Salud quien procesa las bases de datos para generar los reportes solicitados.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos será responsable de:

- Instruir al Departamento Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, que coordine y recabe la información con las áreas adscritas en la Dirección de Servicios Clínicos, que se requerida por instancias internas y externas, para su atención en tiempo y forma.

3.2 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente será responsable de:

- Solicitar a las áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos los informes de actividades mensual, trimestral, semestral y anual, el cual, deberá contener la datos cualitativos y cuantitativos del periodo solicitado, y entregar a la brevedad para su revisión y validación.
- Instruye al Área de Información en Salud para que concentre y procese la información que entreguen las áreas adscritas, de acuerdo con lo requerido.
- Recibir y validar Informes finales cualitativos y cuantitativos elaborados por el Área de Información en Salud

3.3 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Información en Salud) será responsable de:

- Recibir los informes de actividades de las áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos.
- Concentrar, analizar y conciliar la información proporcionada por las áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos.
- Solicitar a las áreas adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos, información adicional y/o complementaria en los casos que se considere necesaria.
- Analizar la información recibida por las áreas de la Dirección de Servicios Clínicos y elaborar el informe cualitativo y cuantitativo correspondiente a los avances, logros y resultados de los programas clínicos.
- Recibir validación de los informes cualitativos y cuantitativos de la Dirección de Servicios Clínicos y/o de la Subdirección de Hospitalización y/o Subdirección de Consulta Externa.
- Enviar informes cualitativo y cuantitativo validado para atender los diferentes requerimientos institucionales.
- Concentrar y resguardar la información de las bases de datos, elaborada para los reportes que se emiten en la Dirección de Servicios Clínicos.

3.4 La Dirección de Servicios Clínicos a través de las áreas adscritas será responsables de:

- Categorizar y sistematizar información que respalda la atención brindada a la o el paciente y la gestión de recursos de las áreas correspondientes.
- Elaborar y enviar el informe del periodo solicitado al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente. con fecha de entrega máximo durante los primeros 2 días del mes siguiente.
- Conciliar en caso de presentar inconsistencias en la información enviada al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.
- Complementar información adicional en caso de que sea solicitada por el Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.
- Identificar las medidas clave (indicadores) necesarios para controlar las áreas de gestión y clínicas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

3.5 La Dirección de Servicios Clínicos a través de la Subdirección de Consulta Externa y Subdirección de Hospitalización serán responsables de:

- Recibir Informes cualitativos y cuantitativos elaborados por el Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente para su validación.
- Revisar los informes cualitativos y cuantitativos para su validación y/o solicitar conciliación de información para complementarla.

Áreas adscritas: Son todas las áreas clínicas, administrativas, así como Comités y Subcomités, que se encuentran adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

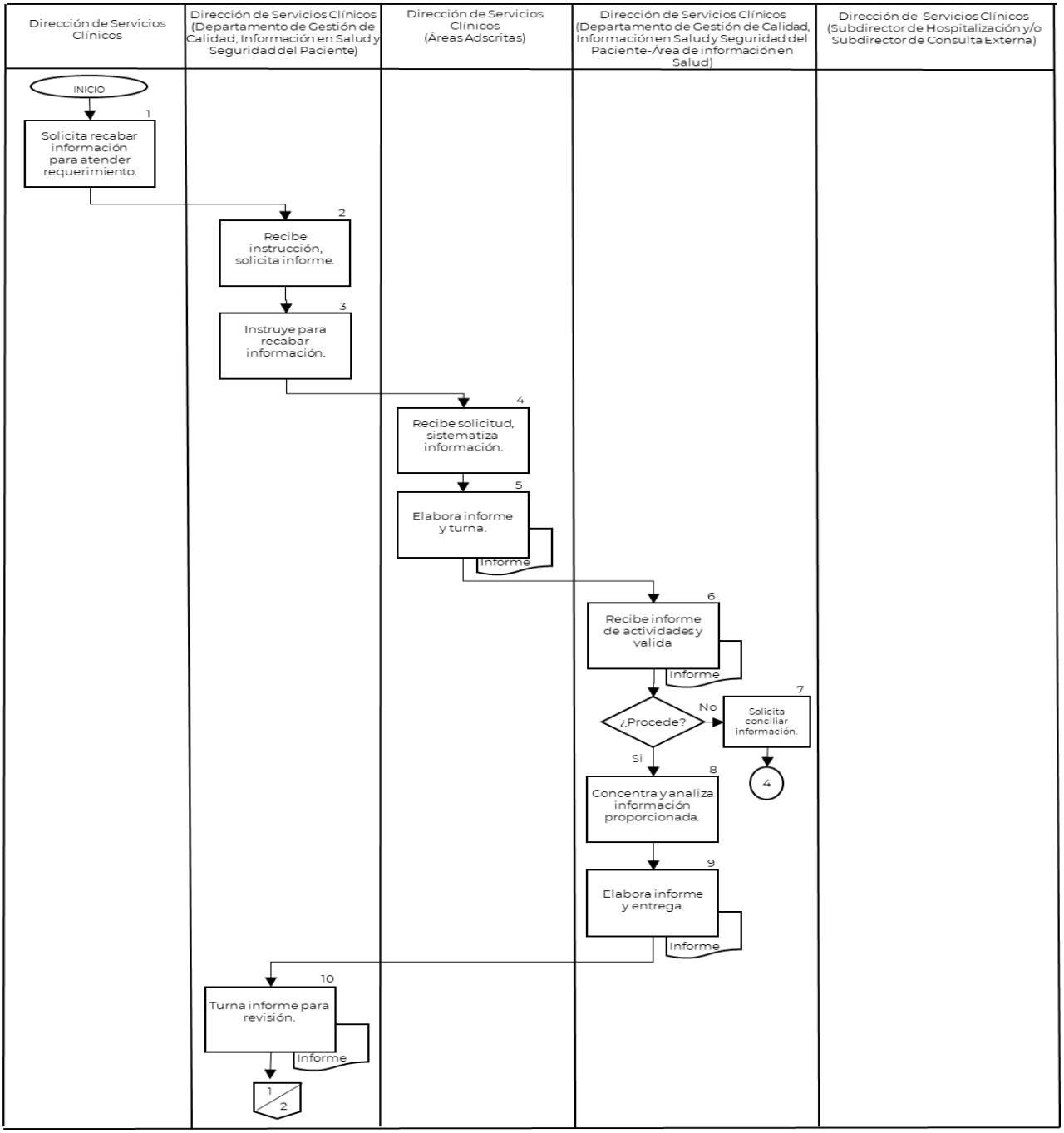
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos	**1**	Solicita al Departamento Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, recabar información para atender los reportes requeridos por instancias internas y externas.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**2** **3**	Recibe instrucción y solicita mediante memorándum y/o correo electrónico a las áreas adscritas enviar el informe de acuerdo con la temporalidad que corresponda. Instruye al Área de Información en Salud para que recabe la información de las áreas adscritas y procese la información.	
Dirección de Servicios Clínicos (Áreas Adscritas)	**4** **5**	Recibe solicitud de información, categoriza y sistematiza información que respalda la atención brindada al paciente. Elabora informe de acuerdo con la temporalidad solicitada y turna.	 Informe
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Información en Salud)	**6** **7** **8** **9**	Recibe informe de actividades de las áreas y valida. Procede: No. Solicita conciliar información y en su caso complementar. Regresa actividad 4 Si. Concentra y analiza información proporcionada por las áreas adscritas en la DSC. Elabora informe cualitativo y cuantitativo de avances, logros y resultados y entrega al Titular de la Jefatura de Departamento.	Informe Informe
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**10**	Turna informe cualitativo y cuantitativo a la Dirección de Servicios Clínicos y/o de la Subdirección de Hospitalización y/o Subdirección de Consulta Externa para revisión y retroalimentación.	Informe
Dirección de Servicios Clínicos (Subdirección de Hospitalización y/o Subdirección de Consulta Externa)	**11** **12**	Recibe Informes cualitativos y cuantitativos elaborados por el Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente. Revisa los informes cualitativos y cuantitativos, valida.	Informe

