



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

# Periódico Oficial

## Gaceta del Gobierno

Gobierno del Estado Libre y Soberano de México

REGISTRO DGC NÚM. 001 1021 CARACTERÍSTICAS 113282801

Director: Lic. Aarón Navas Alvarez  
legislacion.edomex.gob.mx

Mariano Matamoros Sur núm. 308 C.P. 50130

A: 202/3/001/02

Fecha: Toluca de Lerdo, Méx., jueves 5 de enero de 2017

“2017. Año del Centenario de las Constituciones Mexicana y Mexiquense de 1917.”

### Sumario

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA  
FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA  
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS  
ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA  
SALUD.

Tomo CCIII  
Número

1

SECCIÓN SEXTA

Número de ejemplares impresos: 300

# PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

## SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

**JUNIO DE 2016**

© Derechos Reservados.  
 Segunda Edición, Junio 2016.  
 Gobierno del Estado de México.  
 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.  
 Impreso y hecho en Toluca, México.  
 Printed and made in Toluca Mexico.  
 Cuenta de Correo Electrónico: difem@edomex.gob.mx

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante la autorización expresa de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD</b>	Edición:	Segunda
	Fecha:	Junio de 2016
	Código:	201B15400
	Página:	

### CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	
<b>IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS</b> .....	
<b>RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> .....	
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS</b> .....	
• Detección de Cáncer Cérvico Uterino a Mujeres en Situación Vulnerable de los Municipios del Estado de México.	<b>201B15400/01</b>
• Registro y Control del Abastecimiento del Programa de Planificación Familiar en los Sistemas Municipales DIF.	<b>201B15400/02</b>
• Orientación y Canalización a Usuarios de Sustancias Psicoactivas.	<b>201B15401/03</b>
• Solicitud y Distribución de Vacunas a los Sistemas Municipales DIF.	<b>201B15400/04</b>
• Supervisión a consultorios médicos y área adyacentes a Estancias Infantiles y Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.	<b>201B15400/05</b>
• Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales del Estado de México.	<b>201B15400/06</b>

**SIMBOLOGIA**.....

**REGISTRO DE EDICIONES**.....

**DISTRIBUCIÓN**.....

**VALIDACION**.....

**I. PRESENTACIÓN**

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, en el Estado de México se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

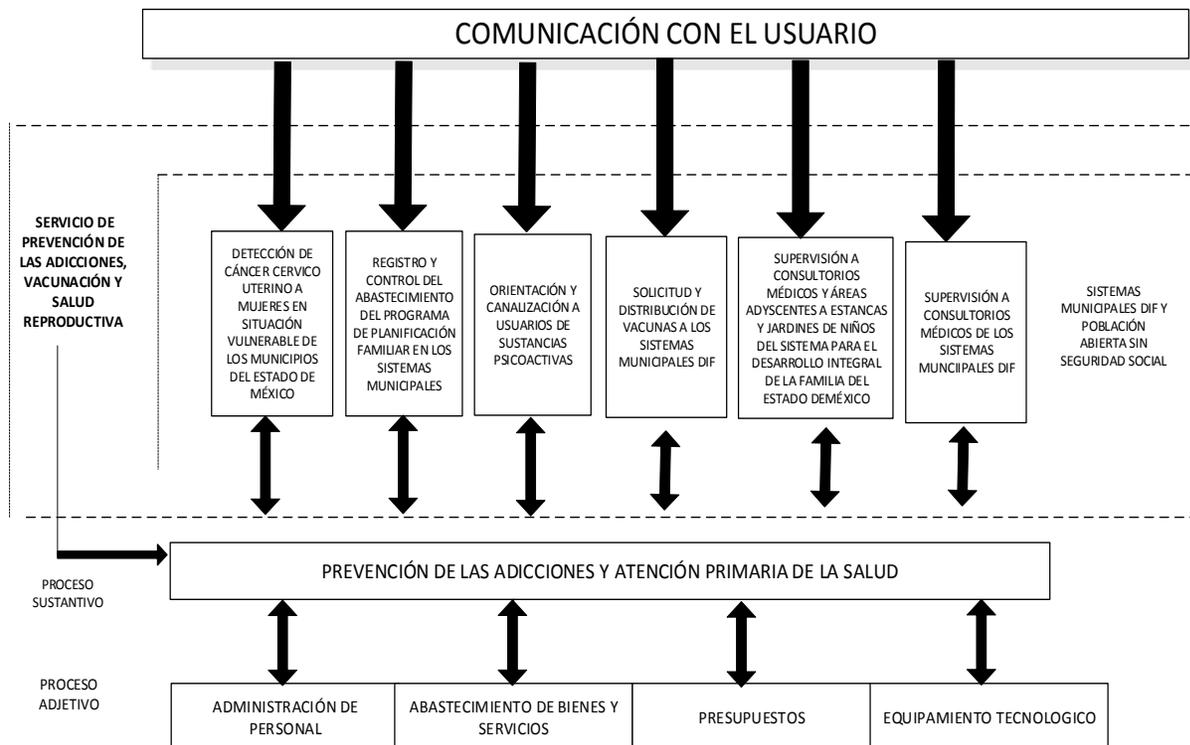
El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

**II. OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de las actividades que tiene encomendadas la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud en la ejecución de los programas de bienestar social, a fin de lograr una vida plena y productiva, mediante la formalización y estandarización de los métodos y procedimientos de trabajo y la difusión de las políticas que regulan su aplicación.

**III. IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS**



**IV. RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

**Proceso Prevención y Bienestar Familiar:** De la distribución de vacunas y métodos para la prevención y atención médica a la población más vulnerable y carente de seguridad social.

**Procedimientos:**

- Detección de Cáncer Cérvico Uterino a Mujeres en Situación Vulnerable de los Municipios del Estado de México.
- Registro y Control del Abastecimiento del Programa de Planificación Familiar en los Sistemas Municipales DIF.
- Orientación y Canalización a Usuarios de Sustancias Psicoactivas.
- Solicitud y Distribución de Vacunas a los Sistemas Municipales DIF.
- Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y Jardines de Niño del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales del Estado de México

**V. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS**

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD</b>	Edición: Segunda
	Fecha: Junio de 2016
	Código: 201B15400/01
	Pág.

**PROCEDIMIENTO:** Detección de Cáncer Cérvico Uterino y/o exploración mamaria, así como capacitación individual en autoexploración mamaria a Mujeres en Situación Vulnerable de los Municipios del Estado de México.

**OBJETIVO:**

Mejorar la condición de vida de las mujeres en situación vulnerable del Estado de México, mediante la toma de citología cervical para la detección de cáncer, así como realizar exploración mamaria para determinar casos sospechosos de cáncer mamario.

**ALCANCE:**

Aplica a los servidores públicos administrativos y operativos de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, así como a los Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva de los Sistemas Municipales del DIF del Estado de México.

**REFERENCIAS:**

- Ley de Asistencia Social Capitulo. V art 28, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de Septiembre de 2004.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Art 3, Art 6 I, Capitulo. III, Art 8, Art 13 I, II, III, Art 17, Art 18 I, XIII, XV, publicado en Gaceta del Gobierno el 7 de Septiembre del 2010.
- Ley General de Población; Cap. 1 Art. 3 Fracciones II y IV, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de Enero de 1999.
- NOM 014-SSA-2-1994, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico uterino, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 30 de Mayo.
- NOM-041-SSA-2-2011, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de mama, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Mayo de 1986 y reformas del 24 de marzo de 2014.
- Reglamento Interior de la Secretaria de Salubridad y Asistencia Cap. VI Art. 17, publicado en el Diario Oficial de la Federación en marzo de 2002.
- Programa Nacional de Salud (PNS), publicado en el Diario Oficial de la Federación de Marzo de 2001-2006.
- Manual General de Organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Apartado 201B15400, Función 8, 10, 11, 12, 13 y 17, publicado en Gaceta del Gobierno del 19 de Junio de 2012.

**RESPONSABILIDADES:**

La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud es la responsable de supervisar las citologías cervicales (Papanicolaous) realizados en los Sistemas Municipales DIF de la entidad, realizar toma de citologías cervicales y/o exploración mamaria, así como capacitación individual en autoexploración mamaria a mujeres en situación vulnerable del Estado de México.

**La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud**

**La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud / Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva deberá:**

- Revisar que las laminillas traídas por los municipios o generadas en la unidad móvil ginecológica, cumplan con los requisitos para su valoración por patología.

- Realizar toma de citologías cervicales y/o exploración mamaria a quien lo solicite a través de la unidad móvil ginecológica en municipios del Estado de México.
- Brindar capacitación en autoexploración mamaria, de forma individual a quien lo solicite.
- Elaborar formato de Entrega de Laminillas a patología y recepción de resultados.
- Revisar los resultados generados por patología y determinar cómo proceder.

**La unidad móvil ginecológica y los Sistemas Municipales DIF deberán:**

- Entregar las citologías cervicales tomadas con los requisitos necesarios para su análisis por patología.
- Elaborar formato de Control de Citologías. (Formato libre)
- Requisitar el formato, Listado de Pacientes Atendidas por Capacitación y/o Exploración Mamaria.

**El IMIEM/ Hospital del Niño deberá:**

- Recibir las laminillas, firmar los formatos de Control de Citología y de Entrega de Laminillas de Citologías.
- Entregar el original de los resultados, en el formato de Solicitud y Reporte de Citología Cervical.

**DEFINICIONES:**

**Cáncer Cervico-uterino:** Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de cáncer.

**Cáncer Mamario:** Crecimiento anormal y desenfrenado de células malignas en el tejido mamario.

**Virus del Papiloma Humano:** Grupo diverso de virus perteneciente al *Papilomavirus* que se transmite por vía sexual y que está asociado con lesiones precursoras de cáncer.

**Citología Cervical:** Muestra de células obtenidas del cuello uterino y vagina para su examen microscópico.

**Exploración Mamaria:** Método sencillo en el que se palpa la mama en busca de posibles cambios, que indiquen alguna lesión cancerosa.

**Capacitación:** Proceso educativo en el cual la persona adquirirá conocimientos y habilidades, para alcanzar una meta.

**Papanicolaou:** Tinción utilizada para el análisis de las células tomadas en la citología cervical.

**Caso positivo:** Es aquel resultado que reporta cáncer cervico uterino en cualquiera de sus etapas.

**Caso sospechoso:** Es aquel resultado de la exploración mamaria que sugiere la presencia de cáncer mamario.

**INSUMOS:**

- Oficio de solicitud de la unidad móvil ginecológica.
- Toma de Citología Cervical.
- Llenado de la Solicitud y Reporte de Citología Cervical.
- Solicitud verbal de exploración mamaria y /o capacitación en autoexploración mamaria.

**RESULTADOS:**

- Reporte de Resultados de Citología Cervical.
- Listado de pacientes con casos sospechosos de cáncer mamario.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:** No aplica

**POLÍTICAS:**

- La entrega de laminillas, por parte de la unidad móvil ginecológica, así como los Responsables del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva de los Sistemas Municipales DIF del Estado de México, deberá cumplir con los requisitos especificados por el responsable del programa, de lo contrario no se recibirán para su diagnóstico de patología.
- En caso de que algún resultado sea positivo se deberá recoger a la brevedad, y notificar el resultado a la paciente.
- El Sistema Municipal DIF en los casos de resultados positivos deberán entregar el resultado en original a la paciente, elaborar una referencia a segundo nivel de atención y solicitar la firma de la paciente de enterada, posteriormente entregar una copia de esta al Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del DIFEM de con el propósito de asegurar que la paciente este recibiendo tratamiento.
- El solicitante de la unidad móvil ginecológica deberá asegurar la presencia de un mínimo de 15 pacientes por jornada y un máximo de 30.

## DESARROLLO:

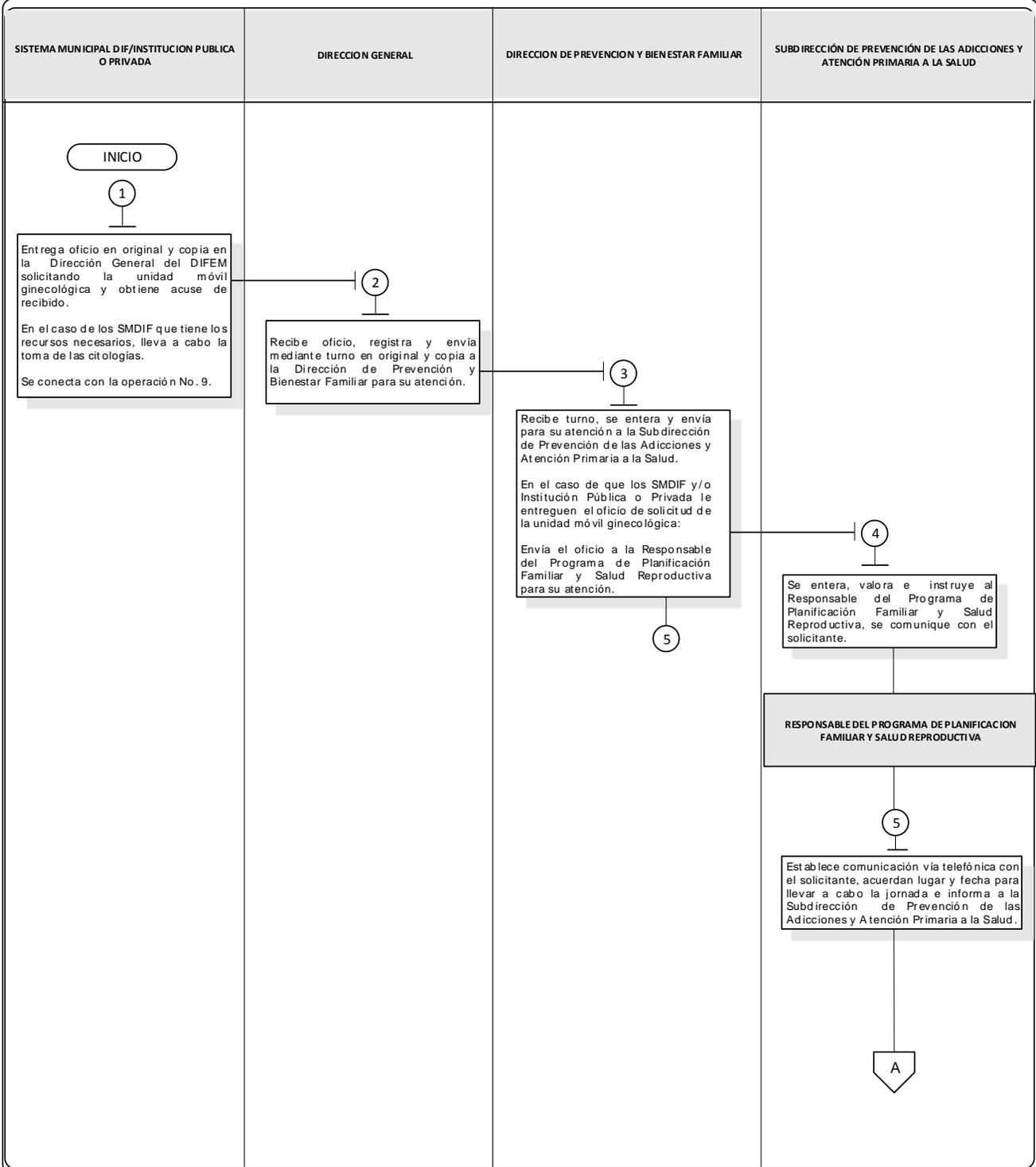
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	ACTIVIDAD
1.	Sistema Municipal DIF/ Institución Pública y/o Privada	Entrega oficio en original y copia en la Dirección General del DIFEM solicitando la unidad móvil ginecológica y obtiene acuse de recibido.  En el caso de los SMDIF que tiene los recursos necesarios, lleva a cabo la toma de las citologías.  Se conecta con la operación No. 9.
2.	Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	Recibe oficio, registra y envía mediante turno en original y copia a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar para su atención.
3.	Dirección de Prevención y Bienestar Familiar	Recibe turno, se entera y envía para su atención a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.  En el caso de que los SMDIF y/o Institución Pública o Privada le entreguen el oficio de solicitud de la unidad móvil ginecológica:  Envía el oficio a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud para su atención.  Se conecta con la operación 5.
4.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud	Se entera y valora junto con el Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, la solicitud.
5.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Establece comunicación vía telefónica con el solicitante, acuerdan lugar y fecha para llevar a cabo la jornada e informa a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
6.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud	Elabora oficio de respuesta al solicitante, y oficio de comisión al responsable de la unidad móvil para que acudan a la jornada en la fecha acordada.
7.	Sistema Municipal DIF o Institución Pública o Privada	Recibe oficio de respuesta y esperan la fecha programada.
8.	Responsable de la Unidad Móvil	Recibe oficio de comisión e informa al personal médico y de enfermería y esperan la fecha programada.
9.	Personal Médico o de enfermería de la Unidad Móvil o del Sistema Municipal DIF	Realizan la toma de citología vaginal, elabora formato "Solicitud y Reporte de Citología Cervical FO201B15400/416/2014" en original y copia, por cada una de las muestras tomadas y entrega esta a la usuaria para firma y veracidad de sus datos.
10.	Usuaria.	Recibe para su conocimiento el formato de "Solicitud y Reporte de Citología Cervical FO201B15400/416/2014", firma de conformidad y regresa al responsable de la toma de citología vaginal y solicita la exploración y /o capacitación en autoexploración mamaria.
11.	Personal Médico o de enfermería de la Unidad Móvil o del Sistema Municipal DIF	Recibe formato de "Solicitud y Reporte de Citología Cervical" FO201B15400/416/2014 integra y guarda. Realiza exploración mamaria y/o la capacitación en autoexploración mamaria, y registra en "Listado de pacientes atendidas por

		capacitación y/o exploración mamaria”, entrega este a la usuaria para firma e informa verbalmente a la paciente si se encontró alguna alteración sospechosa de cáncer mamario y archiva.
12.	Usuaría.	Recibe para su conocimiento el formato de “Listado de pacientes atendidas por capacitación y/o exploración mamaria” FO201B15400/525/2016, firma de conformidad y regresa al responsable de la exploración mamaria y/o capacitación en autoexploración mamaria y se retira.
13.	Personal Médico o de enfermería de la Unidad Móvil o del Sistema Municipal DIF	Al concluir la jornada, elabora formato de “Control de Citología” en original y dos copias, adjunta todas las “Solicitudes y Reporte de Citología Cervical” FO201B15400/416/2014 realizadas, y posteriormente entrega al responsable del programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del DIFEM para su control y seguimiento.
14.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Recibe formatos de “Control de Citología” en original y dos copias, así como los formatos de “Solicitud y Reporte de Citología Cervical” FO201B15400/416/2014, junto con las muestras de las citologías cervicales realizadas y revisa que estas cumplan con los requerimientos solicitados (Estar debidamente rotuladas con las iniciales de la paciente en el orden que aparece en la “Solicitud y Reporte de Citología Cervical” FO201B15400/416/2014, con lápiz diamante en el caso de las laminillas no biseladas y con lápiz de madera en el caso de las laminillas biseladas; en alguno de los extremos de la laminilla. Las muestras deberán venir con el área donde se colocó la muestra hacia el formato, pegadas únicamente con masking tape en el extremo superior izquierdo de este y ordenadas de acuerdo al “Control de Citologías”) y determina: cumple con los requerimientos?
15.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	En caso de no cumplir con los requerimientos se notifica al personal Responsable de la toma de citología cervical de la unidad móvil ginecológica y/o Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del Sistema Municipal DIF para su corrección y posterior entrega.
16.	Responsable de la Unidad Móvil y/o Sistema Municipal DIF	Recibe los formatos de “Control de Citología y Solicitud y Reporte de Citología Cervical” FO201B15400/416/2014, con las observaciones, corrige y entrega al Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva. Se conecta con la operación 13.
17.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	En caso de cumplir con los requisitos solicitados, firma de recibido una de las copias del “Control de Citologías” y recibe los formatos de “Solicitud y Reporte de Citología Cervical” FO201B15400/416/2014 junto con las muestras de citología cervical y entrega acuse de recibido.
18.	Responsable de la Unidad Móvil y/o Sistema Municipal DIF	Recibe formato de “Control de Citologías” firmado se entera y archiva.

19.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud /Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Ordena y folia las muestras en ambos formatos, en el original del formato de "Solicitud y Reporte de Citología Cervical" FO201B15400/416/2014 y en original y copia del formato "Control de Citologías". Elabora formato de "Entrega de Citologías" y entrega a patología.
20.	IMIEM Hospital para el Niño/Patología	Recibe formatos de "Control de Citologías, Solicitud y Reporte de Citología Cervical" FO201B15400/416/2014 y de "Entrega de Citologías" en original y copia y firma de recibido el formato de "Control de Citologías" correspondiente a cada municipio así como el formato de "Entrega de Citologías", e informa del tiempo de entrega de resultados.
21.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud /Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Recibe acuses de recibido, se entera del tiempo de entrega, archiva temporalmente los acuses y espera la fecha para recoger los resultados.
22.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud /Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Asiste a patología del IMIEM, recibe original del formato de "Solicitud y Reporte de Citología Cervical" FO201B15400/416/2014 con los resultados emitidos, revisa los resultados y determina: Cual es el diagnóstico?
23.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud /Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	En el caso de presentar Cáncer in situ, se contacta al Sistema Municipal DIF y a la Institución Pública o Privada vía telefónica para que se le informe de manera inmediata a la usuaria de los hallazgos encontrados.
24.		Si el diagnóstico corresponde a cualquiera de los siguientes (VPH, NIC I, NIC II o NIC III) los resultados se entregaran a los Sistemas Municipales DIF en la Reunión Mensual de Coordinadores Médicos y se informa vía telefónica a las instituciones públicas y/o privadas que solicitaron la jornada, que pueden pasar a recoger sus resultados.
25.	Sistema Municipal DIF	Recibe resultados en original mismos que deberá entregar a las pacientes, se registra en la libreta florete y en caso de que alguno de sus resultados no sea normal deberá firmar la copia del formato "Solicitud y Reporte de Citología Cervical" FO201B15400/416/2014 y regresar al Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.  Entrega resultados a las pacientes, y si se tratara de un resultado anormal, deberá elaborar una hoja de referencia a la paciente a un segundo nivel de atención y presentar copia de la misma al Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en la reunión mensual.
26.	Institución Pública y/o Privada	Acude a recoger los resultados y se registra en la libreta florete y entrega resultados a las pacientes.
27.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud /Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Recibe copia del formato "Solicitud y Reporte de Citología Cervical" FO201B15400/416/2014 y copia de hojas de referencia de pacientes a un segundo nivel registra de forma electrónica los casos positivos y demás diagnósticos de menor gravedad y archiva por municipio.

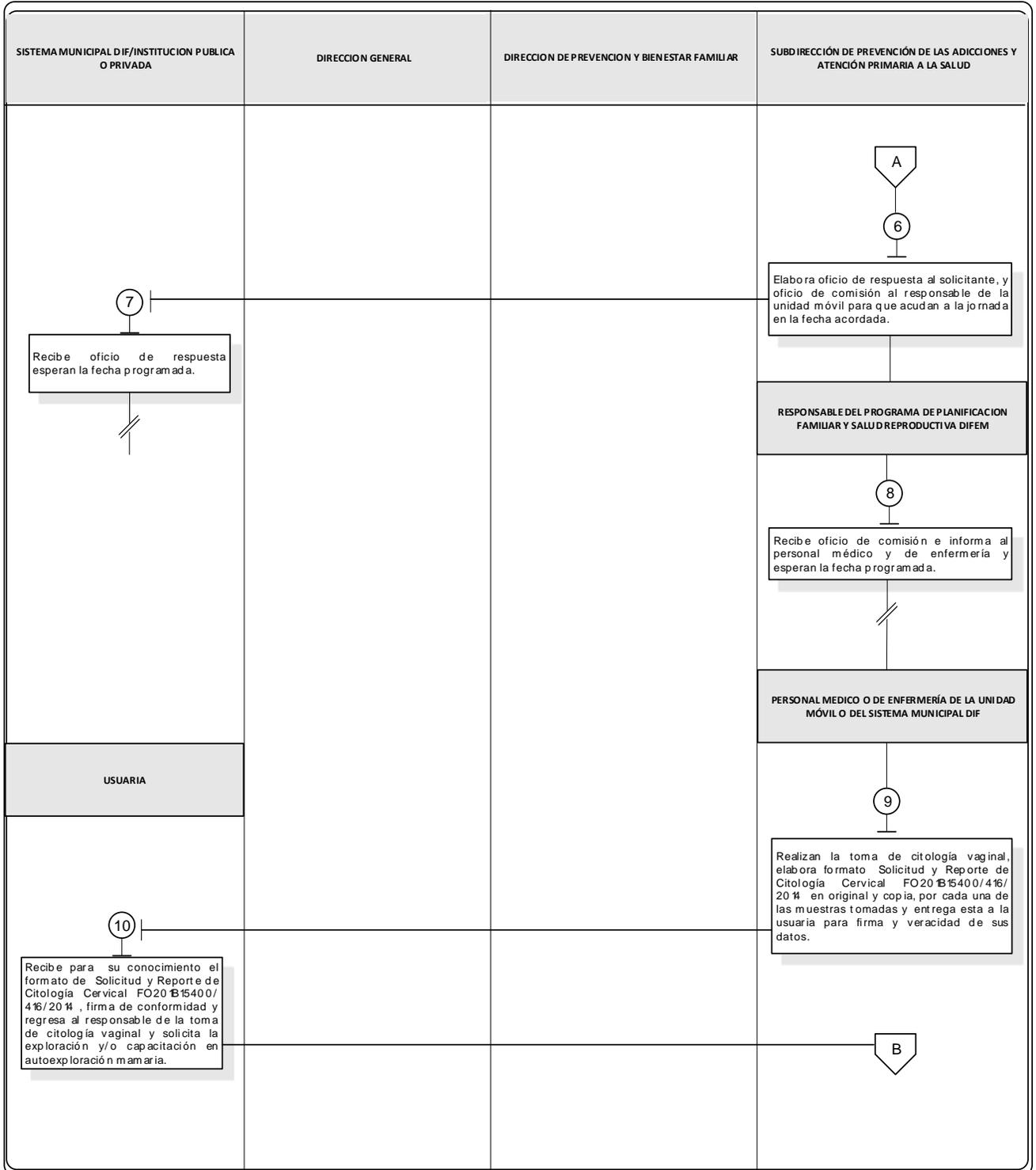


**PROCEDIMIENTO:** TOMA DE CITOLOGÍA CERVICAL A MUJERES EN SITUACIÓN VULNERABLE DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO.



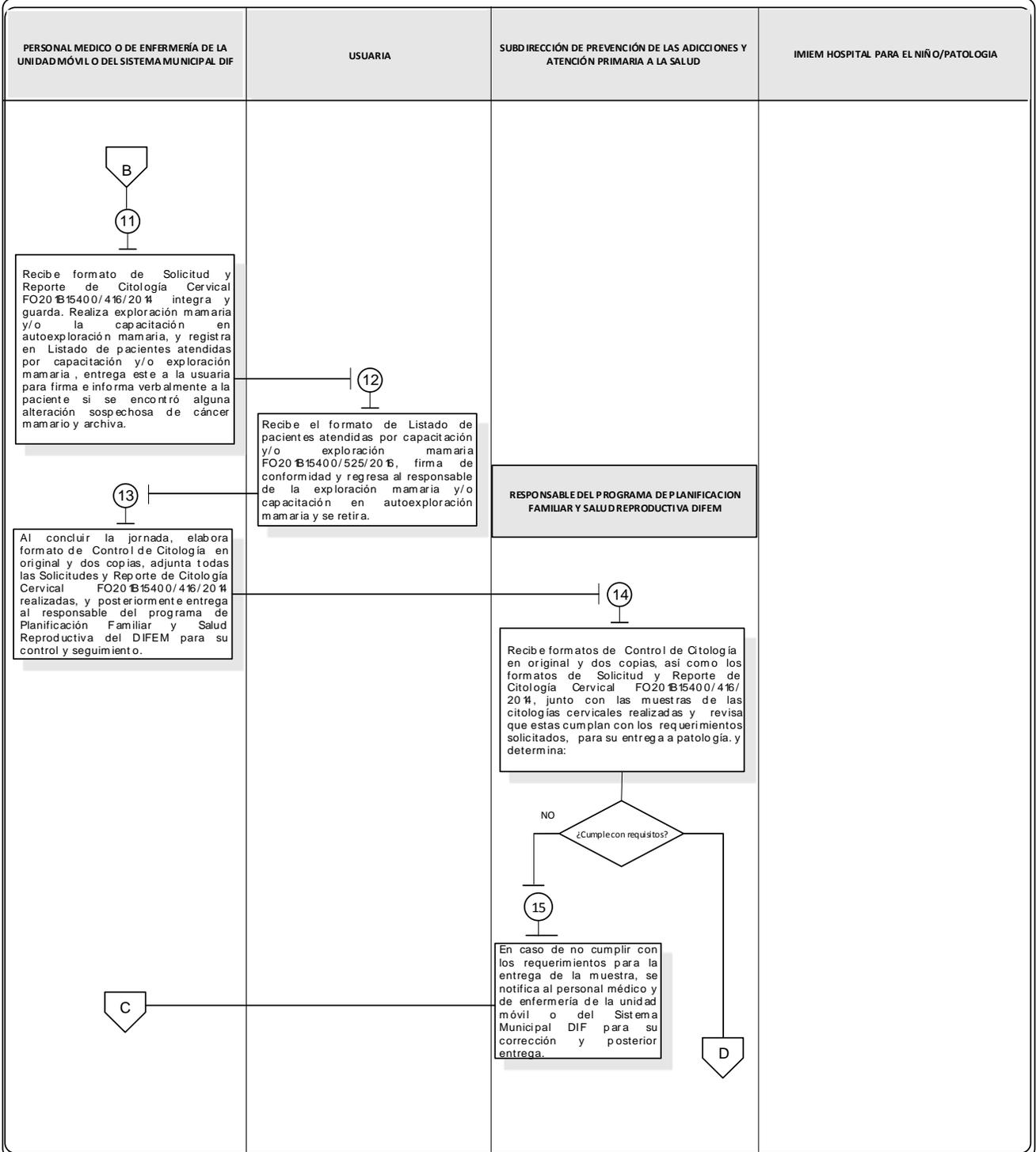


**PROCEDIMIENTO:** TOMA DE CITOLOGÍA CERVICAL A MUJERES EN SITUACIÓN VULNERABLE DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO.



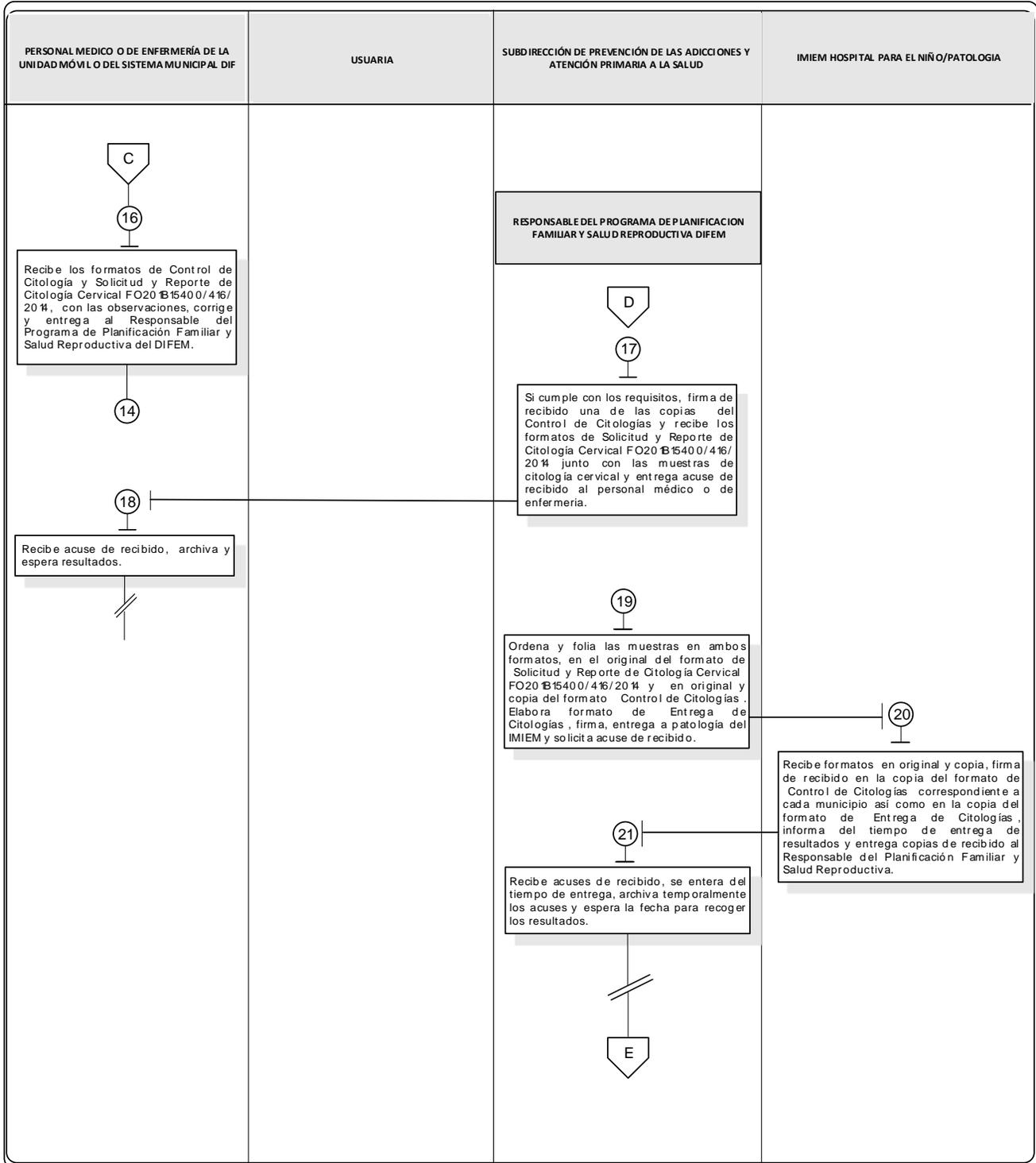


**PROCEDIMIENTO:** DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y/O EXPLORACIÓN MAMARIA, ASÍ COMO CAPACITACIÓN INDIVIDUAL EN AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA A MUJERES EN SITUACIÓN VULNERABLE DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO



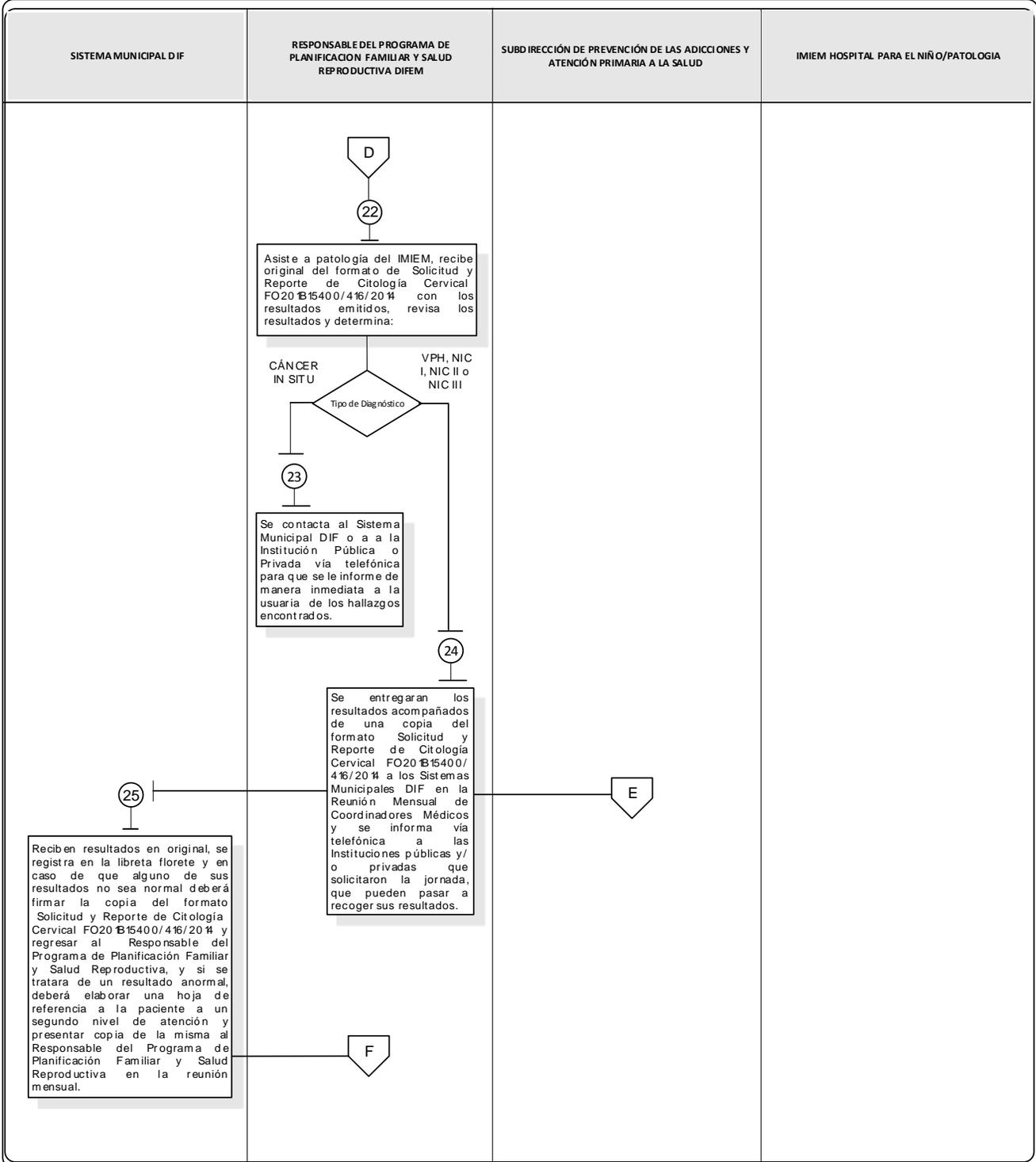


**PROCEDIMIENTO:** DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y/O EXPLORACIÓN MAMARIA, ASÍ COMO CAPACITACIÓN INDIVIDUAL EN AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA A MUJERES EN SITUACIÓN VULNERABLE DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO