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

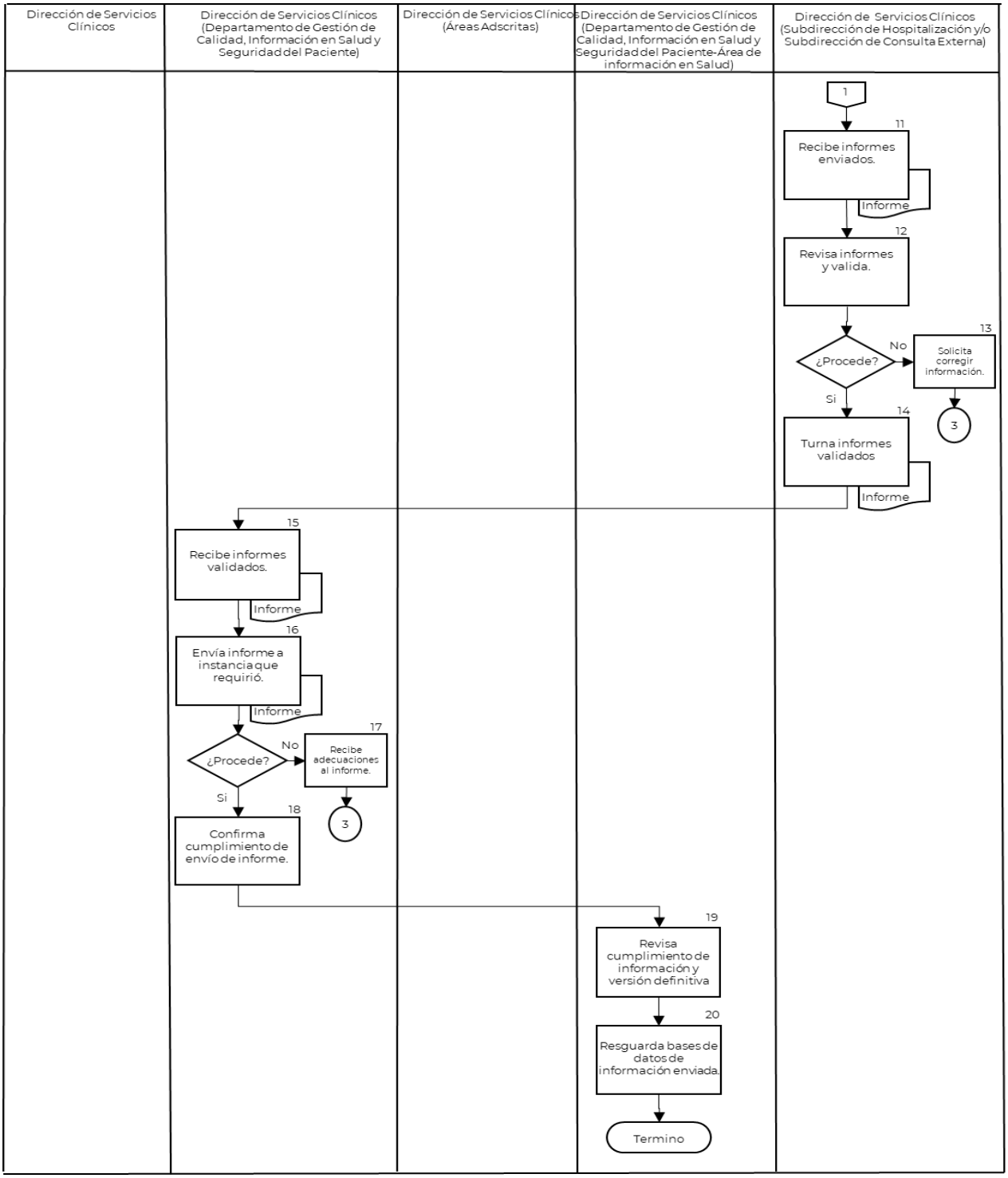
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Procede:	
	13	No. Solicita corregir información. Regresa actividad 3	
	14	Si. Turna informes cualitativos y cuantitativos validados, al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**15**	Recibe informes cualitativos y cuantitativos de la Dirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Hospitalización y/o Subdirección de Consulta Externa, validados.	Informe
	16	Envía informe a la instancia que lo requiere y atiende en los plazos y formatos establecidos para ello.	Informe
		Procede:	
	17	No. Recibe adecuaciones por la instancia que lo requiere y solicita a las áreas adscritas, realizar los cambios. Regresa actividad 4	
	18	Si. Confirma cumplimiento del envió de informes cualitativo y cuantitativo para atender los requerimientos de instancias que lo requieran.	Informe
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Información en Salud)	**19**	Revisa cumplimiento de la información que se envió a la instancia para conformar la versión definitiva.	
	20	Resguarda los archivos y bases de datos con la información que respalda entrega de los informes cualitativo y cuantitativo. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informes Cuantitativos y Cualitativos	4 años	Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Información en Salud)	11C.9

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Información en Salud:** Tiene por objetivo sistematizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en sus sistemas de información para facilitar la toma de decisiones.

8.2 **Seguimiento:** Conjunto de actividades dirigidas a verificar el nivel de ejecución, cumplimiento de metas y objetivos de los programas y proyectos, mediante reportes periódicos a través de los sistemas de información vigentes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. PROCEDIMIENTO PARA LA APERTURA E INTEGRACIÓN INICIAL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Orientar al personal que participa en la apertura de expediente clínico de las y los pacientes que asisten al Instituto por primera vez, a fin de que cuenten con los datos e información necesaria en su atención en los servicios clínicos que se brindan en el Instituto.

2. ALCANCE

2.1 El procedimiento aplica al Área de Archivo Clínico, quien es responsable de llevar a cabo la apertura de carpetas y la integración de formatos iniciales en expedientes clínicos de las y los pacientes que recibirán atención medica en el Instituto; al Departamento de Preconsulta quien es responsable de entregar las hojas de preconsulta de las y los pacientes que recibirán atención en el Instituto; al Área Secretarial, quien es responsable del traslado de expedientes clínicos y a las Áreas Adscritas quien es responsable de integrar información a las carpetas y en expedientes clínicos de las y los pacientes, con los formatos que general derivado de la atención otorgada.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Archivo Clínico) será responsable de:

- Atender las disposiciones establecidas en el Reglamento Interno del Archivo Clínico del Instituto.
- Otorgar atención a los usuarios del Archivo Clínico de lunes a viernes, en días hábiles, en horario de 07:30 a 17:00 hrs.
- Contar con capacitación en el manejo del Sistema Hospitalario Health Centre.

Conformación de Carpetas (apertura)

- Realizar el armado de carpeta para cita de primera vez, incorporar hoja frontal de la o el paciente del Sistema hospitalario Health Centre e incorporar el Formato de Preconsulta.
- Registrar en bitácora la apertura de las carpetas, la fecha de ingreso al Archivo Clínico y las salidas para citas de primera vez programadas.
- Consultar lista de las y los pacientes con cita programada en el Sistema Hospitalario Health Centre.
- Entregar al personal secretarial de la Dirección de Servicios Clínicos, las carpetas de personas usuarias de citas programadas para consulta de primera vez.
- Verificar y registrar carpetas de usuarios en bitácora de las carpetas que ingresan al Área de Archivo Clínico.

Expediente Clínico (integración inicial)

- Imprimir etiqueta con número de registro y etiqueta de código de barras de las y los pacientes en el expediente clínico.
- Ordenar los expedientes clínicos en los estantes metálicos, de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.
- Conocer el listado de formatos iniciales que se integran al expediente clínico, provenientes de las Áreas de la Dirección de Servicios Clínicos.
  a) Departamento de Preconsulta
     - Formato INPDSCEC-02.1.- Formato de Preconsulta
  b) Subdirección de Consulta Externa
     - Formato INPDSCEC-02 Historia Clínica
     - Formato INPCSCEC-02.2.- Consentimiento Informado para recibir atención en Consulta Externa
  c) Subdirección de Hospitalización
     - Formato INPDSCEC-03-06.1.- Formato de Atención Psiquiátrica Continúa
     - Formato INPDSCEC-03-06.2.- Consentimiento Informado para recibir Consulta en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continúo
  d) Departamento de Trabajo Social
     - Formato INPDSCEC-06-01.- Estudio Socioeconómico
     - Formato INPDSCEC-06-02.- Estudio de Reclasificación Socioeconómica
     - Formato INPDSCEC-06-03.- Nota Informativa
- Integrar en el expediente clínico, los formatos que se generan durante la atención de las y los pacientes que acuden a los servicios clínicos, los cuales deberán ser incorporados al expediente clínico de la o el paciente que corresponda, de acuerdo con el siguiente orden:
  1. Hoja Frontal/Hoja de datos y autorización
  2. Historia Clínica
  3. Preconsulta
  4. Nota(s) de Evolución
  5. Interconsultas
  6. Hoja (s) de referencia o traslado
  7. Hoja (s) de Atención Psiquiátrica Continua
  8. Nota (s) de Ingreso Hospitalario
  9. Nota (s) de evolución Hospitalaria
  10. Nota de egreso Hospitalario
  11. Anestesia
  12. Hojas de Enfermería
  13. Consentimiento (s) informado
  14. Exámenes de Laboratorio
  15. Reporte de Rays X
  16. Otros Estudios de Gabinete
  17. Otros documentos (Administrativos, Trabajo Social, Clinimetria etc.)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

3.2 La Subdirección de Consulta Externa a través del Departamento de Preconsulta, será responsable de:

- Recibe Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta, impreso y firmado por el Área Médica de Preconsulta y valida.
- Entregar Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta, impreso y validado al Área de Archivo Clínico para su resguardo.

3.3 La Subdirección de Consulta Externa a través del Departamento de Preconsulta (Área Médica) será responsable:

- Realizar entrevista clínica de evaluación, emitir diagnóstico presuncional, registrar anotaciones en Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta.
- Entregar Formato INPDSCEC-02-1 Preconsulta, impreso y firmado al Departamento de Preconsulta para validación.

3.4 La Dirección de Servicios Clínicos a Través del Área Secretarial será responsable de:

- Firmar vale de las carpetas de personas usuarias programadas para consulta de primera vez (Historia Clínica).
- Entregar al personal médico carpetas de personas usuarias programadas para consulta de primera vez (Historia Clínica). Recaba firma en vale.

3.5 La Subdirección de Consulta Externa a través del Área Médica será responsable de:

- Recibir carpetas de citas programadas y firmar en vale.
- Otorgar atención y registran en Formato de Historia Clínica.
- Entregar las carpetas de las y los pacientes al Área Secretarial al finalizar la jornada.

3.6 La Dirección de Servicios Clínicos a través de las Áreas Adscritas, será responsable de:

- Entregar formatos oficiales generados derivados de la atención otorgada a las y los pacientes que se anexan al expediente al Área de Archivo Clínico en los horarios de atención establecidos.

Las Áreas Clínicas Adscritas a la Dirección de Servicios Clínicos que general formatos para integración al expediente clínico y su entrega al Área de Archivo Clínico son:

- Subdirección de Consulta Externa
- Departamento de Preconsulta
- Subdirección de Hospitalización
- Departamento de Trabajo Social
- Departamento de Psicología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

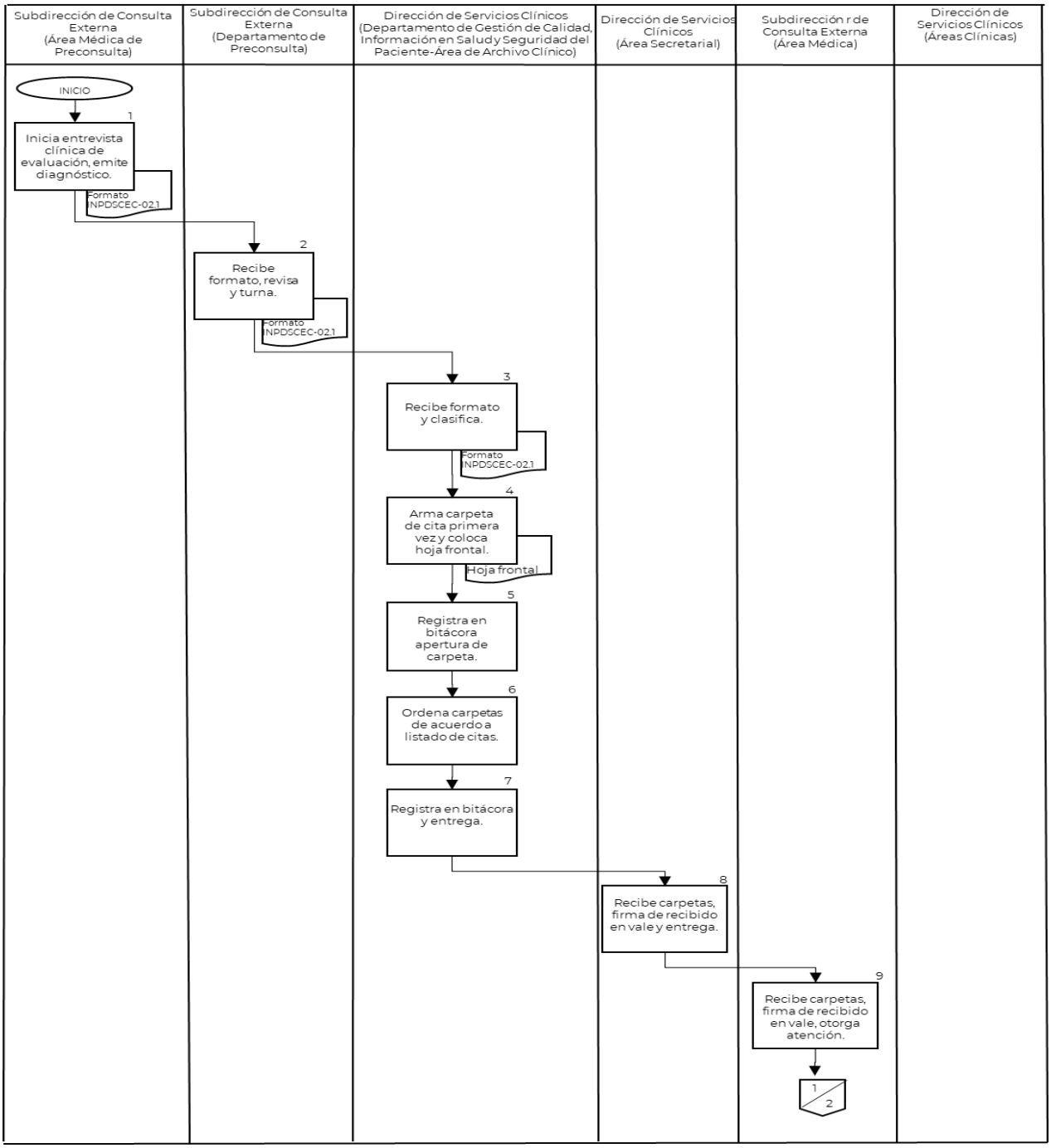
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área Médica de Preconsulta)	**1**	Inicia entrevista clínica de evaluación, emite diagnóstico presuncional, registra anotaciones en Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta y entrega al Departamento de Preconsulta.	Formato INPDSCEC-02.1
Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Preconsulta)	**2**	Recibe Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta, impreso, revisa, valida y turna al Área de Archivo Clínico.	Formato INPDSCEC-02.1
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**3** **4** **5** **6** **7**	Recibe Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta, impreso y clasifica de acuerdo con cita de primera vez. Realiza el armado de carpeta para cita de primera vez, imprime y coloca Hoja Frontal del paciente e Incorpora en carpeta el formato de preconsulta. Registra en bitácora la apertura de la carpeta y la fecha de ingreso al Área de Archivo Clínico. Ordena carpetas de acuerdo con listado de citas programadas. Registra en bitácora salida de carpetas de personas usuarias programadas en cita de primera vez y entrega al Área Secretarial.	Formato INPDSCEC-02.1 Hoja Frontal
Dirección de Servicios Clínicos (Área Secretarial)	**8**	Recibe carpetas de personas usuarias programadas en cita de primera vez, firma vale y entrega al Área Médica.	
Subdirección de Consulta Externa (Área Médica)	**9** **10** **11**	Recibe carpetas, firma vales de carpetas recibidas otorga atención a pacientes. Realiza evaluación de paciente y requisita el Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica del Sistema de Hospital, imprime e integra al expediente clínico. Entrega, al finalizar la jornada de atención, las carpetas al Área Secretarial	Formato INPDSCEC-01-03
Dirección de Servicios Clínicos (Área Secretarial)	**12**	Recibe carpetas y entrega al Área de Archivo Clínico.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de	**13**	Recibe carpetas de personas usuarias programadas, verifica y registra en bitácora las carpetas que ingresan al Área de Archivo Clínico	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

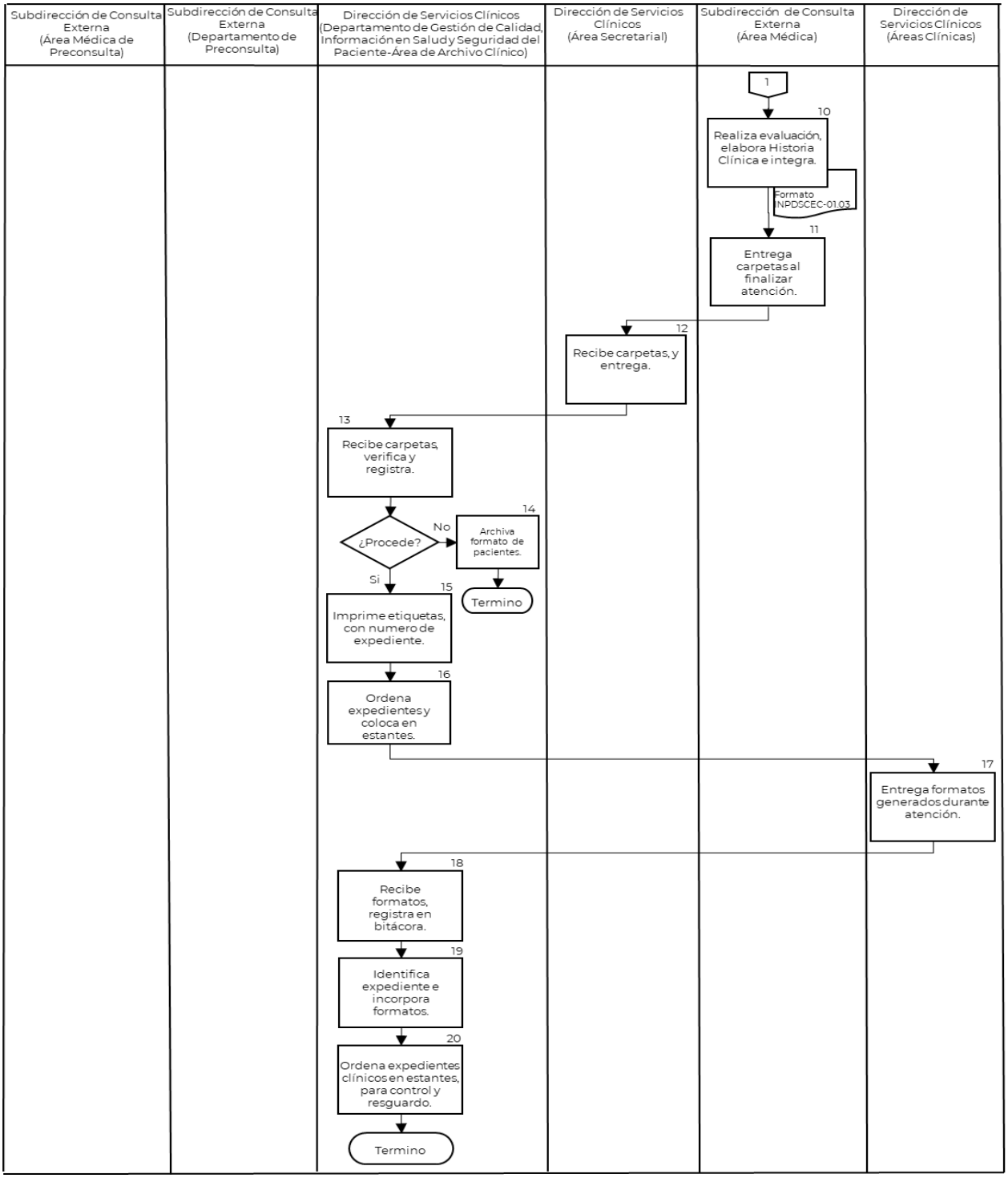
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)		y verifica documentación de carpetas: Procede	
	14	No. Archiva los Formatos INPDSCEC-02.1 Preconsulta y hojas frontales de Pacientes que no asistieron a su cita de primera vez en folder designado. Termina procedimiento.	
	15	Si. Imprime etiqueta con número expediente clínico de la o el paciente que asigna el Sistema Healt Centre y pega la etiqueta de código de barras de la o el paciente.	
	16	Ordena expedientes y coloca en los estantes metálicos (visoramas), de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.	
Dirección de Servicios Clínicos (Áreas Clínicas)	**17**	Entrega al Área de Archivo Clínico, los formatos oficiales generados durante la atención a la o el paciente, para su integración inicial del expediente clínico.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**18**	Recibe formatos oficiales generados durante la atención a la o el paciente, verifica y registra en bitácora su recepción.	
	19	Identifica expediente clínico de la o el paciente que corresponda e incorpora formatos oficiales generados durante la atención a la o el paciente.	
	20	Ordena y coloca expedientes clínicos utilizados en los estantes metálicos para su control y resguardo en el Archivo Clínico. Ver procedimiento ***6 Para la gestión documental del expediente clínico.*** **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01
6.3 Reglamento Interno de Archivo Clínico	INP/DSC/RAC-01