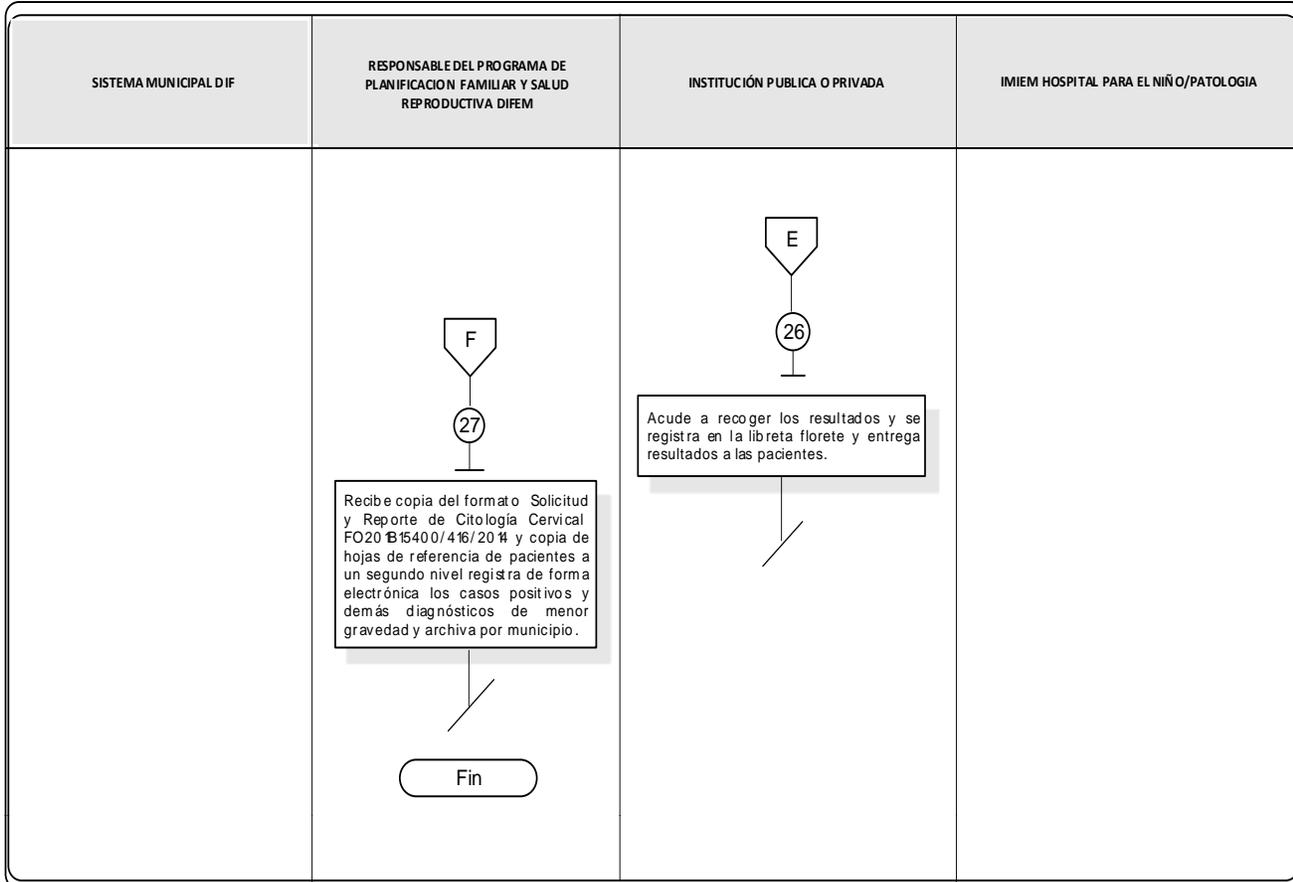


**PROCEDIMIENTO:** DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y/O EXPLORACIÓN MAMARIA, ASÍ COMO CAPACITACIÓN INDIVIDUAL EN AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA A MUJERES EN SITUACIÓN VULNERABLE DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO





**PROCEDIMIENTO:** DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y/O EXPLORACIÓN MAMARIA, ASÍ COMO CAPACITACIÓN INDIVIDUAL EN AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA A MUJERES EN SITUACIÓN VULNERABLE DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO



**MEDICIÓN:**

$N^{\circ}$  de casos positivos a cáncer /  $N^{\circ}$  de citologías analizadas por patología = % de detección de cáncer cervico-uterino

$N^{\circ}$  de casos sospechosos/  $N^{\circ}$  de exploraciones realizadas= % de pacientes con sospecha de cáncer mamario.

**REGISTRO DE EVIDENCIAS**

- Formato de Solicitud y Reporte de Citología Cervical FO201B15400/416/2014
- Control de Citología (Formato Libre).
- Listado de pacientes atendidas por capacitación y/o exploración mamaria FO201B15400/525/2016.
- Libreta Florete.

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:**

- Formato de Solicitud y Reporte de Citología Cervical FO201B15400/416/2014.
- Control de Citología (Formato Libre).
- Formato de entrega de citologías a patología para su lectura (Formato libre)
- Listado de pacientes atendidas por capacitación y/o exploración mamaria FO201B15400/525/2016.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



FO201B15400/416/2014

**SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL**

<p><b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE</b></p> <p>(1) Entidad/Delegación: _____</p> <p>(2) Jurisdicción: _____</p> <p>(3) Municipio: _____</p> <p>(4) Unidad Médica: _____</p> <p>(5) Institución: _____</p>	<p>CLAVE ÚNICA</p> <p>Área de Emisión y captura</p> <p>1. [ ][ ]</p> <p>2. [ ][ ]</p> <p>3. [ ][ ][ ]</p> <p>4. [ ][ ]</p>
<p><b>II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE</b></p> <p>(6) Estado de nacimiento: _____ (7) Edad: [ ][ ] años</p> <p>(8) Nombre: Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____</p> <p>(9) Domicilio: Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o Predio _____</p> <p>Estado _____ Entidad Federativa _____ Teléfono _____</p> <p>(10) Otro domicilio o referencia: Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____</p>	<p>5. Fecha de Nacimiento</p> <p>[ ][ ] DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO</p>
<p><b>III. ANTECEDENTES</b></p> <p>(11) Citología (a) Primer vez se ignora o más de tres años (b) Subsecuente</p> <p>(12) Situación Ginecolobstétrica (a) Puerperio o posparto (b) Postmenopausia (c) Tratamientos ginecolobstétricos (d) Uso de hormonales (e) DIU (f) Histerectomía (g) Embarazo actual (h) Ninguno</p> <p>(13) Fecha de la última regla [ ][ ] DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO</p> <p>(14) A la exploración se observa (a) Cuello aparentemente sano (b) Cuello anormal (c) Errores del cuello (d) Cervicitis (e) Leucorrea (f) Sangrado anormal (g) No se observa cuello (h) No se observa cuello</p> <p>(15) Utensilio con el que tomó la muestra (a) Especúlo de aire modificada (b) Citobrush (c) Hisopo (d) Otros</p> <p>(16) Responsable de toma citológica _____</p> <p>(17) Fecha de toma de la muestra _____</p> <p>(18) Factores de riesgo (a) Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (b) Múltiples parejas sexuales (c) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (d) Tabaquismo</p> <p>(19) Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer [ ] SI [ ] NO</p> <p>(20) Firma de la paciente _____ Declaro que los datos proporcionados son verídicos</p>	<p>6. [ ][ ]</p> <p>7. [ ][ ] [ ][ ]</p> <p>8. [ ][ ]</p> <p>9. [ ][ ]</p>
<p><b>IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL</b></p> <p>(21) Fecha de interpretación _____ (22) Número Citológico _____ (23) Laboratorio: _____</p> <p>(24) Características de la muestra (a) Adecuada (b) Limitada (c) Inadecuada</p> <p>(25) Diagnóstico citológico (a) Negativo a cáncer (normal) (b) Negativo con proceso inflamatorio (c) Displasia leve (NIC 1) (d) Displasia moderada (NIC 2) (e) Displasia grave (NIC 3) (f) Cáncer invasor (g) Adenocarcinoma (h) Haligno no especificado</p> <p>(26) Hallazgos adicionales (a) Imagen del VPH (b) Imagen del virus del herpes (c) Chlamydia (d) Tricomonas (e) Bacterias (f) Hongos (g) Pyloriformacionis (h) Otros</p> <p>(27) Repetir estudio [ ] SI [ ] NO</p> <p>(28) Motivo (a) Ausencia de células de metaplasia (b) Ausencia de moco (c) Ausencia de células endocervicales (d) Lámina rota (e) Frotis grueso (f) Muestra con sangre (g) Muestra mal fijada (h) Otros</p> <p>(29) RFC del Citotecnólogo _____</p> <p>(30) La muestra fue revisada por el Patólogo [ ] SI [ ] NO</p> <p>(31) Diagnóstico del Patólogo _____</p> <p>(32) Observaciones: _____</p> <p>(33) Firma y RFC del Patólogo _____</p> <p>(34) Fecha de notificación de resultado a la paciente _____</p>	<p>10. RFC [ ][ ][ ]</p> <p>11. [ ][ ] DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO</p> <p>12. [ ][ ]</p> <p>13. [ ][ ]</p> <p>14. [ ][ ]</p> <p>15. [ ][ ]</p> <p>16. [ ][ ] [ ][ ]</p> <p>17. [ ][ ]</p> <p>18. [ ][ ]</p> <p>19. [ ][ ]</p> <p>20. RFC [ ][ ][ ]</p> <p>21. [ ][ ] DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO</p> <p>22. [ ][ ]</p> <p>23. [ ][ ]</p> <p>24. [ ][ ]</p> <p>25. [ ][ ]</p> <p>26. [ ][ ]</p> <p>27. [ ][ ] [ ][ ]</p> <p>28. [ ][ ]</p> <p>29. [ ][ ]</p> <p>30. RFC [ ][ ][ ]</p> <p>31. [ ][ ] DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO</p> <p>32. [ ][ ]</p> <p>33. [ ][ ]</p> <p>34. [ ][ ] DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO</p>

– INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO

**SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICAL**  
**FO201B15400/416/2014**

**Objetivo:** Identificar el municipio que tomo la citología, así como conocer los datos de la usuaria y en caso de presentar alguna patología proceder a la brevedad posible a su localización para canalizarla a la instancia correspondiente.

**Distribución y Destinatarios:** El formato se entregará a todos los municipios inscritos en el programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva para que sean llenados cuando se realicen tomas de citología vaginal.

**Indicaciones Generales:** Complete todos los rubros (utilice bolígrafo de tinta oscura, letra clara de molde y números arábigos). En el área de la derecha coloque las claves que corresponda. Utilice una casilla para cada letra o número. Los incisos 1 al 20 serán llenados por el personal que tomó la muestra. El inciso 21 será firmado por la paciente a la que se le realiza el estudio. Los incisos 22 al 29 serán llenados por el citotecnólogo. Los incisos 31 al 33 por el patólogo en el laboratorio de citología y el inciso 34 será llenado obligatoriamente por el personal que notifica y/o refiere a la paciente a otro nivel de atención. El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación. Los incisos deben llenarse obligatoriamente en forma completa en los espacios correspondientes.

No.	CAMPO	INSTRUCCIÓN
I	<b>IDENTIFICACION DE LA UNIDAD QUE REFIERE</b>	
		Debe disponerse de las claves de los niveles y áreas, correspondientes a la unidad que toma la muestra (entidad, jurisdicción, municipio / delegación); registre el nombre.
II	<b>IDENTIFICACION DE LA SOLICITANTE</b>	
		Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la atención.
6	<b>Entidad de Nacimiento</b>	En caso de no conocer los datos debe anotar "se ignora" en el espacio correspondiente.
7	<b>Fecha de Nacimiento</b>	En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla el año correspondiente a la edad aproximada de la paciente y complete las casillas día y mes con los número 00/01.
8	<b>Edad</b>	Años cumplidos. En caso de ignorar el dato anote edad aproximada.
9	<b>Nombre.</b>	Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente.
10	<b>Domicilio</b>	Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
11	<b>Otro Domicilio o Referencia</b>	Llenar cuando exista otro domicilio o referencia donde localizarla.
III	<b>ANTECEDENTES</b>	
		Se refiere a los antecedentes de la mujer a la que se realiza la detección.
12	<b>Citología</b>	Elija una sola opción.
13	<b>Situación Ginecoobstétrica</b>	Elija una a dos opciones. La opción (2= Postmenopausia en caso de que la paciente no ha presentado menstruación desde hace un año y medio o más.
14	<b>Fecha de la última regla</b>	Según refiera la paciente En caso de imprecisión ante el primer día del mes y año aproximados.
15	<b>A la exploración se observa</b>	Elija el resultado de la exploración ginecológica efectuada con espejo vaginal.
16	<b>Utensilio con que tomó la muestra</b>	Elija una sola opción.
17	<b>Responsable de la toma citológica</b>	Anotar el R.F.C. Del responsable de la toma citológica.
18	<b>Fecha de la Toma de la Muestra</b>	Anote la fecha en que se tomó la muestra citológica.
19	<b>Factores de riesgo</b>	Anote la fecha en que se tomó la muestra citológica.
20	<b>Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer</b>	Elija una opción.
21	<b>Firma de la paciente.</b>	Firma o huella digital que respalde que la información obtenida es verídica y que valide que se le realizó la toma de muestra citológica a esa paciente.
IV	<b>RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICAL</b>	
		Se refiere a los resultados de la citología de la mujer a la que se realizó la detección.
22	<b>Fecha de Interpretación</b>	Anote la fecha en que se interpretó la citología.
23	<b>Número citológico</b>	El que el laboratorio asigne a la muestra
24	<b>Laboratorio</b>	Deberá ser llenado por el laboratorio.
25	<b>Características de la muestra.</b>	Anote según la presencia de células identificadas en el frotis.
	<b>Adecuada:</b>	Cuando la muestra puede ser interpretada sin calificativo y reúne principalmente los siguientes criterios: Número de células escamosas bien conservadas que pueden verse fácilmente y que cubran más de 10% de la superficie de la laminilla. 2)



**Instructivo de llenado del formato**

**Listado de pacientes atendidas por capacitación y/o exploración mamaria**

<b>Objetivo:</b>		
Contar con un listado de pacientes atendidas y/o capacitadas en materia de prevención de cáncer mamario.		
<b>Instrucciones Generales:</b>		
El formato <b>Listado de pacientes atendidas por capacitación y/o exploración mamaria</b> es llenado en el caso de que la paciente sea capacitada y/o explorada en las jornadas realizadas en la unidad móvil ginecológica.		
<b>1</b>	<b>MUNICIPIO:</b>	Municipio en el que se realizó la jornada
<b>2</b>	<b>FECHA:</b>	Fecha en la que se realizó la jornada.
<b>3</b>	<b>LOCALIDAD:</b>	Nombre de la localidad en la que se realizó la jornada.
<b>4</b>	<b>N°</b>	Se anotará el número consecutivo de las pacientes atendidas.
<b>5</b>	<b>NOMBRE DE LA PACIENTE:</b>	Nombre completo de la paciente atendida.
<b>6</b>	<b>EDAD:</b>	Edad de la paciente
<b>7</b>	<b>CAPACITACIÓN:</b>	Se indicará con una "X" si la paciente recibió capacitación en materia de autoexploración mamaria.
<b>8</b>	<b>EXPLORACIÓN:</b>	Se indicará con una "X" si a la paciente se le realizó una exploración mamaria.
<b>9</b>	<b>FIRMA:</b>	Firma de la paciente que fue atendida
<b>10</b>	<b>RESULTADOS:</b>	Se anotará "normal" si la paciente no presenta ninguna alteración sugestiva de cáncer mamario, y "sospechoso" en caso de presentar alguna masa o alteración sugestiva de cáncer mamario.
<b>11</b>	<b>REFERIDA:</b>	Se anotará "sí" o "no" dependiendo si fue referida a otro nivel de atención.
<b>12</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:</b>	Se anotará el nombre y firma del médico que impartió las capacitaciones y/o realizó las exploraciones mamarias.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD</b>	Edición: Segunda
	Fecha: Junio de 2016
	Código: 201B15400
	Pág.

**PROCEDIMIENTO: Registro y Control del Abastecimiento del Programa de Planificación Familiar en los Sistemas Municipales DIF.**

**OBJETIVO:**

Mantener en coordinación con los Sistemas Municipales DIF que operen el programa de planificación familiar la distribución de métodos anticonceptivos a la población sexualmente activa con el propósito de disminuir los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, mediante el registro y control del abastecimiento.

**ALCANCE:**

Este procedimiento aplica al personal involucrado en el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva y a médicos enfermeras y personal paramédico de los Sistemas Municipales del DIF.

**REFERENCIAS:**

- Ley General Salud; Capitulo. VI Art. 67 al 71, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984.
- Ley de Asistencia Social Capitulo. V art 28, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de Septiembre de 2004.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Art 3, Art 6 I, Capitulo. III, Art 8, Art 13 I, II, III, Art 17, Art 18 I, XIII, XV, publicado en Gaceta del Gobierno el 7 de Septiembre del 2010.
- Ley General de Población; Capitulo. 1 Art. 3 Fracciones II y IV, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de Enero de 1999.
- Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA-2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (P.F.)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Cap. VI, Art. 116 al 120, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 14 de mayo de 1986 y reformas el 24 de marzo del 2014.
- Reglamento Interior de la S.S.A. Cap. VI Art. 17, publicado en el Diario Oficial de la Federación en marzo de 2002.
- Reglamento de la Ley General de Población; Cap. 2º, Sección II, Art. 13 al 27, publicado en Gaceta del Gobierno del 14 de Abril de 2000.