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	4 años	Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Archivo Clínico)	4S.3

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

8.2 **Expediente clínico:** Es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de una o un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud de la o el paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

8.3 **Formatos:** Notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la prestación de servicios de atención médica, mismos que serán aprobados por el Subcomité del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, de acuerdo con lo establecido por la normatividad aplicable.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-02.1
10.2 Instructivo de llenado. - Formato INPDSCEC-02.1
10.3 Formato INPDSCEC-01.03 Historia Clínica
10.4 Instructivo de llenado. - Formato INPDSCEC-01.03 Historia Clínica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

7. PROCEDIMIENTO PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Coordinar el préstamo de expedientes clínicos para que las áreas asistenciales cuenten con información y datos de la o el paciente, así como supervisar los tiempos establecidos para su devolución en los plazos previstos en el Reglamento Interno del Archivo Clínico.

2. ALCANCE

2.1 El procedimiento aplica al Área de Archivo Clínico, quien es responsable de llevar a cabo el préstamo de expediente clínico para otorgar atención a las y los pacientes a la Subdirección de Consulta Externa y la Subdirección de Hospitalización quienes son responsables de realiza el procedimiento de exhorto estipulado en el Reglamento Interno del Archivo Clínico, a la persona usuaria que no entregue el expediente clínico en los plazos señalados, al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente quien es responsable de autorizar el préstamos de expedientes y a usuarios autorizados al solicitar autorización de préstamo de expedientes clínicos y la devolución de los mismos.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través de la Subdirección de Consulta Externa y la Subdirección de Hospitalización, serán responsables de:

- Recibir reporte de expedientes que no ingresan al Área de Archivo Clínico en tiempo estipulado en Reglamento Interno del Archivo Clínico, para realizar el procedimiento de exhorto correspondiente.

3.2 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, será responsable de:

- Autorizar el memorándum de solicitud de préstamo de expedientes clínicos para investigación, protocolos, tesis y auditorias.
- Autorizar el préstamo de más de 10 expedientes para otorgar atención a las y los pacientes o para la consulta de información del expediente clínico.

3.3 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Archivo Clínico), será responsable de:

- Realizar la salida del expediente clínico, de acuerdo con lo siguiente:
  - Consulta programada (citas subsecuentes e historias clínicas), es de lunes a viernes de 7:30 a 8:30 Turno Matutino y de 11:30 a 12:00 horas para Turno Vespertino.
  - Servicios de APC, Servicio de Hospital, consultas no programadas, brindar recetas, elaboración de resúmenes clínicos, investigación, protocolos, tesis, auditorias y casos legales, es de lunes a viernes de 7:00 a 17:30 horas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

- Verificar que la solicitud de préstamo de expedientes clínicos, solo se realizará para los usuarios autorizados, establecidos en el Reglamento Interno del Archivo Clínico:
  - Subcomité del Expediente Clínico integrado y de calidad: Para las evaluaciones al expediente clínico
  - Áreas clínicas: (médicos adscritos, médicos residentes, Departamento de psicología) que proporcionan atención en la Subdirección de Consulta externa, Subdirección de Hospitalización y el Área Atención Psiquiátrica Continua, y en su caso para la emisión de resumen clínico.
  - Departamento Gestión de Convenios en Salud: Parta atender solicitudes de información, gestión de convenios u otras peticiones que coordina en el ámbito de su competencia.
  - Área de Calidad: Para el seguimiento de quejas u peticiones del Órgano Interno de Control u otras instancias internas autorizadas.
  - Apoyo administrativo en la Dirección de Servicios Clínicos: Para la atención de requerimientos de casos legales.
  - Área de investigación: Para consultar información de los expedientes clínicos, necesaria para sus proyectos de investigación, protocolos y/o tesis.
- Informar a los usuarios autorizados que deben requisitar el vale de préstamo de expediente clínico:
  - Para atención de citas no programadas en consulta externa.
  - Para atención en Hospital y/o APC
  - Requerir la consulta de información
  - Para elaborar recetas
  - Para elaborar resúmenes clínicos
  - Para seguimiento de quejas
  - Para copia certificada o simple
  - Para atender casos legales
  - Para evaluación de expediente (Comité de Expediente Clínico).
- Informar a las personas usuarias autorizadas que deben elaborar memorándum dirigido a la o el Titular de la Jefatura del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, en aquellos casos donde se requiera la consulta de información para investigación, protocolos, tesis y auditorias.
- Informar a las personas usuarias que requieran préstamo de 10 o más expedientes clínicos, deberán solicitarlo por Memorándum dirigido a la o el Titular de la Jefatura del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente.
- Recibir vale de préstamo de expediente de las personas usuarias autorizadas y validar que cuente con:
  - Fecha de préstamo
  - Hora de préstamo
  - Numero(s) del expediente
  - Nombre completo y firma de quien recibe.
  - Numero de empleado
  - Motivo de retiro

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

- Identificar los expedientes clínicos solicitados y registrar el préstamo en bitácora "vale de préstamo de expediente registrando"
- Recibir los expedientes clínicos que se otorgaron en préstamo y registrar en bitácora, su ingreso al Área de Archivo Clínico
- Elaborar el reporte semanal de expedientes que no ingresan al Área de Archivo Clínico en tiempo estipulado por el Reglamento Interno del Archivo Clínico y notificar y turna a la Subdirección de Consulta Externa y Subdirección de Hospitalización para su conocimiento.

3.5 Dirección de Servicios Clínicos a través del Área Secretarial será responsable de:

Préstamo programado de expedientes clínicos

- Recoger y custodiar el expediente clínico del listado de citas programadas para entregar al Área Médica que lo requiera.
- Recoger los expedientes clínicos de citas programadas de lunes a viernes en el horario de 7:30 a 8:30 horas para el turno matutino y de 11:30 a 12:00 horas para el turno vespertino.
- Firmar vale de préstamo de los expedientes clínicos de pacientes programados.
- Regresar al área de archivo clínico expedientes clínicos utilizados.

3.6 La Dirección General a través de las personas usuarias autorizadas, será responsable de:

- Atender las disposiciones establecidas en el Reglamento Interno del Archivo Clínico del Instituto.