- Programa Nacional de Salud (PNS), publicado en el Diario Oficial de la Federación de Marzo de 2001-2006.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Artículo 19 fracción XI, publicado en la Gaceta del Gobierno, 24 de Abril de 2012.
- Manual General de Organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Apartado 201B15400 función 8, 10, 11, 12, 13, y 17. publicado en Gaceta del Gobierno del 19 de Junio de 2012.

**RESPONSABILIDADES:**

La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud es la responsable de supervisar la distribución de métodos anticonceptivos dirigidos a los Sistemas Municipales DIF de la entidad.

**Los Sistemas Municipales DIF deberán:**

- Elaborar informe mensual de la aplicación y distribución de métodos proporcionados.
- Elaborar solicitud de anticonceptivos de acuerdo al programa de planificación familiar.

**La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva deberá:**

- Determinar la entrega de métodos anticonceptivos.
- Elaborar "Vale de Método Anticonceptivo" para la entrega métodos.
- Elaborar concentrado mensual de pacientes atendidas, métodos distribuidos

**La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Encargado de la bodega deberá:**

- Recibir la solicitud y vale de métodos anticonceptivos debidamente autorizado por el responsable del programa de planificación familiar.
- Solicitar la firma de recibido a la entrega de insumos por el Sistema Municipal DIF.

**La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Capturista deberá:**

- Capturar el informe mensual concentrado por Sistema Municipal DIF.

**DEFINICIONES:**

**Métodos anticonceptivos:** Aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de fecundación en mujeres fértiles.

**Método Temporal:** Aquel que suspende la función reproductiva durante un lapso de tiempo.

**Método Definitivo:** Aquel que suspende totalmente la función reproductora.

**INSUMOS:**

- Solicitud de Métodos Anticonceptivos.

**RESULTADOS:**

- Informe mensual de planificación familiar en cuanto a la distribución de métodos anticonceptivos en los Sistemas Municipales DIF.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Realización de Visitas de Promoción de los Programas de Prevención y Bienestar Familiar en los Sistemas Municipales 201B15000/01.
- Impartición de Pláticas, Talleres, Conferencias y Cursos Sobre Temas de Prevención y Bienestar Familiar 201B15000/02.

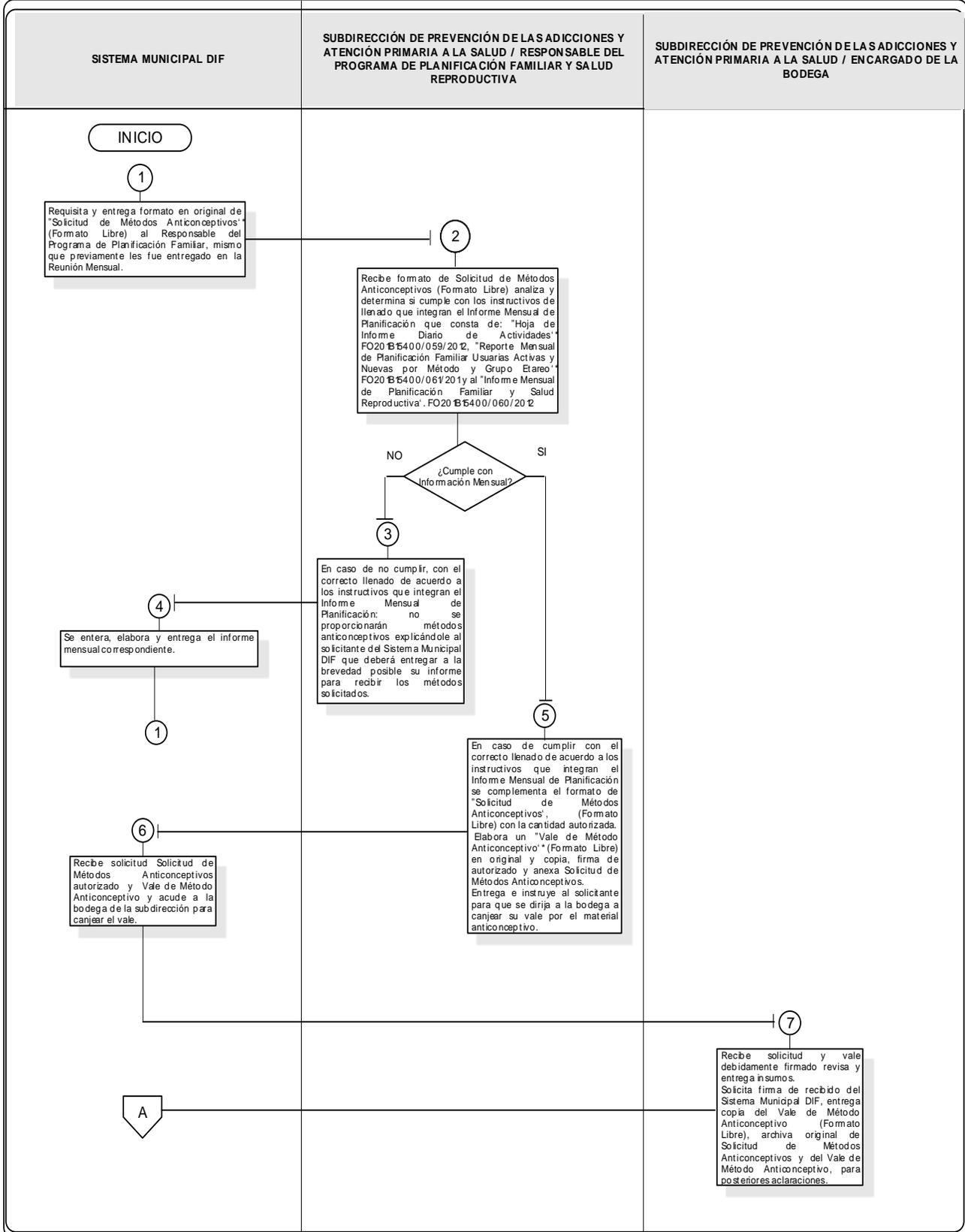
**POLÍTICAS:**

- La solicitud de los métodos anticonceptivos será cada mes a los Sistemas Municipales que lleven el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- Los métodos anticonceptivos deberán ser distribuidos de acuerdo al reporte mensual de usuarias activas de los Sistemas Municipales DIF, así como un stock para las nuevas usuarias que se integren al Programa.
- Se deberá proporcionar métodos anticonceptivos únicamente a los Sistemas Municipales DIF que lleven el Programa de Planificación Familiar en Salud Reproductiva.
- Se deberá proporcionar el vale correspondiente a los Sistemas Municipales DIF para la solicitud de los métodos anticonceptivos.
- No se proporcionará métodos anticonceptivos al Sistema Municipal DIF que no realice reporte mensual de usuarias activas, así como aquellos que no opere el Programa de Planificación Familiar.
- Se deberá notificar a la Presidenta del Sistema Municipal DIF a través de oficio si incurre en incumplimiento a la normatividad en tres meses consecutivos para que tome las medidas necesarias.

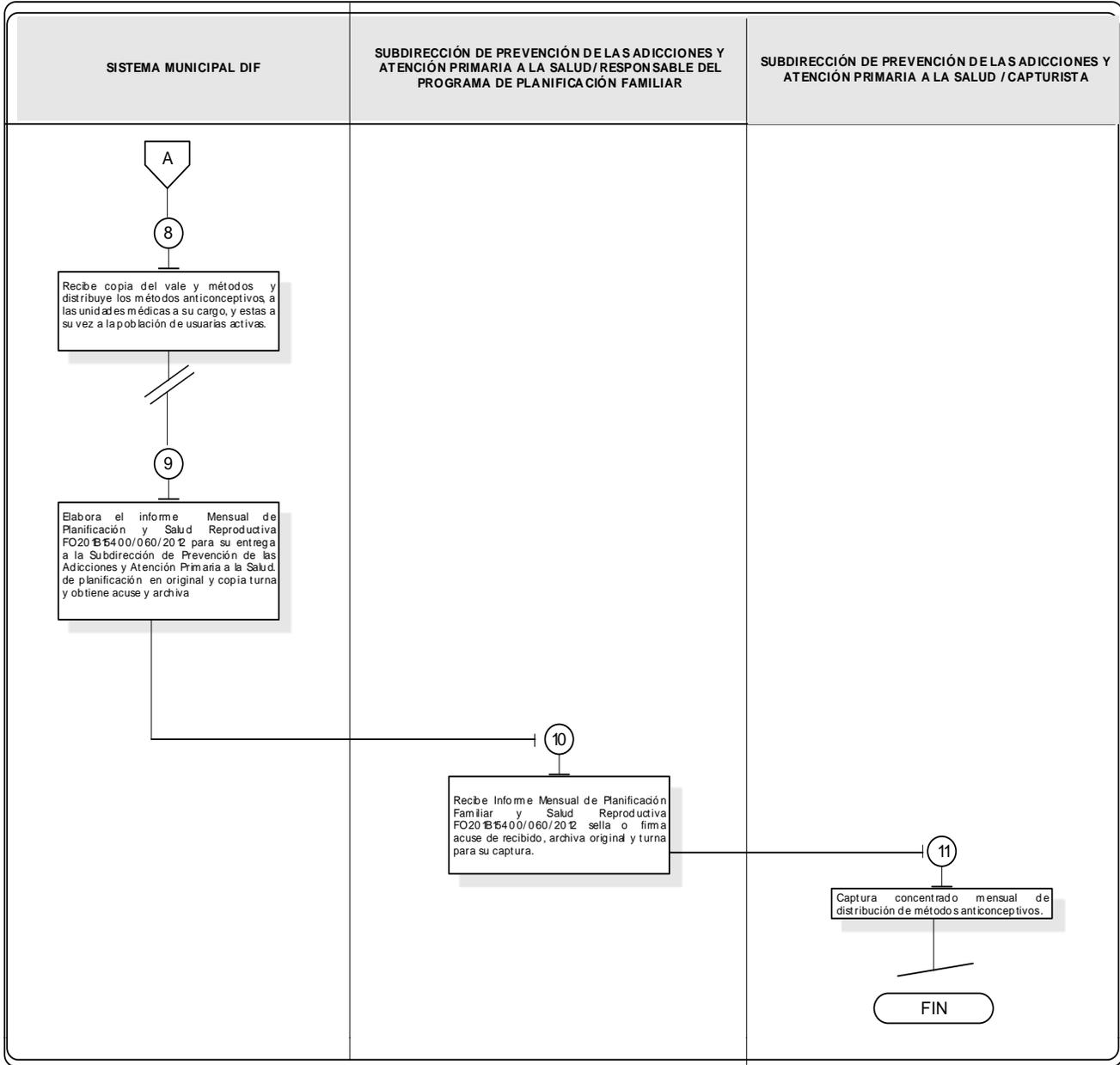
**DESARROLLO: Registro y Control del Abastecimiento del Programa de Planificación Familiar en los Sistemas Municipales DIF.**

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	ACTIVIDAD
1.	Sistema Municipal DIF	Requisita y entrega formato en original de "Solicitud de Métodos Anticonceptivos" (Formato Libre) al Responsable del Programa de Planificación Familiar, mismo que previamente les fue entregado en la Reunión Mensual.
2.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Recibe formato de Solicitud de Métodos Anticonceptivos (Formato Libre) analiza y determina si cumple con los instructivos de llenado que integran el Informe Mensual de Planificación que consta de: "Hoja de Informe Diario de Actividades" FO201B15400/059/2012, "Reporte Mensual de Planificación Familiar Usuarías Activas y Nuevas por Método y Grupo Etereo" FO201B15400/061/201 y al "Informe Mensual de Planificación Familiar y Salud Reproductiva". FO201B15400/060/2012
3.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	En caso de no cumplir, con el correcto llenado de acuerdo a los instructivos que integran el Informe Mensual de Planificación: no se proporcionarán métodos anticonceptivos explicándole al solicitante del Sistema Municipal DIF que deberá entregar a la brevedad posible su informe para recibir los métodos solicitados.
4.	Sistema Municipal DIF	Se entera, elabora y entrega el informe mensual correspondiente. Se conecta con actividad No. 1
5.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	En caso de cumplir con el correcto llenado de acuerdo a los instructivos que integran el Informe Mensual de Planificación se complementa el formato de "Solicitud de Métodos Anticonceptivos", (Formato Libre) con la cantidad autorizada.  Elabora un "Vale de Método Anticonceptivo" (Formato Libre) en original y copia, firma de autorizado y anexa Solicitud de Métodos Anticonceptivos.  Entrega e instruye al solicitante para que se dirija a la bodega a canjear su vale por el material anticonceptivo.
6.	Sistema Municipal DIF	Recibe Solicitud de Métodos Anticonceptivos autorizado y Vale de Método Anticonceptivo y acude a la bodega de la subdirección para canjear el vale.
7.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud /Encargado de la bodega	Recibe solicitud y vale debidamente firmado revisa y entrega insumos.  Solicita firma de recibido del Sistema Municipal DIF, entrega copia del Vale de Método Anticonceptivo (Formato Libre), archiva original de Solicitud de Métodos Anticonceptivos y del Vale de Método Anticonceptivo, para posteriores aclaraciones.
8.	Sistema Municipal DIF	Recibe copia del vale y métodos y distribuye los métodos anticonceptivos, a las unidades médicas a su cargo, y estas a su vez a la población de usuarias activas.
9.	Sistema Municipal DIF	Elabora el informe Mensual de Planificación y Salud Reproductiva FO201B15400/060/2012 para su entrega a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud. de planificación en original y copia turna y obtiene acuse y archiva
10.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	Recibe Informe Mensual de Planificación Familiar y Salud Reproductiva FO201B15400/060/2012 sella o firma acuse de recibido, archiva original y turna para su captura.
11.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Capturista	Captura concentrado de distribución de métodos a los Sistemas Municipales DIF.

**PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y CONTROL DEL ABASTECIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF**



**PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y CONTROL DEL ABASTECIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF**



**MEDICIÓN:**

$\frac{\text{Numero de métodos otorgados} \times 100}{\text{Número de métodos solicitados}}$  = Porcentaje de distribución de métodos

**REGISTRO DE EVIDENCIAS:**

- Concentrado mensual de pacientes atendidas y métodos distribuidos

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:**

- Concentrado Mensual(Formato Libre)
- Hoja de Informe Diario de Actividades FO201B15400/059/2012
- Hoja de Reporte Mensual de Planificación Familiar Usuarias Activas y Nuevas por Método y Grupo Etéreo FO201B15400/061/2012
- Hoja de Informe Mensual de Planificación Familiar y Salud Reproductiva FO201B15400/060/2012
- Vale de Material (Formato libre)





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**REPORTE MENSUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR  
USUARIAS ACTIVAS Y NUEVAS POR METODO Y GRUPO ETAREO**

Nombre del municipio (1) \_\_\_\_\_ Mes que reporta (2) \_\_\_\_\_

**USUARIAS ACTIVAS (3)**

Método	15-19 años	20-24 años	25-44 años	45-49 años	Total
DIU					
DIU HORMONAL ORAL					
DIU HORMONAL					
INYECCIONABLE					
PRE-SERVATIVO					
VASECTOMIA					
OTRO					
TOTAL					

**USUARIAS NUEVAS (4)**

Método	15-19 años	20-24 años	25-44 años	45-49 años	Total
DIU					
DIU HORMONAL ORAL					
DIU HORMONAL					
INYECCIONABLE					
PRE-SERVATIVO					
VASECTOMIA					
OTRO					
TOTAL					

MEDICO Y/O ENFERMERA DEL SMDIF

Nombre y firma (5) \_\_\_\_\_

FD201B15400/061/2012

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO  
REPORTE MENSUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR USUARIAS ACTIVAS Y  
NUEVAS POR METODO Y GRUPO ETAREO  
FO201B15400/061/2012**

**Objetivo:** Contar con un documento formalmente requisitado que ampare el padrón de usuarias del Programa de Planificación Familiar.

**Distribución y Destinatarios:** El formato se entregará a todos los municipios inscritos en el Programa de Planificación Familiar y será llenado cada vez que un Sistema Municipal DIF entrega información mensual sobre las usuarias atendidas, y distribución de métodos anticonceptivos.

**Indicaciones Generales:** Complete todos los rubros (utilice bolígrafo de tinta oscura, letra clara de molde y números arábigos). El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación. Los incisos deben llenarse obligatoriamente en forma completa en los espacios correspondientes.

No.	CAMPO	INSTRUCCIÓN
1	Nombre del municipio:	Nombre del Municipio que reporta.
2	Mes que reporta:	Mes al cual se refiere la información.
3	Usuarias activas:	Reporte de las usuarias activas de planificación familiar que comprende el padrón de beneficiarios del Sistema Municipales DIF, por método y grupo de edad (etario).
4	Usuarias nuevas:	Reporte de las usuarias de nuevo ingreso al programa de planificación familiar y así integrar en su totalidad el padrón de beneficiarios del Sistema Municipales DIF, por método y grupo de edad (etario).
5	Nombre y firma	Nombre y firma del médico o enfermera del SMDIF responsable de la información.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**INFORME MENSUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA**

Unidad (1) \_\_\_\_\_ Localidad (2) \_\_\_\_\_ Municipio (3) \_\_\_\_\_  
No. municipio (4) \_\_\_\_\_ Consultorio (5) \_\_\_\_\_ Fecha (6) \_\_\_\_\_

Consultas	PERSONAS ATENDIDAS (7)										MÉTODOS DISTRIBUIDOS (8)									
	TOTAL	U. FEM		U. MASC		U. OBT		U. OBT		U. OBT		U. OBT		U. OBT		U. OBT		U. OBT		
Primera vez																				
Subsecuente																				
Total																				
Usuar. nuevas																				
Usuar. activas																				
Espes																				
<b>BAJAS POR CAUSA (9)</b>																				
MUTUALIDAD (10)																				
MUTUALIDAD (11)																				
MUTUALIDAD (12)																				
MUTUALIDAD (13)																				
MUTUALIDAD (14)																				
MUTUALIDAD (15)																				
MUTUALIDAD (16)																				
MUTUALIDAD (17)																				
MUTUALIDAD (18)																				
MUTUALIDAD (19)																				
MUTUALIDAD (20)																				
MUTUALIDAD (21)																				
MUTUALIDAD (22)																				
MUTUALIDAD (23)																				
MUTUALIDAD (24)																				
MUTUALIDAD (25)																				
MUTUALIDAD (26)																				
MUTUALIDAD (27)																				
MUTUALIDAD (28)																				
MUTUALIDAD (29)																				
MUTUALIDAD (30)																				
MUTUALIDAD (31)																				
MUTUALIDAD (32)																				
MUTUALIDAD (33)																				
MUTUALIDAD (34)																				
MUTUALIDAD (35)																				
MUTUALIDAD (36)																				
MUTUALIDAD (37)																				
MUTUALIDAD (38)																				
MUTUALIDAD (39)																				
MUTUALIDAD (40)																				
MUTUALIDAD (41)																				
MUTUALIDAD (42)																				
MUTUALIDAD (43)																				
MUTUALIDAD (44)																				
MUTUALIDAD (45)																				
MUTUALIDAD (46)																				
MUTUALIDAD (47)																				
MUTUALIDAD (48)																				
MUTUALIDAD (49)																				
MUTUALIDAD (50)																				
MUTUALIDAD (51)																				
MUTUALIDAD (52)																				
MUTUALIDAD (53)																				
MUTUALIDAD (54)																				
MUTUALIDAD (55)																				
MUTUALIDAD (56)																				
MUTUALIDAD (57)																				
MUTUALIDAD (58)																				
MUTUALIDAD (59)																				
MUTUALIDAD (60)																				
MUTUALIDAD (61)																				
MUTUALIDAD (62)																				
MUTUALIDAD (63)																				
MUTUALIDAD (64)																				
MUTUALIDAD (65)																				
MUTUALIDAD (66)																				
MUTUALIDAD (67)																				
MUTUALIDAD (68)																				
MUTUALIDAD (69)																				
MUTUALIDAD (70)																				
MUTUALIDAD (71)																				
MUTUALIDAD (72)																				
MUTUALIDAD (73)																				
MUTUALIDAD (74)																				
MUTUALIDAD (75)																				
MUTUALIDAD (76)																				
MUTUALIDAD (77)																				
MUTUALIDAD (78)																				
MUTUALIDAD (79)																				
MUTUALIDAD (80)																				
MUTUALIDAD (81)																				
MUTUALIDAD (82)																				
MUTUALIDAD (83)																				
MUTUALIDAD (84)																				
MUTUALIDAD (85)																				
MUTUALIDAD (86)																				
MUTUALIDAD (87)																				
MUTUALIDAD (88)																				
MUTUALIDAD (89)																				
MUTUALIDAD (90)																				
MUTUALIDAD (91)																				
MUTUALIDAD (92)																				
MUTUALIDAD (93)																				
MUTUALIDAD (94)																				
MUTUALIDAD (95)																				
MUTUALIDAD (96)																				
MUTUALIDAD (97)																				
MUTUALIDAD (98)																				
MUTUALIDAD (99)																				
MUTUALIDAD (100)																				

ELABORÓ

Ve. Bn. SUBDIRECCIÓN MEDICA SMDIF

Nombre y firma (31)

Nombre y firma (32)

FD201B15400/040/2012

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO**  
**REPORTE MENSUAL DE PLANIFICACION Y SALUD REPRODUCTIVA**  
**FO201B15400/061/2012**

**Objetivo:** Contar con un documento formalmente requisitado que ampare las actividades realizadas en materia de planificación familiar y salud reproductiva.

**Distribución y Destinatarios:** El formato se entregará a todos los municipios inscritos en el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva para que sea llenado por el personal responsable del programa llenado cada vez que un Sistema Municipal DIF entrega información mensual sobre las usuarias atendidas, distribución de métodos anticonceptivos, detección de cáncer cervico uterino y mamario.

**Indicaciones Generales:** Complete todos los rubros (utilice bolígrafo de tinta oscura, letra clara de molde y números arábigos). El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación. Los incisos deben llenarse obligatoriamente en forma completa en los espacios correspondientes.

No.	CAMPO	INSTRUCCIÓN
1	Unidad:	Nombre de la unidad que reporta.
2	Localidad:	Nombre de localidad que reporta.
3	Municipio:	Nombre del municipal estatal.
4	Nº DE MUNICIPIO:	Número de municipio.
5	Consultorio:	Número del mismo.
6	Fecha:	Año y mes que se reporta.
7	Personas atendidas	Son las usuarias activas o de primera vez que acudieron a consulta por su dotación de métodos anticonceptivos.
8	Métodos distribuidos	Total de métodos anticonceptivos durante el mes.
9	Bajas	Causas de las bajas ocurridas durante el periodo mensual.
10	Material didáctico	Material utilizado durante las pláticas y orientaciones en el transcurso del mes.
11	Visitas domiciliarias	El número realizado durante el mes.
12	Detección de cacu	El número de citologías vaginales realizadas durante el mes.
13	Examen de mamas	El número de exploraciones o técnicas de autoexploración realizadas para la detección de alteraciones de las mamas.
14	Canalizaciones	Número de pacientes referidas a segundo nivel.
15	Municipios atendidos	El número de municipios atendidos durante el mes.
16	Promoción y fomento individual (en el consultorio)	El número de orientaciones impartidas durante el mes y por grupo etario.
17	Promoción y fomento grupal	Pláticas impartidas durante el mes y número de asistentes.
18	Dirección:	Anotar el número de supervisiones realizadas a los consultorios médicos durante el mes, El número de las asesorías impartidas por la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud durante el mes y El número de cursos a los que se asistieron durante el mes.
19	Observaciones:	Anotar cualquier eventualidad, donación o situación especial que requiera aclaración.
20	Total de asistentes	Anotar el total de asistentes al fomento individual.
21	Total de asistentes	Anotar el total de asistentes al fomento grupal
22	Nombre y firma	Nombre y firma de quien elaboró el informe
23	Nombre, firma y sello	Anotar el nombre, firma y sello de la subdirección médica del SMDIF.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN  
 DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN  
 PRIMARIA A LA SALUD**

Edición: Segunda

Fecha: Junio de 2016

Código: 201B15401

Pág.

**PROCEDIMIENTO: Orientación y Canalización a Usuarios de Sustancias Psicoactivas.**

**OBJETIVO:**

Mantener un sistema de orientación dirigido a personas que presentan consumo o dependencia a sustancias psicoactivas, y/o familiares o personas en riesgo mediante la información general o consejo de salud, a fin de prevenir y en su caso referir a otra instancia para su atención.

**ALCANCE:**

Aplica al personal del Departamento de Prevención de las Adicciones que brinda el servicio de orientación a usuarios de sustancias psicoactivas, familiares o personas en riesgo y probable referencia a Instituciones especializadas.

**REFERENCIAS:**

- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, Capítulo II, Art. 16 Fracción XIV, publicada en Gaceta del Gobierno el 7 de septiembre de 2010.

- Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones título 1, 1.1, 1.2; título 3, 3.1, 3.12, 3.14, 3.43 título 7, 7.1, 7.2, y 7.3; título 8, 8.1, 8.2, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 2009.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Capítulo VI, Art. 18, Fracción IV y VIII, publicado en Gaceta del Gobierno el 25 de abril de 2012.
- Manual General de Organización Título VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa 201B15401 publicado en la Gaceta de Gobierno el 19 de junio del 2012.

**RESPONSABILIDADES:**

El Departamento de Prevención de las Adicciones es el responsable de verificar el cumplimiento del proceso de orientación, a usuarios de sustancias psicoactivas, familiares o personas en riesgo y probable referencia a Instituciones especializadas.

**El Departamento de Prevención de las Adicciones/Titular deberá:**

- Recibir solicitud del servicio y establecer contacto directo para determinar cita de primera vez.
- Registrar en agenda las citas programadas.
- Designar orientador para dar atención y seguimiento de los casos.
- Firmar el formato de "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014), en caso de ser necesario referir al usuario a una Institución especializada para su atención.
- Recabar firma de "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014) del Director de Prevención y Bienestar Familiar y Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
- Establecer contacto con las instituciones de referencia a fin de solicitar la contrarreferencia.

**El Departamento de Prevención de las Adicciones /Orientador deberá:**

- Recibir a la persona solicitante del servicio y proporcionarle el consejo de salud o información pertinente de acuerdo a su demanda.
- Registrar en agenda las citas programadas.
- Abrir expediente por usuario del servicio para su seguimiento.
- Anotar el nombre de cada expediente que abra en el libro de registro.
- Llenar el "Formato de Orientación" (FO201B15401/411/2014) con la información proporcionada por la persona solicitante del servicio y firmarlo.
- Proporcionar la información necesaria a personas en riesgo de consumir sustancias psicoactivas y resolver dudas referentes al tema de farmacodependencia.
- Aplicar cuestionarios de acuerdo al consumo de sustancia psicoactivas para determinar impresión diagnóstica.
- Remitir en su caso al usuario a otra Institución cuando requiera atención especializada.
- Llenar la "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014) en original y copia y recabar la firma del Jefe de Departamento, así como el acuse de recibido por parte del solicitante del servicio.

**La Unidad Administrativa Solicitante/ Usuario deberá:**

- Solicitar de manera verbal o escrita el servicio de orientación.
- Proporcionar datos generales y exposición de problemática y/o dudas.
- Contestar los cuestionarios para determinar la impresión diagnóstica.

**DEFINICIONES:**

**AUDIT:** Siglas en inglés que corresponden a Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol.

**CAPA:** Siglas que corresponden al Centro de Atención Primaria a las Adicciones.

**CIJ:** Siglas que corresponden a Centros de Integración Juvenil A.C.

**Consejo de salud:** Es una intervención breve que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el individuo adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud.

**Consumo de sustancias psicoactivas:**

Es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.

**Contrarreferencia:  
Dependencia a sustancias**

Respuesta por escrito a la referencia, con la finalidad de tener un seguimiento del caso.

**psicoactivas:**

Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en

	forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.
<b>Expediente:</b>	Conjunto de documentos referentes a un asunto.
<b>Familiar responsable:</b>	Persona que guarda parentesco con el usuario y que, por este no encontrarse facultado para tomar decisiones (ya sea por ser menor de edad, por algún impedimento físico u otro), se responsabiliza de estas en su lugar.
<b>Farmacodependencia:</b>	Dependencia o adicción a una o más sustancias psicoactivas.
<b>IMCA:</b>	Siglas que corresponden a Instituto Mexiquense Contra las Adicciones.
<b>Información general:</b>	Datos genéricos relacionados al tema de farmacodependencia o adicción a sustancia psicoactivas que se dan a un individuo.
<b>Orientación:</b>	Información que se otorga de forma personal o grupal de lo que ignora y desea saber, del estado de un asunto para que sepa manejarse en él. Dirigir o encaminar hacia un fin determinado.
<b>Prevención:</b>	Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.
<b>Personas en riesgo:</b>	Aquellos individuos que tengan la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas en algún momento de su vida.
<b>Referencia:</b>	Informe que se envía a una Institución acerca de una persona atendida en otra.
<b>Solicitante:</b>	Este puede ser el usuario, familiar o alguna otra persona relacionada con el usuario, que asiste al Departamento de Prevención de las Adicciones a solicitar orientación y/o personas en riesgo.
<b>Sustancia psicoactiva:</b>	Sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.
<b>Usuario:</b>	Persona consumidora de sustancia o sustancias psicoactivas, ya sea como uso, abuso o dependencia.

#### **POLÍTICAS:**

- El Jefe de Departamento de Prevención de las Adicciones deberá recibir al solicitante que asiste por primera vez y designa al orientador que lo atenderá, en caso de no encontrarse, lo recibirá y atenderá el orientador disponible.
- El orientador deberá abrir expediente a todas las personas que se les brinde el servicio de orientación, quedando este a nombre del usuario de sustancias psicoactivas, aunque este no sea quien asista y en caso de que el solicitante del servicio sea una persona en riesgo, el expediente deberá quedar a nombre de éste. El expediente incluirá todos los documentos que se deriven de la atención brindada, teniendo en todos los casos el Formato de Orientación" (FO201B15401/411/2014) y otros documentos serán opcionales, dependiendo de cada situación.
- Si el solicitante del servicio (familiar, usuario o persona en riesgo) deja de asistir a sus citas (en caso de estar programadas), se considerará el caso en deserción.
- En caso de consumo de alto riesgo o perjudicial, el orientador deberá dar citas hasta que el usuario (persona que consume sustancias psicoactivas) acepte asistir a un tratamiento especializado.
- El orientador deberá referir en su caso al usuario a la institución especializada, considerando que únicamente se harán referencias por escrito a Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ), Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A. C. o algún otra Institución que el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA) y/o Comité Contra las Adicciones sugieran o con quien se tenga convenio.
- El orientador deberá aplicar pruebas o cuestionarios de evaluación sólo al usuario y se elegirán de acuerdo a la problemática de éste, pudiendo ser la "Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)", "Cuestionario de Fagerström para detectar la dependencia a la nicotina", "Cédula de indicadores para Medir la Dependencia a Drogas" u otra prueba que se determine, según corresponda al caso.
- A través del IMCA podrán tramitarse becas para el ingreso a tratamiento de usuarios a Instituciones de Asistencia Privada.

#### **INSUMOS:**

- Solicitud de atención en forma verbal o escrita.

#### **RESULTADOS:**

- Formato de Orientación
- Hoja de Referencia

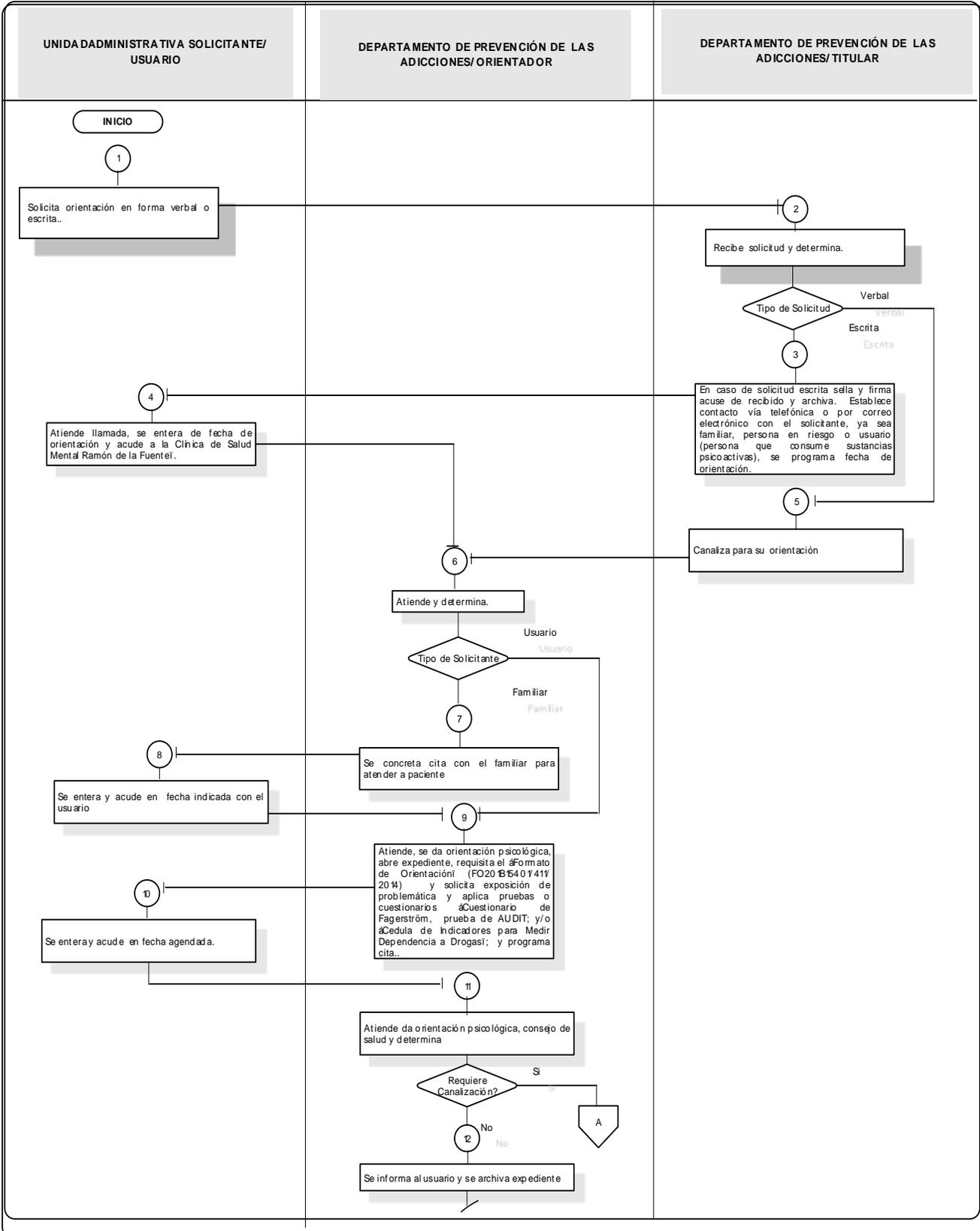
**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Realización de Visitas de Promoción de los Programas de Prevención y Bienestar Familiar en los Sistemas Municipales DIF. 201B15000/01
- Impartición de Pláticas, Talleres, Conferencias y Cursos sobre Temáticas de Prevención y Bienestar Familiar. 201B15000/02

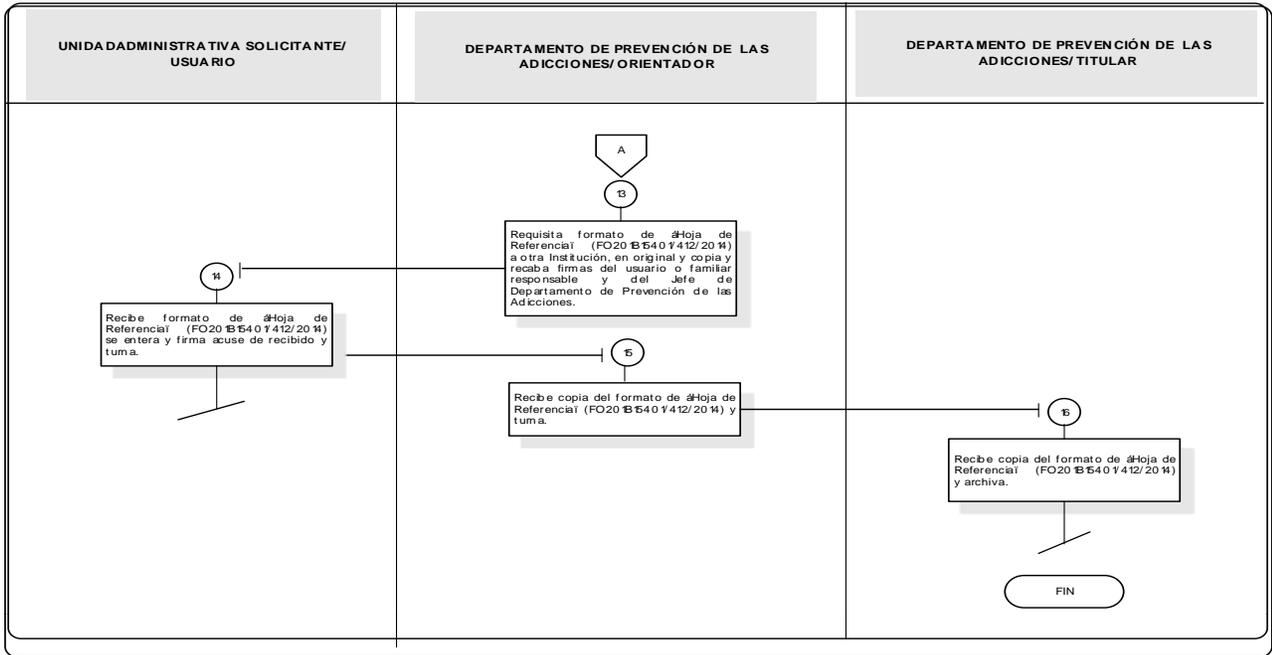
**DESARROLLO: Orientación y Canalización a Usuarios de Sustancias Psicoactivas**