Préstamo no programado de expedientes clínicos

- Solicitar autorización y vale el préstamo de expedientes clínico:
  - Para consulta de información de expedientes clínicos para investigación, protocolos, tesis y auditorias.
  - Para autorización del préstamo de más de 10 expedientes para la consulta de la información del expediente clínico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) PRÉSTAMO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLINICOS

Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, información en salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**1** **2**	Ordena y cuantifica expedientes clínicos de acuerdo con listado de citas programadas de los servicios de consulta externa. Registra en bitácora salida de expedientes de las y los pacientes con cita programada y entrega al Área Secretarial.	Expediente clínico
Dirección de servicios Clínicos (Área Secretarial)	**3**	Recibe expedientes clínicos de las y los pacientes con cita programada, firma reporte de cita programada, entrega al Área Médica y solicita firma de recepción.	Expediente clínico
Subdirección de Consulta Externa (Área Médica)	**4** **5** **6**	Recibe expedientes clínicos de las y los pacientes programados. Recibe a las y los pacientes citados, otorga atención y elabora formatos correspondientes. Incorpora formatos elaborados en el expediente clínico de la o el paciente, al finalizar la atención, devuelve expedientes clínicos al Área Secretarial.	Expediente clínico
Dirección de Servicios Clínicos (Área Secretarial	**7**	Recibe los expedientes clínicos de las y los pacientes de consultas programadas coteja con listado y devuelve los expedientes clínicos al Área de Archivo Clínico.	Expediente clínico
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, información en salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**8** **9** **10** **11** **12**	Recibe expedientes clínicos de las y los pacientes, revisa que se encuentren completos. Procede: No. Solicita verificar expedientes clínicos entregados. Regresa a la actividad 7. Si. Registra los expedientes clínicos en bitácora de ingreso al Área de Archivo Clínico. Ordena los expedientes clínicos en los estantes metálicos (visoramas). Elabora el reporte semanal de expedientes que no ingresan al archivo clínico en los plazos estipulados en el Reglamento Interno del Archivo Clínico, y turna reporte a la Subdirección de Consulta Externa.	Expediente clínico Reporte
Dirección de Servicios Clínicos (Subdirección de Consulta Externa)	**13**	Recibe reporte de expedientes clínicos que no ingresan al Área de Archivo Clínico en los plazos estipulados en el Reglamento Interno del Archivo Clínico. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Reporte

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

B) PRÉSTAMO NO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección General (Usuarios Autorizados)	**1**	Solicita el préstamo de expedientes clínicos de las y los pacientes para consulta de información, elabora memorándum/vale de préstamo y entrega al Área de Archivo Clínico.	Memorándum Vale préstamo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, información en salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**2** **3** **4** **5**	Recibe memorándum/vale de préstamo de expedientes clínicos y verifica información. Procede: No. Solicita corregir información de solicitud de préstamo de expedientes clínicos. Regresa actividad 1. Si. Confirma préstamo de expedientes clínicos de pacientes. Solicita la autorización del préstamo para el caso de que la cantidad sea mayor a 10 expedientes clínicos.	Memorándum Vale préstamo
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, información en salud y Seguridad del Paciente)	**6** **7** **8**	Revisa la solicitud del préstamo para el caso de que la cantidad sea mayor a 10 expedientes clínicos y autoriza. Procede: No. Solicita corregir información de solicitud de préstamo de expedientes clínicos. Regresa actividad 1. Si. Autoriza el préstamo de expedientes clínicos solicitados e informa al Área de Archivo Clínico.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, información en salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**9**	Realiza búsqueda de expedientes clínicos, registra en bitácora salida y entrega expedientes clínicos a la persona usuaria autorizada que lo solicita, recabando firmas de recibido.	Expediente clínico
Dirección General (Usuarios Autorizados)	**10**	Recibe expedientes clínicos, realiza consulta de información y al finalizar su utilización devuelve al Área de Archivo Clínico.	Expediente clínico
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, información en salud y Seguridad del	**11** **12** **13**	Recibe expedientes clínicos de las y los pacientes, y registra en bitácora su ingreso al Área de Archivo Clínico. Ordena expedientes clínicos y coloca en los estantes metálicos (visoramas). Elabora el reporte semanal de expedientes clínicos	Expediente clínico Reporte

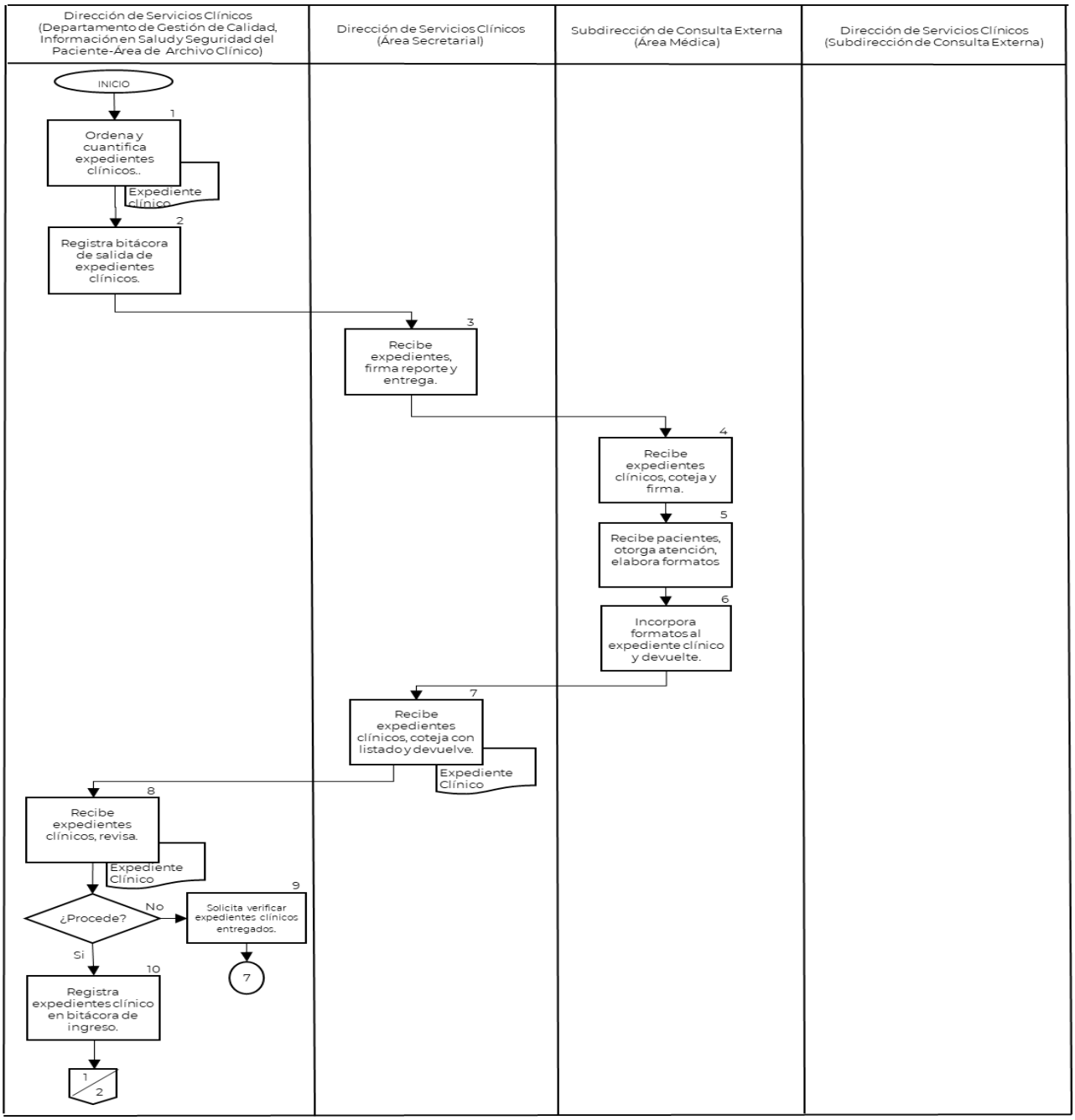
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

B) PRÉSTAMO NO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Paciente-Área de Archivo Clínico)		que no ingresan en tiempo estipulado en el Reglamento Interno del Archivo Clínico y turna a la Subdirección de Consulta Externa y Subdirección de Hospitalización.	
Dirección de Servicios Clínicos (Subdirección de Consulta Externa y Subdirección de Hospitalización)	**14**	Recibe reporte semanal de expedientes clínicos que no ingresan en tiempo estipulado en el Reglamento Interno del Archivo Clínico. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Reporte