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	ACTIVIDADES
1	Unidad Administrativa Solicitante/Usuario	Solicita orientación en forma verbal o escrita (turnado, oficio de solicitud personal, instancia interna o externa).
2	Departamento de Prevención de las Adicciones / Titular	Recibe a solicitud y determina:
3	Departamento de Prevención de las Adicciones / Titular	En caso de solicitud escrita sella y firma acuse de recibido y archiva. Establece contacto vía telefónica o por correo electrónico con el solicitante, ya sea familiar, persona en riesgo o usuario (persona que consume sustancias psicoactivas), se programa fecha de orientación.
4	Unidad Administrativa Solicitante/Usuario	Atiende llamada, se entera de fecha de orientación y acude a la Clínica de Salud Mental Ramón de la Fuente".
5	Departamento de Prevención de las Adicciones / Titular	Si la petición es verbal canaliza para su orientación.
6	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Atiende y determina por tipo de solicitante.
7	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Concerta cita con el familiar para atender al usuario.
8	Unidad Administrativa Solicitante/Usuario	Se entera y acude en fecha indicada con el usuario.
9	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Atiende, se da orientación psicológica, abre expediente, requisita el "Formato de Orientación" (FO201B15401/411/2014) y solicita exposición de problemática y aplica pruebas o cuestionarios de acuerdo al consumo: de tabaco, aplica "Cuestionario de Fagerström para Detectar la Dependencia a la Nicotina"; en caso de que el usuario refiera consumir alcohol aplica prueba de AUDIT; en caso de que el usuario refiera consumir alguna otra droga, aplica "Cedula de Indicadores para Medir Dependencia a Drogas"; en caso de consumo de más de una sustancia aplica las pruebas o cuestionarios necesarios, y programa cita..
10	Unidad Administrativa Solicitante/Usuario	Se entera y acude en fecha agendada.
11	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Atiende, da orientación psicológica, consejo de salud a la persona que consume sustancias psicoactivas, realiza valoración en primera sesión o en sesiones subsecuentes de acuerdo a criterio del orientador y determina si requiere canalización.
12	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Se informa al usuario y se archiva expediente.
13	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Si se encuentran indicios de consumo de alto riesgo o perjudicial se aplica consejo de salud encaminado a aceptar asistir a un tratamiento especializado. Requisita formato de "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014) a otra Institución, en original y copia y recaba firmas del usuario o familiar responsable y del Jefe de Departamento de Prevención de las Adicciones.
14	Unidad Administrativa Solicitante/Usuario	Recibe formato de "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014) se entera y firma acuse de recibido y turna.
15	Departamento de Prevención de las Adicciones / Orientador	Recibe copia del formato de "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014) y turna.
16	Departamento de Prevención de las Adicciones / Titular	Recibe copia del formato de "Hoja de Referencia" (FO201B15401/412/2014) y archiva.

**PROCEDIMIENTO: ORIENTACIÓN Y CANALIZACIÓN A USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**



**PROCEDIMIENTO: ORIENTACIÓN Y CANALIZACIÓN A USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**



**MEDICIÓN:**

Cubrir el 100% de las solicitudes de orientación a personas que presentan consumo o dependencia a sustancias psicoactivas, y/o familiares o personas en riesgo.

**REGISTRO DE EVIDENCIAS:**

- Libro de Registro de Expedientes **(Formato libre)**

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:**

- Formato de Orientación (FO201B15401/411/2014)
- Hoja de Referencia (FO201B15401/412/2014)
- Cuestionario de Fagerström para Detectar la Dependencia a la Nicotina. **Documento confidencial**
- Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT). **Documento confidencial.**
- Cédula de Indicadores para Medir Dependencia a Drogas. **Documento confidencial.**

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO | Sistema para el Bienestar Integral de la Familia del Estado de México | **ORGANIZACION GRANDE** | **DIF**

### HOJA DE REFERENCIA

Folio: (3) \_\_\_\_\_  
Fecha: (2) \_\_\_\_\_

Nombre del usuario: (2) \_\_\_\_\_  
 Edad: (4) \_\_\_\_\_  
 Institución a la que se envía: (8) \_\_\_\_\_  
 Nombre y cargo a quien se dirige la hoja de referencia: (8) \_\_\_\_\_

**RESUMEN DEL CASO**  
 Motivo de referencia: (7) \_\_\_\_\_  
 Impresión diagnóstica: (8) \_\_\_\_\_  
 Prueba hecha o exámenes realizados y resultados de los mismos: (9) \_\_\_\_\_

Sugerencias: (10) \_\_\_\_\_

Atención otorgada: (11) \_\_\_\_\_

**NOTA:** Favor de enviar contrarreferencia

**RESPONSABLE DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES** | **USUARIO O RESPONSABLE DE LA ACEPTACIÓN DE REFERENCIA**

Nombre y firma (12) | Nombre y firma (13)

**Vc. Bc. DEL JEFE INMEDIATO**

Nombre y firma (14)

FO201B15401/412/2014

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
HOJA DE REFERENCIA  
FO201B15401/412/2014

**Objetivo:** Proporcionar información relevante a la Institución especializada de referencia, a cerca del usuario de sustancia psicoactivas a fin de facilitar su atención.

**Distribución y Destinatarios:** El formato se genera en original y una copia, el original se turna a la institución a donde se refiere y la copia es archivada en el expediente correspondiente del Departamento de Prevención de las Adicciones.

No.	CAMPO	INSTRUCCIÓN
1	Folio	Anotar el número correspondiente o subsecuente que se le asigne.
2	Fecha	Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato
3	Nombre del usuario	Anotar el nombre completo de la persona consumidora de sustancia o sustancias psicoactivas
4	Edad	Anotar la edad del usuario (persona consumidora de sustancias psicoactivas)
5	Institución	Anotar la institución a la que se canaliza al usuario
6	Nombre y cargo a quien se dirige	Anotar el nombre completo y cargo a quien se dirige la hoja de referencia
7	Referencia	Anotar el motivo de la referencia antes mencionada
8	Impresión diagnóstica	Anotar el probable diagnóstico del usuario
9	Exámenes y resultados	Anotar el nombre de las pruebas o exámenes realizados y resultados de los mismos
10	Sugerencias	Anotar sugerencias generales en cuanto al seguimiento a tener con el usuario
11	Atención otorgada	Anotar el tipo de atención brindada (orientación, información ,etc)
12	Nombre y firma	Anotar el nombre completo y firma del Jefe de Departamento de Prevención de las Adicciones
13	Nombre y firma	Anotar el nombre completo y firma del usuario o responsable de la aceptación de la referencia
14	Nombre y firma	Anotar el nombre completo y firma del Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud
15	Nombre y firma	Anotar el nombre completo y firma del Director de Prevención y Bienestar Familiar



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**FORMATO DE ORIENTACIÓN**

Usuario (1)  Familiar (2)  Otro (3)

**a) Datos de identificación del Usuario**

Nombre: (4)	Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre (5)	Fecha: (6)
Fecha de Nacimiento: (8)	Estado Civil: (9)		Edad: (7)	Sexo: (10)	
Domicilio Particular: (11)		Calle		No. Ext.	No. Int.
Colonia		C.P.		Municipio	
Teléfono Particular: (12)		Teléfono del Trabajo: (13)			
Teléfono de Rescados: (14)		Ocupación: (16)			
Referido por: (15)					

**b) Datos del Responsable del Usuario o de Quien Recibe la Atención**

Nombre: (17)	Parentesco con el Usuario: (18)
Domicilio: (19)	Teléfono: (20)

**c) Motivo de Consulta: (21)**

**d) Atención Proporcionada: (22)**

**e) Puntaje de Pruebas: (23)**

**f) Canalización y/o Seguimiento: (24)**

ELABORÓ RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Vo. Bo. DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y firma (25)

Nombre y firma (26)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**FORMATO DE ORIENTACIÓN**  
 FO201B15401/411/2014

**OBJETIVO:** Orientar a la población para evitar, reducir y detectar oportunamente los problemas relacionados con el alcoholismo y la farmacodependencia.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:** El formato se genera en original y se turna al Departamento de Prevención de las Adicciones.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	<b>Usuario</b>	Se marca con una "x" si es la persona consumidora de sustancias psicoactivas quien acude a solicitar atención
2	<b>Familiar</b>	Se marca con una "x" si es un familiar de la persona consumidora de sustancias adictivas quien acude a solicitar la atención.
3	<b>Otro</b>	Se marca con una "x" si es alguna persona ajena a la familia de la persona consumidora de sustancias adictivas quien acude a solicitar la atención.
	<b>a) Datos de identificación del usuario</b>	Se refiere a los datos generales de la persona consumidora de sustancias adictivas los que se escribirán en los apartados subsecuentes.
4	<b>Nombre</b>	Este recuadro se deja en blanco, pero se refiere al nombre completo del usuario, el cual se anotará de forma desglosada en los apartados subsecuentes.
5	<b>Fecha</b>	Escribir la fecha en que se da la Orientación,.
6	<b>Fecha de Nacimiento</b>	Anotar la fecha de nacimiento del usuario en día, mes y año
7	<b>Edad</b>	Escribir la edad en años del usuario
8	<b>Sexo</b>	Anotar sexo femenino o masculino del usuario
9	<b>Estado Civil</b>	Escribir el estado civil en soltero, casado, unión libre u otro (especificar)
10	<b>Escolaridad</b>	Especificar el último grado escolar cursado por el usuario.
11	<b>Domicilio Particular</b>	Se refiere al domicilio del usuario, el cual se anotara de forma desglosada en los rubros subsecuentes, calle donde vive el usuario, anotar el numero exterior del lugar de habitación del usuario, en caso de no existir, colocar "S/N" y anotar el número interior (en caso de existir) del lugar de habitación del usuario.
12	<b>Teléfono Particular</b>	Escribir el número de teléfono del domicilio del usuario, en caso de no ser local especificar clave lada.
13	<b>Teléfono del trabajo</b>	Anotar el número de teléfono del lugar donde se labora (en caso de hacerlo) el usuario, en caso de no ser local especificar la clave lada.
14	<b>Teléfono de recados</b>	Escribir el número de teléfono de alguna persona donde se le pueda dejar recado, en caso de no ser local, especificar la clave lada.
15	<b>Ocupación</b>	Anotar a qué se dedica el usuario y en caso de estar desempleado escribirlo.
16	<b>Referido por</b> <b>b) Datos del responsable usuario o de quien recibe la atención</b>	Citar la Institución o persona que envió a solicitar el servicio del Departamento de Prevención de las Adicciones. Se refiere a los datos generales de quien acompaña a la persona consumidora de sustancias adictivas y que puede fungir como responsable de este o de la persona que asiste a solicitar el servicio y se le brinda la atención, aunque sin la compañía del usuario.

17	<b>Nombre</b>	Anotar el nombre completo (Nombre, apellidos paterno y materno) de quien acompaña al usuario o de quien recibe la atención.
18	<b>Parentesco con el usuario</b>	Escribir el parentesco que tiene el responsable del usuario o persona a quien se le brinda la atención, con la persona consumidora de sustancias adictivas.
19	<b>Domicilio</b>	Especificar el domicilio de la persona responsable del usuario o de quien recibe la atención
20	<b>Teléfono</b>	Escribir el número de teléfono de la persona responsable del usuario o de quien recibe la atención, en caso de no ser local especificar la clave lada.
21	<b>c)Motivo de consulta</b>	Especificar detalladamente el motivo por el que se asiste a solicitar el servicio
22	<b>d)Atención proporcionada</b>	Citar a detalle el tipo de atención brindada a la persona solicitante del servicio.
23	<b>e)Puntaje de pruebas</b>	Escribir el nombre de las pruebas o cuestionarios aplicados (en caso de haberse realizado) y los puntajes correspondientes obtenidos en cada una de estas.
24	<b>f)Canalización y/o seguimiento</b>	En caso de ser canalizado el usuario a otra Institución, escribir el nombre de esta y de no ser aceptada la canalización, indicar el seguimiento a llevarse a cabo (nueva cita u otra acción a seguir)
25	<b>Elaboró</b>	Escribir el nombre y cargo de la persona que proporcionó la atención y plasmar la firma.
26	<b>Vo. Bo.</b>	Anotar el nombre del Jefe del Departamento de Prevención de las Adicciones y la firma correspondiente.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN          DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN          PRIMARIA A LA SALUD</b>	Edición: Segunda
	Fecha: Junio de 2016
	Código: 201B15400
	Pág.

#### **PROCEDIMIENTO: Solicitud y Distribución de Vacunas a los Sistemas Municipales DIF.**

##### **OBJETIVO:**

Mantener en coordinación con las instituciones del Sector Salud en la entidad tasas bajas de morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacunación en la población menor de 5 años de edad, mediante una dotación permanente y oportuna de las vacunas incluidas en el esquema básico de vacunación a los Sistemas Municipales que operan el Programa de Vacunación Universal.

##### **ALCANCE:**

Aplica al personal adscrito a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud y Sistemas Municipales que operan el Programa de Vacunación Universal.

##### **REFERENCIAS:**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo 1 Artículo IV, Diario Oficial de la Federación 12 de Febrero de 2007.
- Ley General de Salud, Título Tercero, Capítulo V Artículo 64 Fracción III, Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Artículo 19 Fracción IX, Gaceta del Gobierno, 25 de Abril de 2012
- Manual General de Organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, en sus funciones 201B15400, Gaceta del Gobierno el 23 de Junio de 2005.

**RESPONSABILIDADES:**

La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud es la responsable de supervisar el cumplimiento de este procedimiento de acuerdo a la normatividad establecida de vacunación preferentemente en zonas más vulnerables.

**La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar deberá:**

- Validar la programación anual de metas por tipo de vacuna.

**El Instituto de Salud del Estado de México deberá:**

- Elaborar notificación de disponibilidad de vacunas a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar.

**El Sistema Municipal DIF deberá:**

- Elaborar informe mensual de tipo de vacuna y dosis por grupo de edad.

**La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Responsable del Programa de Vacunación Universal deberá.**

- Controlar la recepción, traslado, conservación y distribución de vacunas, así como de la capacitación que debe tener el personal de los Sistemas Municipales responsables de vacunación.
- Elaborar movimiento de salida de vacunas y vale para su aplicación.

**DEFINICIONES:**

**Distribuir:** repartir una cosa entre varias personas, designando a cada una lo que corresponde.

**Morbilidad:** Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinado.

**Vacuna:** Suspensión de microorganismos virus atenuados, inactivados o sus fracciones que son administrados a individuos con el objeto de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.

**Inmunidad:** Estado biológico del organismo capaz de resistir y defenderse de la agresión por parte de agentes extraños.

**Esquema básico de vacunación:** Esquema de vacunación orientado a la aplicación de 8 dosis para la prevención de 10 enfermedades (poliomielitis, tuberculosis, tétanos, difteria, tosferina, hepatitis b, sarampión, rubéola, parotiditis e infecciones por aemophilus influenza tipo b)

**INSUMOS:**

- Programación anual de metas.

**RESULTADOS:**

- Los Sistemas Municipales DIF, a través de los responsables de vacunación o la persona asignada obtendrán la vacuna, así como los insumos mínimos para su aplicación.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Realización de Visitas de Promoción de los Programas de Prevención y Bienestar Familiar en los Sistemas Municipales. 201B15000/01
- Impartición de Platicas, Talleres, Conferencias y Cursos Sobre Tems de Prevención y Bienestar Familiar. 201B15000/02

**POLÍTICAS:**

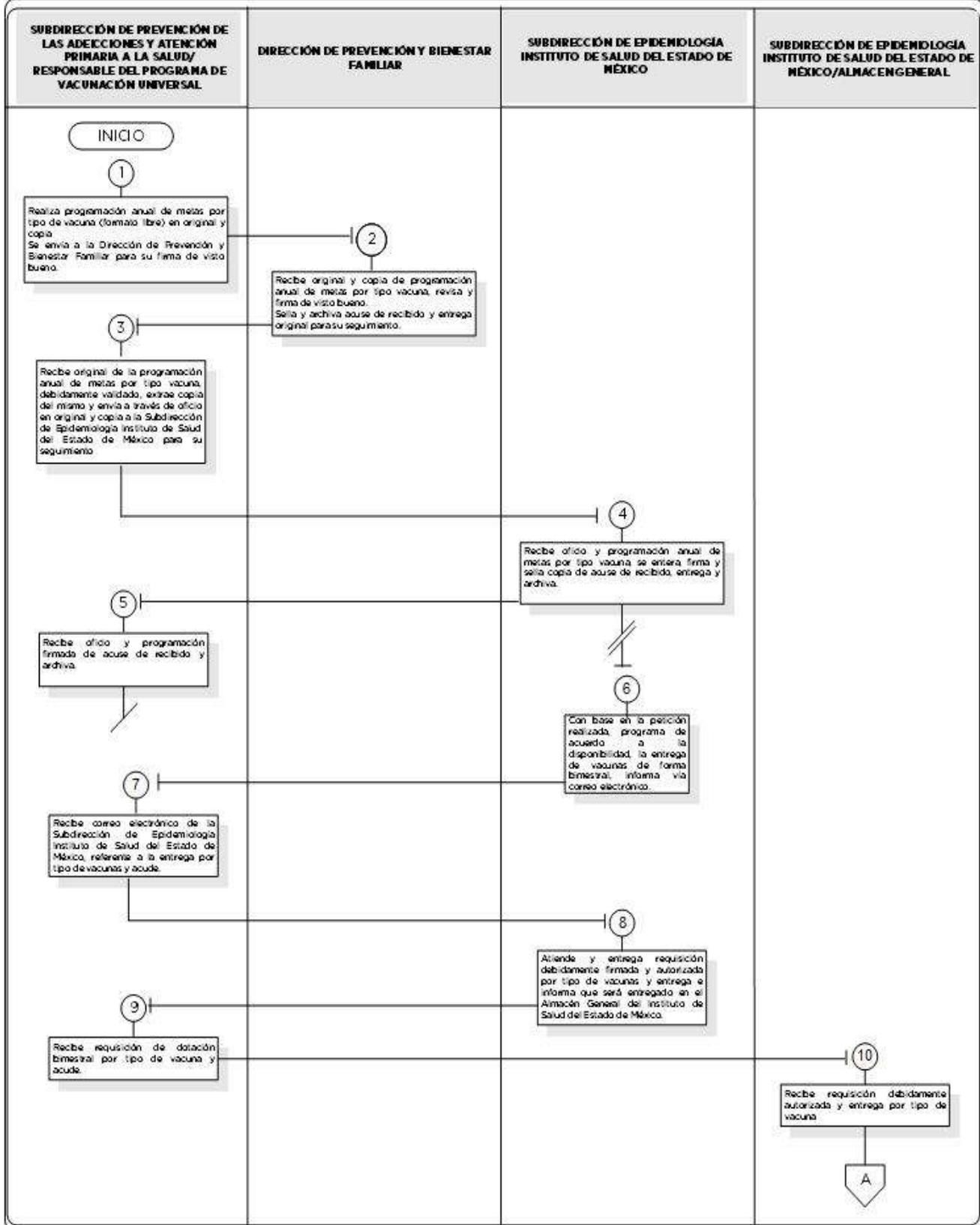
- Los Sistemas Municipales deberán asesorar técnicamente al personal vacunador que ejecuta el Programa de Vacunación.
- Los Sistemas Municipales DIF deberán entregar informe mensuales por tipo de vacuna aplicada en su municipio.
- Todo tipo de vacuna deberá ser entregado, a través del formato de vale de salida.

## DESARROLLO: Solicitud y Distribución de Vacunas a los Sistemas Municipales DIF.

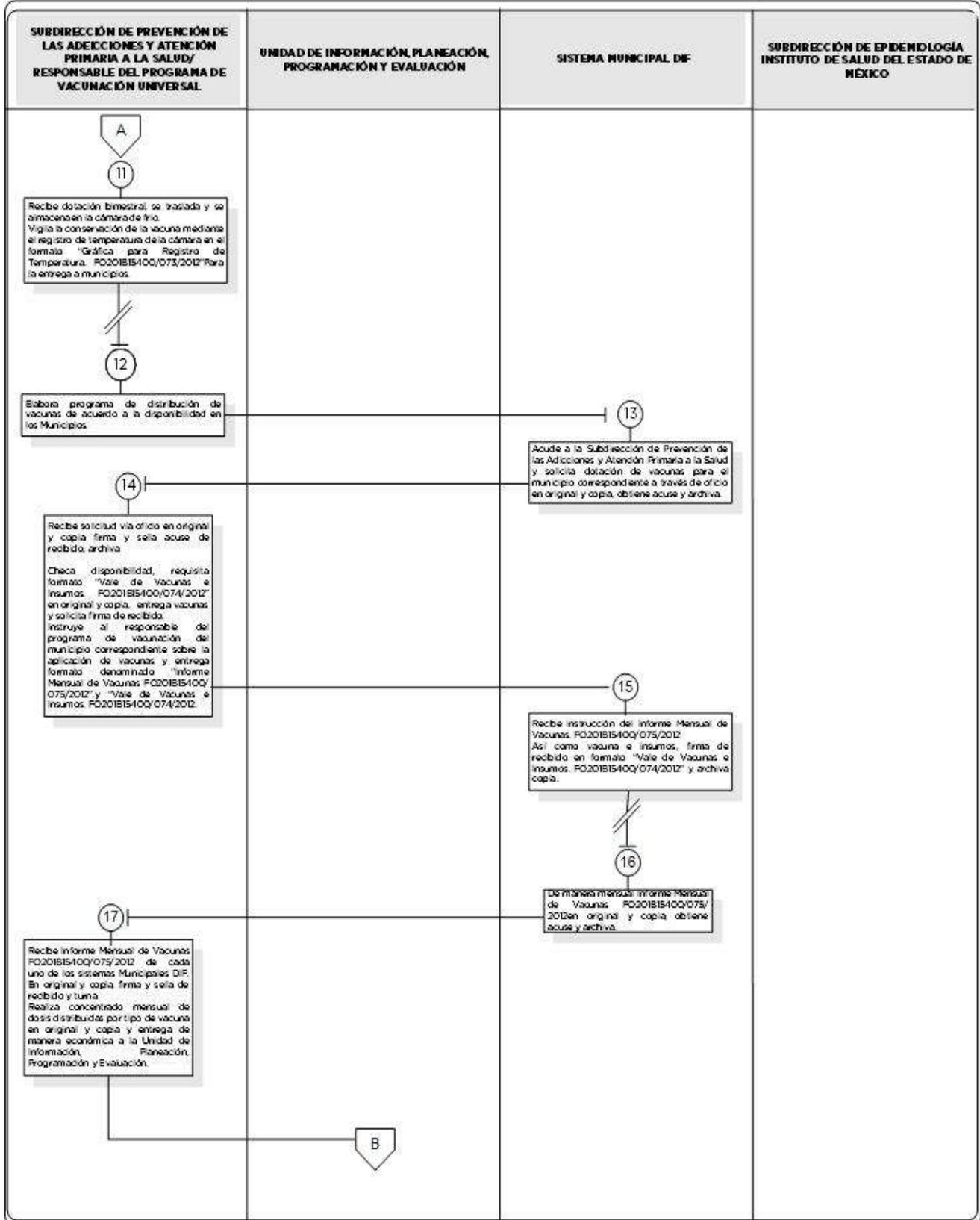
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	ACTIVIDAD
1	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	Realiza programación anual de metas por tipo de vacuna (formato libre) en original y copia.  Se envía a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar para su firma de visto bueno.
2	Dirección de Prevención y Bienestar Familiar	Recibe original y copia de programación anual de metas por tipo vacuna, revisa y firma de visto bueno.  Sella y archiva acuse de recibido y entrega original para su seguimiento.
3	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe original de la programación anual de metas por tipo vacuna, debidamente validado, extrae copia del mismo y envía a través de oficio en original y copia a la Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México para su seguimiento.
4	Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México	Recibe oficio y programación anual de metas por tipo vacuna, se entera, firma y sella copia de acuse de recibido, entrega y archiva.
5	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe oficio y programación firmada de acuse de recibido y archiva.
6	Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México	Con base en la petición realizada, programa de acuerdo a la disponibilidad, la entrega de vacunas de forma bimestral, informa vía correo electrónico.
7	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe correo electrónico de la Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México, referente a la entrega por tipo de vacunas y acude.
8	Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México	Atiende y entrega requisición debidamente firmada y autorizada por tipo de vacunas y entrega e informa que será entregado en el Almacén General del Instituto de Salud del Estado de México.
9	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe requisición de dotación bimestral por tipo de vacuna y acude.
10	Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México/Almacén General	Recibe requisición debidamente autorizada y entrega por tipo de vacuna.
11	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe dotación bimestral, se traslada y se almacena en la cámara de frío.  Vigila la conservación de la vacuna mediante el registro de temperatura de la cámara en el formato "Gráfica para Registro de Temperatura. FO201B15400/073/2012"Para la entrega a municipios.
12	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la	Elabora programa de distribución de vacunas de acuerdo a la

	Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	disponibilidad en los Municipios.
13	Sistema Municipal DIF	Acude a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud y solicita dotación de vacunas para el municipio correspondiente a través de oficio en original y copia, obtiene acuse y archiva.
14	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	<p>Recibe solicitud vía oficio en original y copia firma y sella acuse de recibido, archiva</p> <p>Checa disponibilidad, requisita formato "Vale de Vacunas e Insumos. FO201B15400/074/2012" en original y copia, entrega vacunas y solicita firma de recibido.</p> <p>Instruye al responsable del programa de vacunación del municipio correspondiente sobre la aplicación de vacunas y entrega formato denominado "Informe Mensual de Vacunas FO201B15400/075/2012".y "Vale de Vacunas e Insumos. FO201B15400/074/2012.</p>
15	Sistema Municipal DIF	<p>Recibe instrucción del Informe Mensual de Vacunas. FO201B15400/075/2012</p> <p>Así como vacuna e insumos, firma de recibido en formato "Vale de Vacunas e Insumos. FO201B15400/074/2012" y archiva copia.</p>
16	Sistema Municipal DIF.	De manera mensual Informe Mensual de Vacunas FO201B15400/075/2012 en original y copia, obtiene acuse y archiva.
17	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud / Responsable del Programa de Vacunación Universal	<p>Recibe Informe Mensual de Vacunas FO201B15400/075/2012 de cada uno de los sistemas Municipales DIF. En original y copia, firma y sella de recibido y turna.</p> <p>Realiza concentrado mensual de dosis distribuidas por tipo de vacuna en original y copia y entrega de manera económica a la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.</p>
18	Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación	Recibe concentrado mensual de dosis distribuidas por tipo de vacuna a los municipios de la entidad en original y copia, firma y sella acuse de recibido, archiva y entrega.
19	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/ Responsable del Programa de Vacunación Universal	<p>Recibe copia firmada y sellada del concentrado mensual de dosis distribuidas por tipo de vacuna y archiva.</p> <p>Elabora concentrado mensual de dosis aplicadas por tipo de vacuna de los Sistemas Municipales DIF participantes en el programa de vacunación en original y copia y entrega a la Subdirección de Epidemiología del Instituto de Salud del Estado de México.</p>
20	Subdirección de Epidemiología Instituto de Salud del Estado de México	Recibe concentrado mensual de dosis aplicadas de vacuna se entera firma y sella acuse de recibido y archiva.
21	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud / Responsable del Programa de Vacunación Universal	<p>Recibe copia del concentrado mensual de dosis aplicadas de vacuna, sellada y firmada y archiva.</p> <p><b>NOTA: SE REPITE EL PROCESO A PARTIR DE LA ACTIVIDAD No. 7 PARA EL BIMESTRE SIGUIENTE Y ASI SUCESIVAMENTE.</b></p>

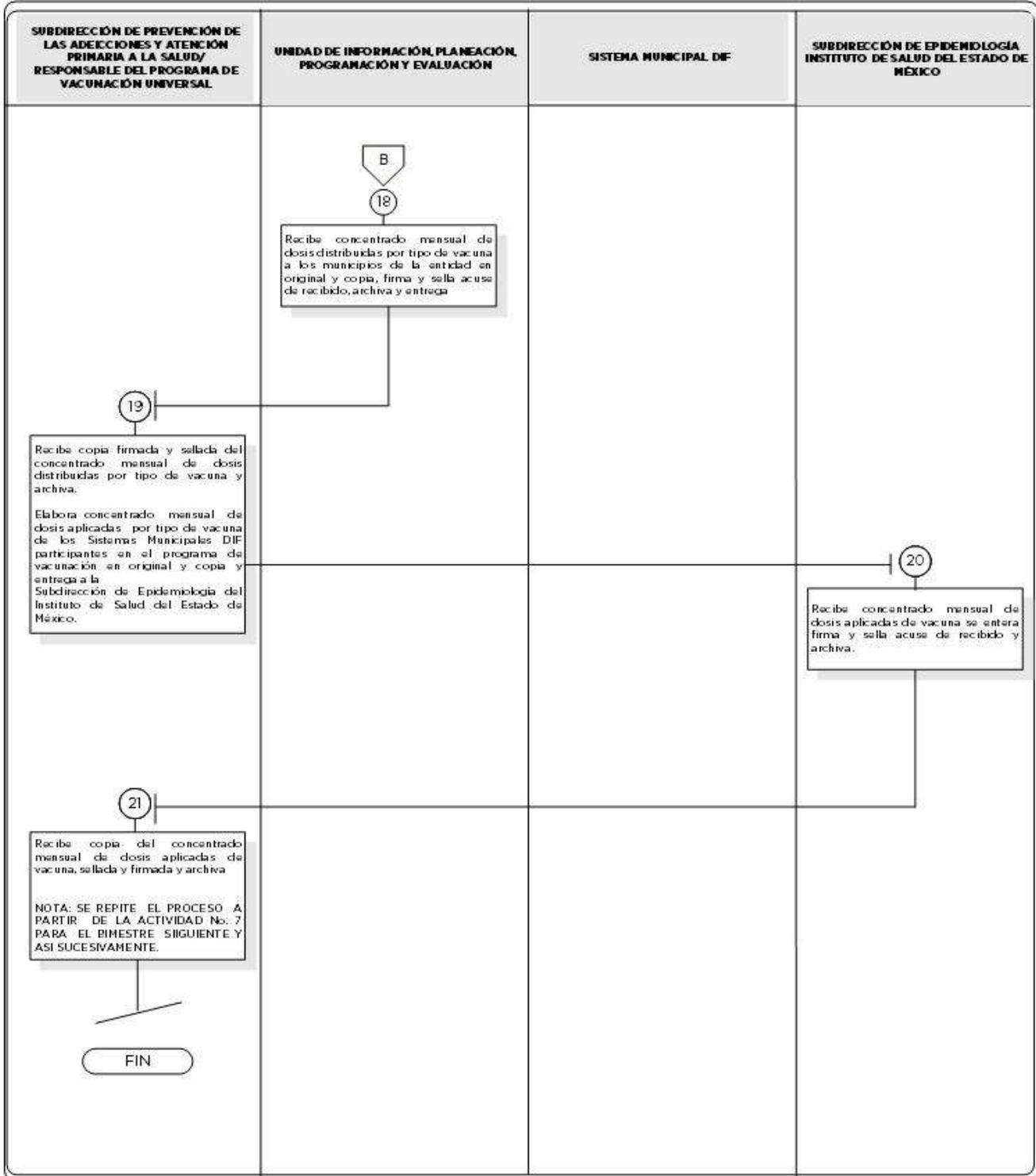
PROCEDIMIENTO: SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS A LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF



PROCEDIMIENTO: SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS A LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF



**PROCEDIMIENTO: SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS A LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF**



**MEDICIÓN:**

Número de solicitudes atendidas  $\times 100 = \% \text{ atendido de solicitudes}$

Número de solicitudes recibidas



En caso de emergencia llamar:

1-	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____
	Nombre	Teléfono	Cargo

OBSERVACIONES:

---



---



---

NOTA: En situaciones de emergencia por descompostura de la unidad refrigerante y/o interrupción de la energía eléctrica realizar las medidas inmediatas y mediatas indicadas en el Manual de Vacunación.

FO201B15400/073/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
GRÁFICA PARA REGISTRO DE TEMPERATURA  
FO201B15400/073/2012**

**Objetivo:** Mantener en óptimas condiciones de temperatura el equipo de refrigeración del material biológico, mediante el registro constante.

**Distribución:** N/ copias a los Sistemas Municipales que operen el programa.

**Destinatario:** Sistema Municipal DIF correspondiente.

<b>INSTRUCCIONES GENERALES:</b>		
El formato para control de la temperatura es un documento gráfico que muestra en forma rápida el funcionamiento del refrigerador, por lo que todas y cada uno de los datos debe registrarse a máquina o tinta y letra de molde, números arábigos, no deben quedar espacios en blanco.		
1	<b>Nombre</b>	Anotar la entidad a la que pertenece.
2	<b>Nivel</b>	Marcar con X según el nivel que corresponda.
3	<b>Ubicación</b>	Anotar el nombre de la localidad y municipio donde está instalado el refrigerador.
4	<b>Responsable</b>	Anotar el nombre completo de la persona responsable del registro de la temperatura.
5	<b>Unidad Refrigerante</b>	Anotar el número de refrigerador de acuerdo a los existentes en el área.
6	<b>Mes y Año</b>	Anotar el mes y año correspondiente del registro.
7	<b>Semana del ____ al ____</b>	Anotar con números arábigos el inicio y término de cada una de las semanas del mes correspondiente.
8	<b>Registro de temperatura</b>	Para el registro de la temperatura se toma en cuenta el día de la semana, la hora de registro y el punto intersección con los grados centígrados que marque el termómetro del refrigerador, se debe marcar un asterisco.
9	<b>En caso de emergencia llamar a:</b>	Una vez transcurrida la semana se unen con una línea los asteriscos marcados para que sea más visible la curva.
		En cada una de las líneas anotar los datos solicitados:
		Nombre – completo
		Teléfono: Número telefónico con clave lada si fuera necesario.
		Cargo – Anotar el cargo de la persona.
<b>Observaciones:</b>		Se marcan 4 líneas para cualquier nota aclaratoria que sea necesaria.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adopciones y Atención Primaria a la Salud



**INFORME MENSUAL DE VACUNAS**

Correspondiente al municipio: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Frascos recibidos de otra institución (C1)	DOSIS APLICADAS POR GRUPO DE EDAD								Total de dosis (C15)	Dosis de refrendación durante el mes (C16)	Requisitos para el programa mes (C17)
	Vacunas (C2)	Dosis (C3)	Hijos de un año (C4)	Un año (C5)	Dos años (C6)	Tres años (C7)	Cuatro años (C8)	Subtotal (C9)			
Infectivas	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
O.C.G.	Primera										
	Dosis										
D.T.P.	Refrendo										
	Dosis										
Toque Viral	Coisa		Un año	Dois años	Años	4 a 5 años	6 años o 1º de primaria				
	Dosis										
Influenza	Dosis		2 Hojas	3 Hojas	4 Hojas	5 Hojas	6 Hojas	Subtotal			
	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
Inmunos	Dosis		EDAD EN MESES			EDAD DE DÍAS EN AÑOS			Subtotal		
	Primera		6a11	12a23	24a35	3a6	6	10a19	20a49	50a59	60a64
Vacuna Varicela (Quince)	Primer de edad										
	12 a 15 años										
	16 a 44 años										
	45 y más años										
A.R. Sarampión y Rubéola	Grupo de edad y sexo		6a11 años	12 a 15 años	16 a 19 años	40 y más años		Subtotal			
	Administración										
Campanas	Dosis										
	Administración										
Adolescentes	Dosis										
	Administración										
Adultos	Dosis										
	Administración										
Otras Instituciones	Dosis										
	Administración										
Total de dosis aplicadas (C9)											

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

Nombre y firma (C20)

FECHA DE ENTREGA DEL INFORME

Mes (C18) Año (C19)

FO201B15400/075/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
INFORME MENSUAL DE VACUNAS  
FO201B15400/075/2012**

**Objetivo:** Contar con un documento validado y oficial que permita un adecuado control administrativo de las acciones que realiza el Sistema Municipal DIF correspondiente.

**Distribución:** N/ copias a los Sistemas Municipales que operen el programa.

**Destinatario:** Sistema Municipal DIF correspondiente.

**INSTRUCCIONES GENERALES**

1. Los datos deberán registrarse a máquina o en tinta y números arábigos.
2. No deben quedar espacios en blanco, si en algún recuadro no hay datos para reportar, se anotará el cero.
- 3.-El texto deberá ser o estar legible.