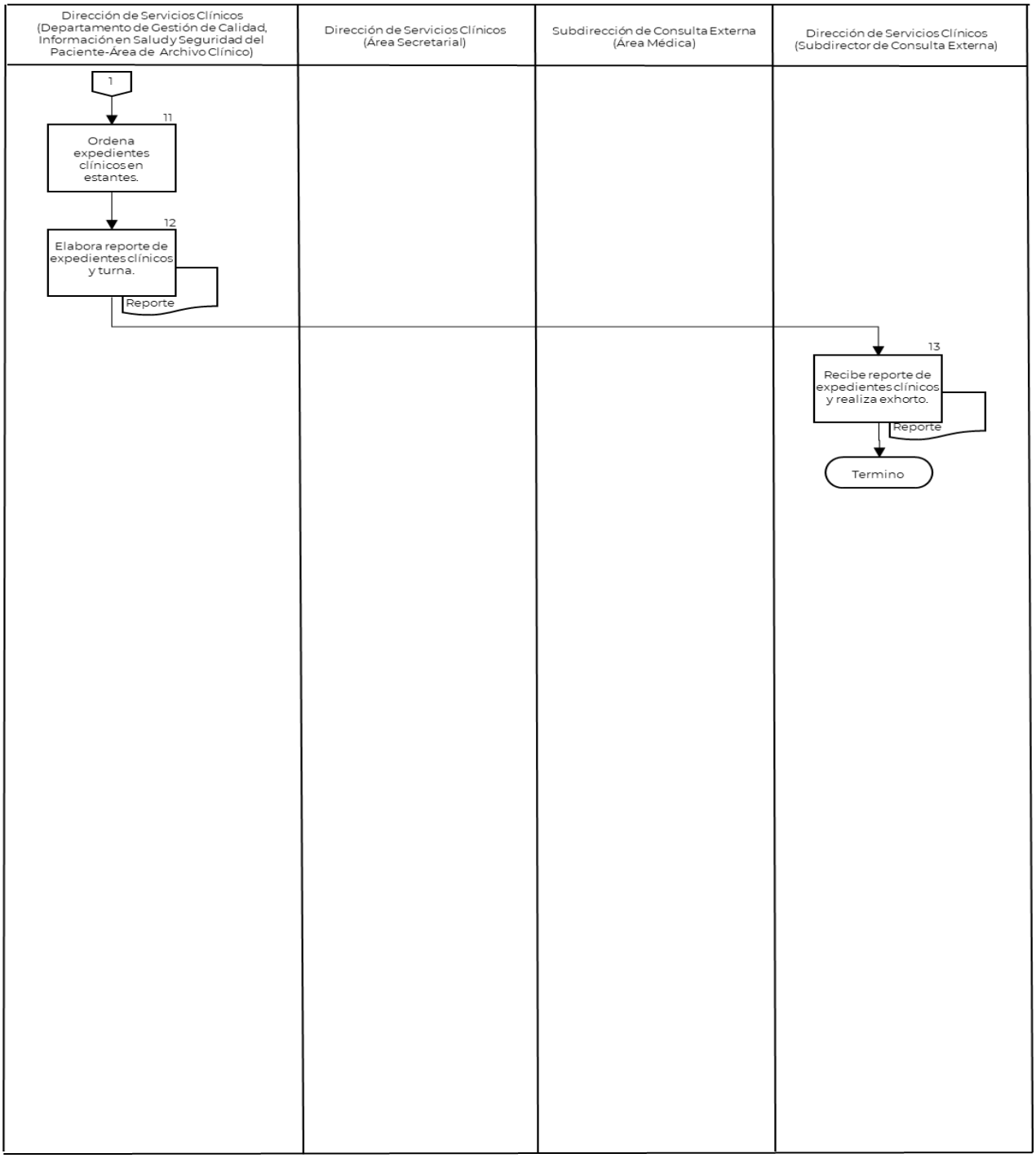
5. DIAGRAMA DE FLUJO

A) PRÉSTAMO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS



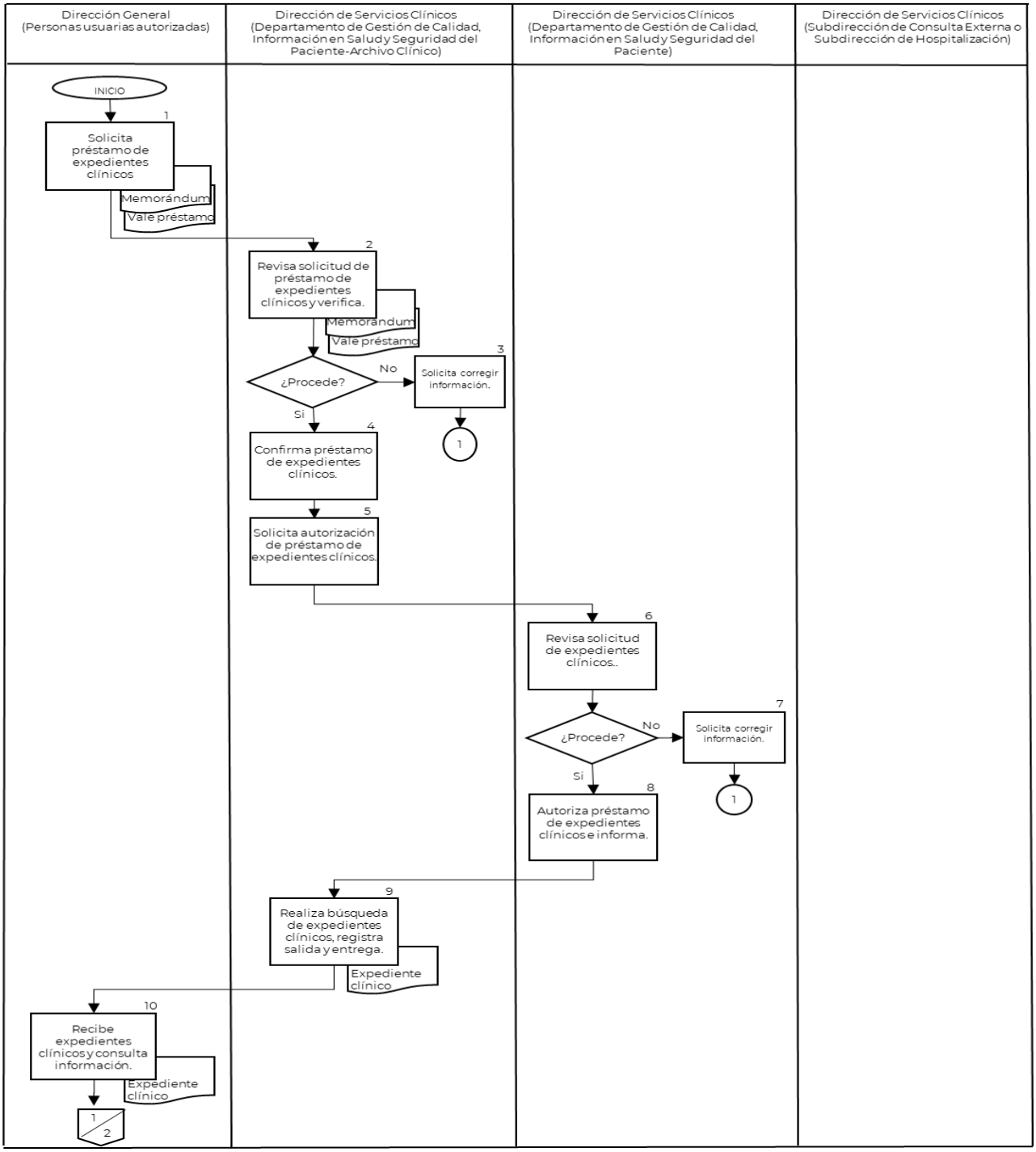
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

A) PRÉSTAMO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS



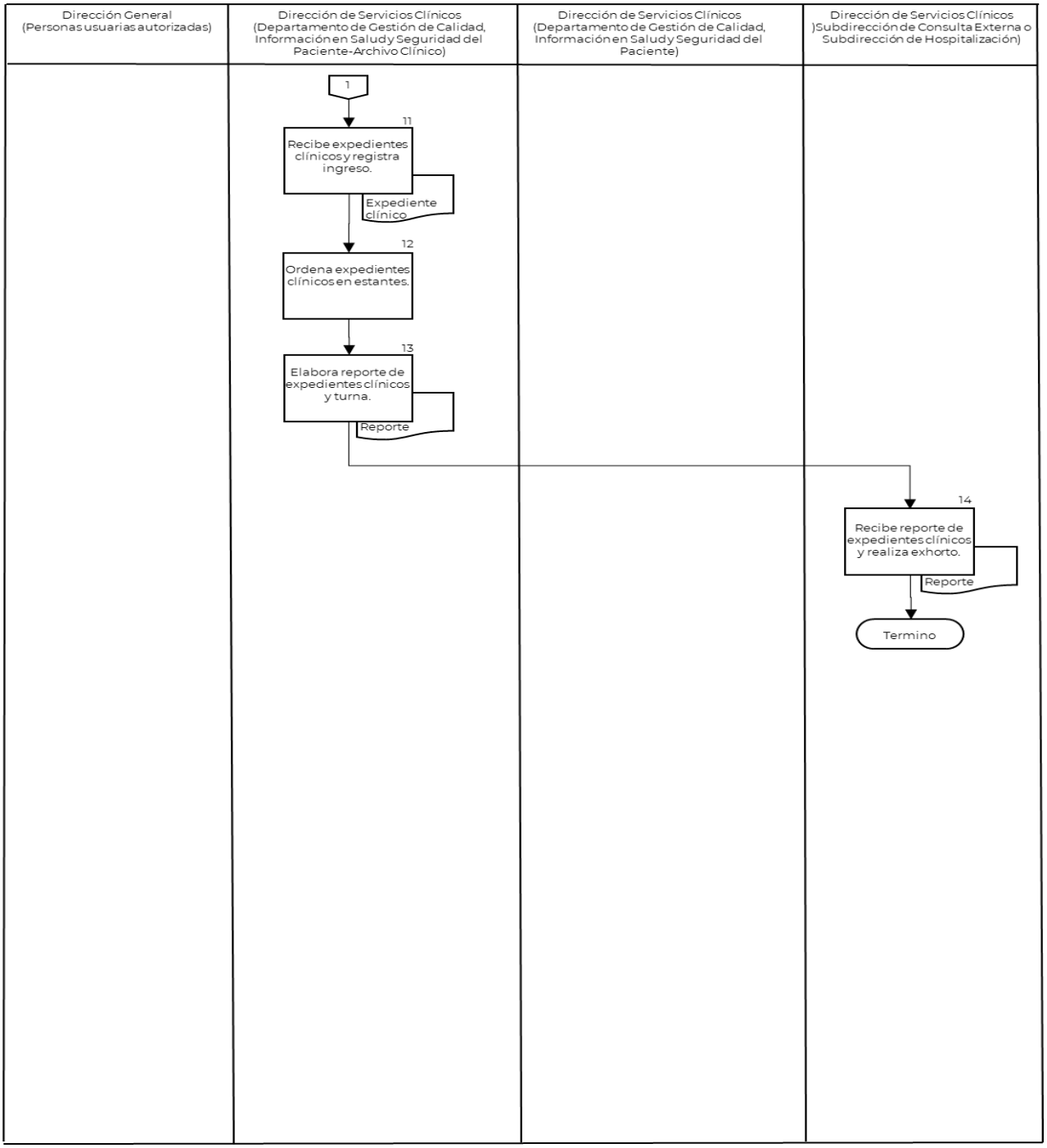
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

B) PRÉSTAMO NO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

B) PRÉSTAMO NO PROGRAMADO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01
6.3 Reglamento Interno de Archivo Clínico	INP/DSC/RAC-01

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	4 años	Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	4S.3

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Expediente clínico** Es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de la o el paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud de la o el paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

8.2 **Médica/o tratante:** Profesional de la medicina que, la o el paciente claramente identifica y acepta (en caso de menores de edad, por la o el familiar más inmediato o persona tutora jurídicamente responsable), que se encuentra a cargo directamente de la atención de la o el paciente.

8.3 **Personas usuarias autorizadas:** Personas autorizadas establecidas en el Reglamento del Archivo Clínico.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

1. PROPÓSITO

Realizar la gestión documental del expediente clínico, mediante la verificación de los plazos de conservación en el Área de Archivo Clínico e identificar aquellos que, por el periodo de vigencia se debe llevar a cabo la transferencia primaria al archivo de concentración.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica al Área de Archivo Clínico, quien realiza la gestión documental de expedientes clínicos; al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, quien solicita y autoriza la transferencia primaria de expedientes clínicos inactivos al archivo de concentración y al Área de Información en Salud quien procesa la información de expedientes inactivos, genera la base de datos del Sistema Health Centre y entrega al Área de Archivo Clínico.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente será responsable de:

Conservación

- Supervisar que el Área de Archivo Clínico conserve la documentación que se encuentra activa y aquella que ha sido clasificada como reservada o confidencial, conforme al Catálogo de Disposición Documental.
- Supervisar la captación de documentos recibidos o producidos por las áreas clínicas.

Depuración

- Instruir al Área de Información en Salud que procese base de datos de expedientes clínicos inactivos que no hayan sido utilizados en un periodo de dos años continuos en el Sistema Health Centre.
- Autorizar la transferencia primaria de expedientes clínicos inactivos al archivo de concentración de la Subdirección de Servicios Generales.

Baja

- Instruir al Área de Archivo Clínico para que se lleve a cabo transferencias primarias de expedientes clínicos inactivos al archivo de concentración.

3.2 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Archivo Clínico) será responsable de:

Conservación

- Establecer las medidas necesarias para el cuidado, manejo y conservación de los expedientes clínicos en el área designada para ello, tales como:
  - Revisar las conficiones físicas óptimas que eviten su deterioro o destrucción.
  - Verificar la integridad de la información contenida en dichos archivos.
  - Supervisar las condiciones de medio ambiente y seguridad, tales como temperatura y humedad, con características estables.
- Guardar los documentos en un folder normalizado y estandarizado.
- Elaborar la caratula de clasificación de expediente de archivo de acuerdo con el catálogo de disposición documental., ya sea reservado o confidencial.
- Ordenar los expedientes clínicos en los estantes metálicos (visoramas), de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.
- Realizar la captación de los documentos recibidos o producidos por las áreas que los generan.

Depuración

- Solicitar una vez al año al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, la base de datos del Health Centre para los expedientes clínicos inactivos
- Imprimir el listado de expedientes clínicos inactivos, realizar la búsqueda y depuración de expediente clínico inactivo ubicados en los estantes metálicos (visoramas).
- Ordenar los expedientes clínicos inactivos por numérico consecutivo.
- Elaborar el inventario de transferencia primaria de los expedientes clínicos inactivos.
- Regresar a los estantes metálicos (visoramas), en caso de detectar expedientes activos durante la depuración.

Baja

- Armar la caja, colocar expedientes clínicos inactivos, imprimir etiqueta de identificación de inventario de expedientes clínicos e imprimir listado de expedientes que se enviarán en la caja.
- Entregar el inventario de las series documentales de expedientes clínicos inactivos al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, para que autorice las transferencias primarias al archivo de concentración.
- Realizar la transferencia primaria de expedientes clínicos inactivos, al Área de Archivo de Concentración, recabar y conservar acuse del memorándum de transferencia primaria.
- Realizar la transferencia primaria, una vez que se cumpla el plazo de conservación previsto en el catálogo de disposición documental correspondiente.

3.3 La Dirección de Servicios Clínicos, a través del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente (Área de Información en Salud) será responsable de:

- Procesar la información en el sistema Health Centre para generar la base de datos de expedientes clínicos inactivos y entregar al Área de Archivo Clínico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

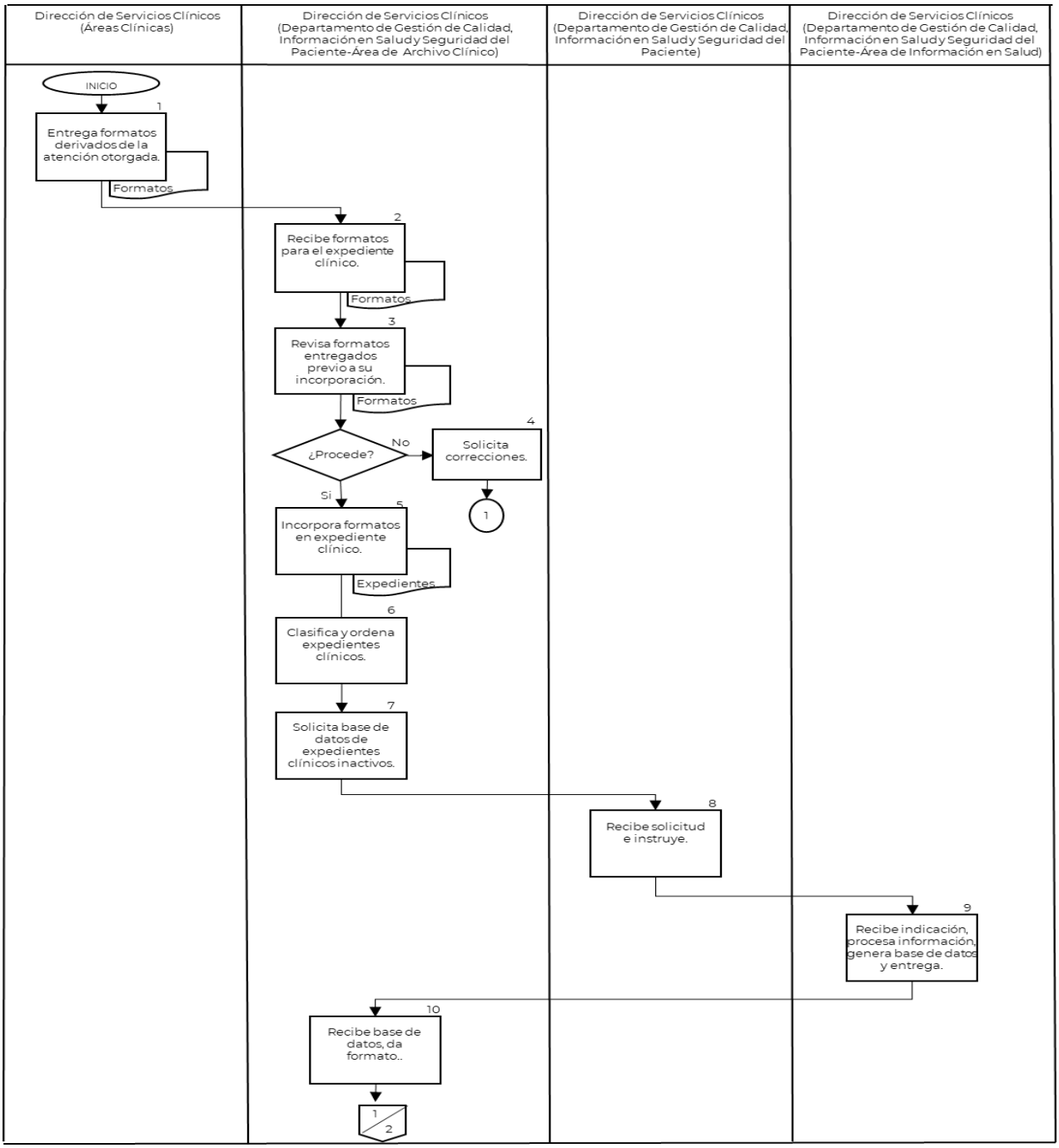
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Áreas Clínicas	**1**	Entrega al Área de Archivo Clínico los formatos oficiales generados como parte de la atención proporcionada a las y los pacientes del Instituto para su incorporación en el expediente clínico respectivo.	Formatos
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**2** **3** **4** **5** **6** **7**	Recibe los formatos del expediente clínico que entregan las áreas clínicas, y que generan durante la atención otorgada a las y los pacientes. Revisa que los formatos entregados se encuentren completos y correctos para su incorporación en los expedientes clínicos. Procede: No. Solicita la corrección del formato correspondiente. Regresa a la actividad 2. Si. Incorpora en el expediente clínico correspondiente los formatos entregados por las Áreas Clínicas. Clasifica y ordena los expedientes clínicos para el debido resguardo en el Archivo Clínico. Solicita al Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente, la base de datos de los expedientes clínicos inactivos.	Formatos Formatos Expedientes
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**8**	Recibe indicación para generar la base de datos de expedientes clínicos inactivos y solicita al Área de Información en Salud para su atención.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Información en Salud)	**9**	Recibe solicitud, procesa información en el Sistema Health Centre, genera la base de datos de los expedientes clínicos inactivos y entrega al Área de Archivo Clínico.	
Dirección de	**10**	Recibe base de datos de expedientes clínicos	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

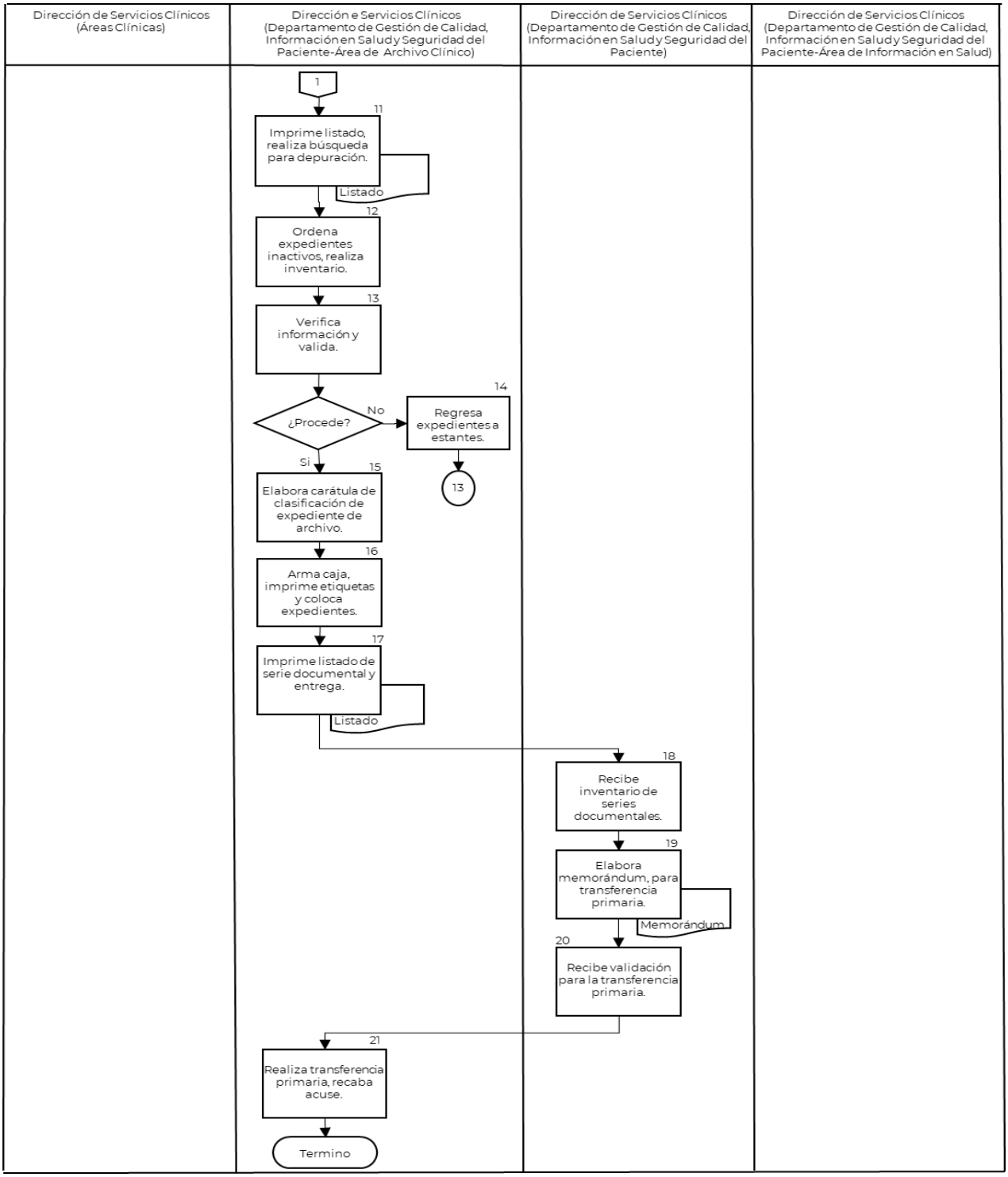
Responsable	No. act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)		inactivos, da formato, revisa información.	
	11	Elabora e imprime listado de expedientes clínicos inactivos, realiza búsqueda y depuración de expediente clínico inactivo en los estantes metálicos (visoramas).	Listado
	12	Ordena los expedientes clínicos inactivos por numérico consecutivo, realiza inventario de transferencia primaria de los expedientes	
	13	Verifica información de fecha de último acto médico y valida.	
		Procede:	
	14	No: Regresa expediente clínico activo en los estantes metálicos (visoramas). Regresa a la actividad 13.	
	15	Si. Elabora carátula de clasificación de expediente clínico de archivo reservado o confidencial y caratula de clasificación de expediente clínico de archivo de acuerdo con el catálogo de disposición documental.	Listado
	16	Arma caja, coloca expedientes clínicos inactivos, imprime etiqueta de identificación de inventario de expedientes.	
	17	Imprime listado de serie documental que se encuentra en la caja y entrega para realizar la transferencia primaria al archivo de concentración.	
Dirección de Servicios Clínicos Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente)	**18**	Recibe inventario de las series documentales de expedientes inactivos del Área de Archivo Clínico.	
	19	Elabora memorándum para la transferencia primaria de expedientes clínicos inactivos al Archivo de Concentración.	Memorándum
	20	Recibe validación del Área de Archivo de Concentración y notifica al Área de Archivo Clínico que se lleve a cabo transferencia primaria de expedientes clínicos inactivos.	
Dirección de Servicios Clínicos (Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	**21**	Realiza la transferencia primaria al archivo de concentración de expedientes clínicos inactivos, recaba acuse de transferencia y archiva. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/E0-01
6.2 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	INP/DG/MOE-01
6.3 Reglamento Interno de Archivo Clínico	INP/DSC/RAC-01
6.4 Catalogo de Disposición Documental	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	4 años	Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente-Área de Archivo Clínico)	4S.3

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Archivo:** Conjunto 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 **Archivo de concentración:** unidad responsable de la administración de documentos cuya consulta es esporádica por parte de las unidades administrativas. Al término de su vigencia se procede previa valoración, a su depuración, a efecto de seleccionar aquellos documentos susceptibles de ser descartados o bien aquellos que formarán parte del archivo histórico.

8.3 **Archivo de trámite:** Se administran los documentos de uso cotidiano y necesario para el ejercicio de las atribuciones de una unidad administrativa.

8.4 **Baja documental**: Consiste en la eliminación de aquellos documentos que hayan prescrito en su vigencia administrativa, en conformidad con los plazos de conservación establecidos en el catálogo de disposición documental institucional.

8.5 **Conservación Documental.** conjunto de medidas tendentes a asegurar el buen estado de los documentos.

8.6 **Depuración:** Selección de Expedientes Clínicos inactivos para su baja documental.

8.7 **Expediente clínico** Es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de la o el paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en

diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud de la o el paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

8.8 **Gestión documental:** Tratamiento integral de la documentación a lo largo de su ciclo vital a través de la ejecución de procesos de producción, organización, acceso y consulta, conservación, valoración y disposición documental.

8.9 **Transferencia:** Procedimiento archivístico a través del cual conforme al ciclo vital de los documentos de archivo son transferidos de un archivo en trámite a un archivo de concentración (transferencia primaria) y, en su caso de este a un archivo histórico (transferencia secundaria), según las políticas y criterios de vigencia.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Abril, 2023	Actualización de Marco Jurídico e incorporación de Lenguaje Incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elabora área técnica	**Revisa**	**Autoriza**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucia González M.	Mtro. Aarón Padilla Orozco	Dra. Claudia Becerra Palars
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Información en Salud y Seguridad del Paciente	Directora de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Abril, 2023	Abril, 2023	Abril, 2023