No.	CAMPO	INSTRUCCIONES
1	Municipio	En este espacio se deberá anotar el municipio correspondiente.
2	Mes	En este espacio se deberá anotar el mes según corresponda la información vertida en el presente informe.
3	Año.	En este espacio se deberá anotar el año.
4	Frascos recibidos de otra institución	En este espacio se deberá anotar la cantidad de frascos que el sistema municipal durante el mes recibió de otra Institución
5	Vacuna	Espacio destinado para los diferentes tipos de vacuna que se manejan.
6	Dosis	Espacios destinados para que las dosis aplicas se clasifique de acuerdo a la dosis que corresponda.
7-11	Grupos de edad.	En éstos espacio se debe anotar las dosis aplicadas de acuerdo al grupo de edad y dosis que corresponda.
12	Subtotal	En este espacio se debe anotar la sumatoria de todos los grupos de edad por dosis.

13	Total de dosis	En este espacio se debe anotar la sumatoria cuando exista más un subtotal de acuerdo a la vacuna de que se trate, si es una sola dosis el dato es el mismo.
14	Dosis de desperdicio en el mes.	En este espacio se debe anotar las dosis que durante el mes fueron consideradas como desperdicio.
15	Necesidades para el próximo mes.	En este espacio se deberá anotar las necesidades que el Sistema Municipal Tenga contempladas para el próximo mes.
16	Total de dosis aplicadas.	En este espacio se debe anotar la sumatoria que corresponda al total de todas las vacunas.
17	Nombre y firma	En este espacio debe anotarse nombre y firma de la persona responsable de la información.
18	Día	Espacio destinado para registrar el día en que es entregada la información.
19	Mes	Espacio destinado para registrar el mes en que es entregada la información.
20	Año.	Espacio destinado para registrar el año en que es entregada la información.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**VALE DE VACUNAS E INSUMOS**

Municipio: (1)  Folio: (2)   
 Localidad: (3)  Fecha: 

Día (4)	Mes (5)	Año (6)
---------	---------	---------

VACUNA (7)	Cantidad de frascos (8)	Lote (9)	Fecha de caducidad (10)
SABIN			
DPT			
S.R.P. <input type="checkbox"/> Frasco unidosis <input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis			
B.C.G.			
T.D.			
PENTAVALENTE			
S.R.			
HEPATITIS B <input type="checkbox"/> Frasco unidosis <input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis <input type="checkbox"/> Frasco con 20 dosis			
ROTAVIRUS			
NEUMO 15 VALENTE			
NEUMO 23			
INFLUENZA PEDIATRICA <input type="checkbox"/> Frasco unidosis <input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis			
INFLUENZA ADULTO <input type="checkbox"/> Frasco unidosis <input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis			
Jeringa 0.5 ml. con aguja 22 x 32			
Jeringa 0.5 ml. con aguja 27 x 13			
Jeringa 1 ml. Con aguja 25 X 16			
Jeringa de 5 ml. con aguja 20 X 32			
Vitamina A			
Sobres de vida suero oral			
Albendazol			

ENTREGÓ

RECIBIÓ

Nombre y firma (11)

Nombre y firma (12)

FO201B15400/074/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO**  
VALE DE VACUNAS E INSUMOS  
FO201B15400/074/2012

**Objetivo:** Tener disponible un documento en el cual se identifique fácilmente las cantidades de vacunas otorgadas a los Sistemas Municipales correspondientes, a fin de contar con un adecuado control administrativo.

**Distribución:** N/ copias a los Sistemas Municipales que operen el programa.

**Destinatario:** Sistema Municipal DIF correspondiente.

**INSTRUCCIONES GENERALES**

1. Los datos deberán registrarse a máquina o en tinta.
2. Los datos donde correspondan números, éstos deben ser arábigos.
3. El texto deberá ser o estar legible.

No.	CAMPO	INSTRUCCIONES
1	Municipio	Anotar el Nombre del Municipio a que corresponde.
2	Folio	Anotar el folio que corresponde.
3	Localidad	Anotar en nombre de la localidad o comunidad según corresponda
4	Día	Anotar el día que corresponda.
5	Mes	Anotar el mes que corresponda.
6	Año	Anotar el año que corresponda.
7	Vacuna.	Renglón destinado para marcar el tipo de vacuna que se entrega, si la vacuna a que se refiere cuenta con más de una presentación, se debe marcar con una X según corresponda.
8	Cantidad de frascos	Anotar la cantidad de frascos.
9	Lote	Anota el lote.
10	Fecha de caducidad.	Anotar la fecha de caducidad
11	Nombre y firma.	Anotar el nombre y firma de la persona que entrega la vacuna.
	Nombre y firma.	Anotar el nombre y firma de la persona que recibe la vacuna.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCION DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD</b>	Edición: Segunda
	Fecha: Junio de 2016
	Código: 201B15400/04
	Página

**PROCEDIMIENTO: Supervisión a consultorios médicos y área adyacentes a Estancias Infantiles y Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.**

**OBJETIVO:**

Mantener el cumplimiento de la normatividad de los programas de salud y seguridad que el personal médico lleva a cabo en consultorios médicos y área adyacentes a las Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, mediante las supervisiones que generan acuerdos y compromisos para mejorar las condiciones de salud de los niños atendidos.

**ALCANCE:**

Aplica al personal de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Médico Supervisor, Director (a) de Estancia y/o Jardín de Niños y personal médico adscrito a los consultorios médicos de Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**REFERENCIAS:**

- Ley General de Estancias Infantiles, Gaceta Parlamentaria, número 3044, Capítulo VIII, Seguridad e Higiene, Art. 43, 2 de Julio de 2010.
- Ley General de Salud, Formación, Capacitación y Actualización del personal, Capítulo III, Art. 92, Diario Oficial de la Federación, 28 de Agosto de 2009.
- Ley de Prevención del Tabaquismo y Protección ante la exposición de humo de tabaco en el Estado de México, Gaceta del Gobierno, 19 de Marzo de 2013.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, Título Tercero del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Capítulo I, Artículo 18, Fracción II, Gaceta del Gobierno, 07 de septiembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana 002-Condicion de seguridad, prevención y protección contra incendios, en los centros de trabajo, apartado 7.17, Diario Oficial de la Federación 16 de Agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA-3-2012, Expediente Clínico, numerales 5.4, 5.10, 5.11, 5.12, 5.14, Diario Oficial de la Federación, 15 de Octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA-3-2010, Requisitos mínimos de Infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, numerales 1.1, 1.2 y 1.3, numerales 5.1, 5.2 y 5.5; 6 Especificaciones, numerales 6.1.1.2 y 6.1.1.4; Apéndice normativo A, 1 Equipamiento para el consultorio de Medicina General 1.1 mobiliario, 1.2 equipo, 1.3 instrumental, Diario Oficial de la Federación, 16 de Agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA-2-2012, para la vigilancia epidemiológica, índice 6.2.8, Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM 072-SSA-1-2012. Etiquetado de Medicamentos y de remedios herbolarios, apartado 5.16.1, Diario Oficial de la Federación, 21 de Noviembre de 2012.

- Norma Oficial Mexicana NOM 087.SEMARNAT-SSA-1-2002; Manejo de residuos peligrosos Biológico-Infecciosos, numerales 6.1.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.3.2; Diario Oficial de la Federación, 22 de Octubre de 1993.
- Norma Oficial Mexicana NOM-093-SSA-1994, Bienes y Servicios. Prácticas de Higiene y Sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos, disposiciones sanitarias numeral 5.1.10; refrigeradores numeral 5.2.2; alimentos numeral 5.2.2.3; áreas de servicio y comedor numeral 5.6.3, Diario Oficial de la Federación, 4 de Octubre de 1995.
- Norma Oficial Mexicana 120-SSA-1-1994, Bienes y Servicios, Prácticas de Higiene y Sanidad para el proceso de alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, 6 Instalaciones Físicas, numeral 6.6; instalaciones sanitarias, numerales 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 y 8.2.2, numerales 8.5.2; 9.1 equipos y utensilios; numerales 9.2.1, y 9.2.2, 12 limpieza y desinfección; disposiciones para el personal, numerales 5.1.2, 5.1.4, 5.1.5, 5.1.6, 5.1.10, 5.1.12, 5.1.13, Diario Oficial de la Federación, 28 de Agosto de 1995.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA-1-2009, Prácticas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios; Control de Plagas, numeral 5.10.7; Manejo de residuos, numeral 5.11.3; Diario Oficial de la Federación, 10 de Octubre del 2008.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Capítulo I, Art. 18 y 24; Capítulo III, Art. 63 y 64, Diario Oficial de la Federación, 3 de Febrero de 1983; Capítulo 1, Art. 25, Diario Oficial de la Federación, 7 de Febrero de 1984.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Capítulo IV de las Direcciones, Coordinación y Unidades, Artículo 19, Fracción IX, Gaceta del Gobierno, 25 de abril de 2012.
- Manual General de Organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Apartado VII. Objetivos y Funciones por Unidad Administrativa: Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, Gaceta del Gobierno, el 19 de junio de 2012.
- Manual de Vacunación Universal 2008-2009; editado por la Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia; Primera Edición 2008.  
<http://cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogomaestroGPC.html>. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

**RESPONSABILIDADES:****Director de Prevención y Bienestar Familiar:**

- Recibir el informe de resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Enviar resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México a la Dirección de Servicios Jurídicos Asistenciales para conocimiento.

**Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud:**

- Firmar oficio de comisión al médico supervisor para que realice la supervisión a consultorios médicos y área adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Recibir y revisar informe de resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Enviar informe a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar de los resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Médico Supervisor:**

- Recibir oficio de comisión para realizar la supervisión a consultorios médicos y área adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Presentarse con autoridades de Estancia Infantil y/o Jardín de Niños y entregarles el oficio.
- Aplicar la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

- Firmar la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Elaborar el informe de resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Entregar a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, los resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Dar seguimiento a los acuerdos y fechas compromiso de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**Director (a) de Estancia Infantil y/o Jardín de Niños:**

- Recibir oficio, donde se informa de la supervisión que se realizará a consultorio médico y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Realizar el recorrido con el médico supervisor y médico supervisado.
- Firmarlos resultados de la Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Dar seguimiento y solventación a acuerdos y fechas compromiso que le corresponda de la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del DIF Estado de México”.

**Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del DIF Estado de México/Médico supervisado:**

- Proporciona la información correspondiente al Médico Supervisor.
- Acompañar durante la supervisión al Médico Supervisor y Director (a) a las áreas adyacentes de la Estancia Infantil y/o Jardín de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Firmarla “Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- Dar seguimiento y solventación a acuerdos y fechas compromiso que le corresponda de la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**DEFINICIONES:**

**Estancia Infantil:** Lugar a donde las madres trabajadoras llevan a los menores de 3 meses a los 2 años 11 meses de edad, para ser atendidos con servicio educativo y asistencial, durante su horario de trabajo.

**Jardín de Niños:** Lugar a donde las madres trabajadoras llevan a los menores de 3, 4 y 5 años de edad, para ser atendidos con servicio educativo y asistencial, durante su horario de trabajo.

**Director (a):** El responsable de la conducción de las Estancias Infantiles y/o Jardín de Niños.

**Médico supervisado:** Personal médico de Estancias Infantiles y/o Jardín de Niños que proporciona la información solicitada durante la supervisión.

**Médico supervisor:** Personal médico de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud que aplica cédula de supervisión.

**Norma Oficial Mexicana (NOM):** Regulación técnica de observancia obligatoria expedida por dependencias competentes, publicadas por el Diario oficial de la Federación.

**INSUMOS:**

- Oficio de comisión para supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**RESULTADOS:**

- Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes de Estancias infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS: No aplica.****POLÍTICAS:**

- La Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, se realizará de forma aleatoria, dos veces al año.
- La Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, la realizará el Médico Supervisor, el Director (a) o en su caso algún representante y el médico supervisado.
- En la Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, se establecen los acuerdos y fechas compromiso, firmando de conformidad del Médico Supervisor, Director(a) y Médico Supervisado.
- Notificar a la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales las irregularidades encontradas en la Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

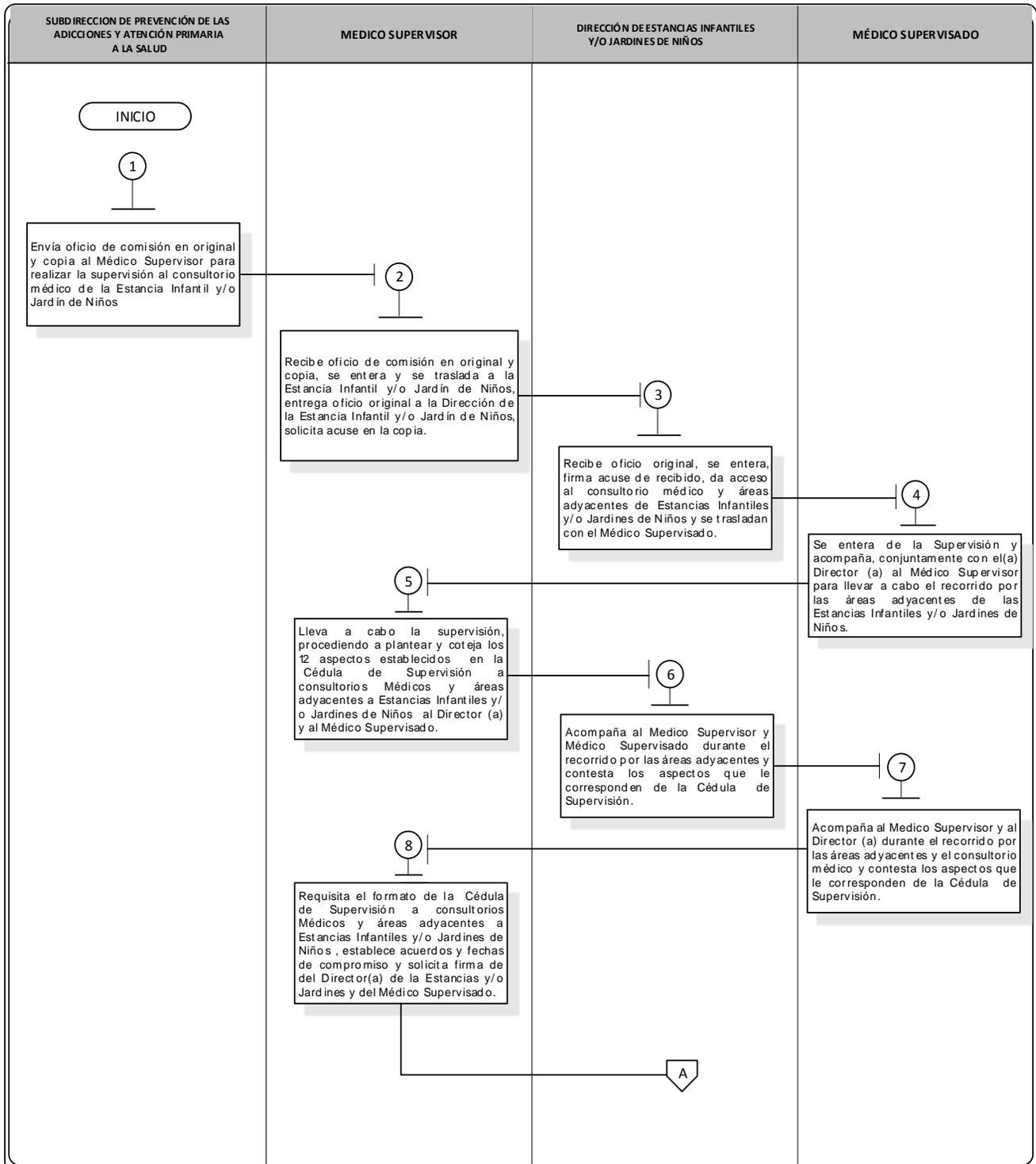
**DESARROLLO: Supervisión a consultorios médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.**

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	ACTIVIDAD
1.	<b>Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la salud.</b>	Envía oficio de comisión en original y copia al Médico Supervisor para realizar la supervisión al consultorio médico de la Estancia Infantil y/o Jardín de Niños.
2.	<b>Médico Supervisor</b>	Recibe oficio de comisión en original y copia en la fecha acordada, se entera y se traslada a la Estancia Infantil y/o Jardín de Niños para realizar la supervisión, entregando oficio original a la Dirección y solicita acuse en la copia.
3.	<b>Dirección de Estancia Infantil y/o Jardín de Niños</b>	Recibe oficio original, se entera y firma acuse de recibido y da acceso a consultorio médico y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños y se trasladan con el Médico Supervisado.
4.	<b>Médico Supervisado</b>	Se entera de la Supervisión y acompaña, conjuntamente con el(a) Director (a) de Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños al Médico Supervisor para llevar a cabo el recorrido por las áreas adyacentes de las Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños.
5.	<b>Médico Supervisor</b>	Lleva a cabo la supervisión, procediendo a plantear y coteja los 12 aspectos establecidos en la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños", al Director (a) y al Médico Supervisado.
6.	<b>Dirección de Estancia Infantil y/o Jardín de Niños</b>	Acompaña al Médico Supervisor y Médico Supervisado durante el recorrido por las áreas adyacentes y contesta los aspectos que le corresponden de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños".
7.	<b>Médico Supervisado</b>	Acompaña al Médico Supervisor y al Director (a) durante el recorrido por las áreas adyacentes y el consultorio médico y contesta los aspectos que le corresponden de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños".

8.	<b>Médico Supervisor</b>	Requisita el formato de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños", establece acuerdos y fechas de compromiso y solicita firma de del Director(a) de la Estancias y/o Jardines y del Médico Supervisado.
9.	<b>Dirección de Estancia Infantil y/o Jardín de Niños</b>	Revisa los compromisos y acuerdos estipulados en la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños", la firma y se lo pasa al Médico Supervisado.
10.	<b>Médico Supervisado</b>	Revisa los compromisos y acuerdos estipulados en la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños", la firma y se lo regresa al Médico Supervisor.
11.	<b>Médico Supervisor</b>	Entrega copia de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños" para que dé seguimiento a los acuerdos y compromisos estipulados y se retira.
12.	<b>Médico Supervisado</b>	Recibe copia de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños" con los acuerdos y compromisos para que en coordinación con el Director(a) de la Estancia Infantil o Jardín de Niños, den seguimiento y solventen los acuerdos y compromisos estipulados.
13.	<b>Médico Supervisor</b>	Elabora el Informe de los resultados de "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México" y entrega al Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
14.	<b>Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la salud.</b>	Recibe Informe de resultados de la Supervisión Médica a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, se entera, da seguimiento a los acuerdos y compromisos para su solventación y envía a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar.
15.	<b>Dirección de Prevención y Bienestar Familiar</b>	Recibe los resultados de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del DIF Estado de México", se entera y envía para conocimiento a la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales.

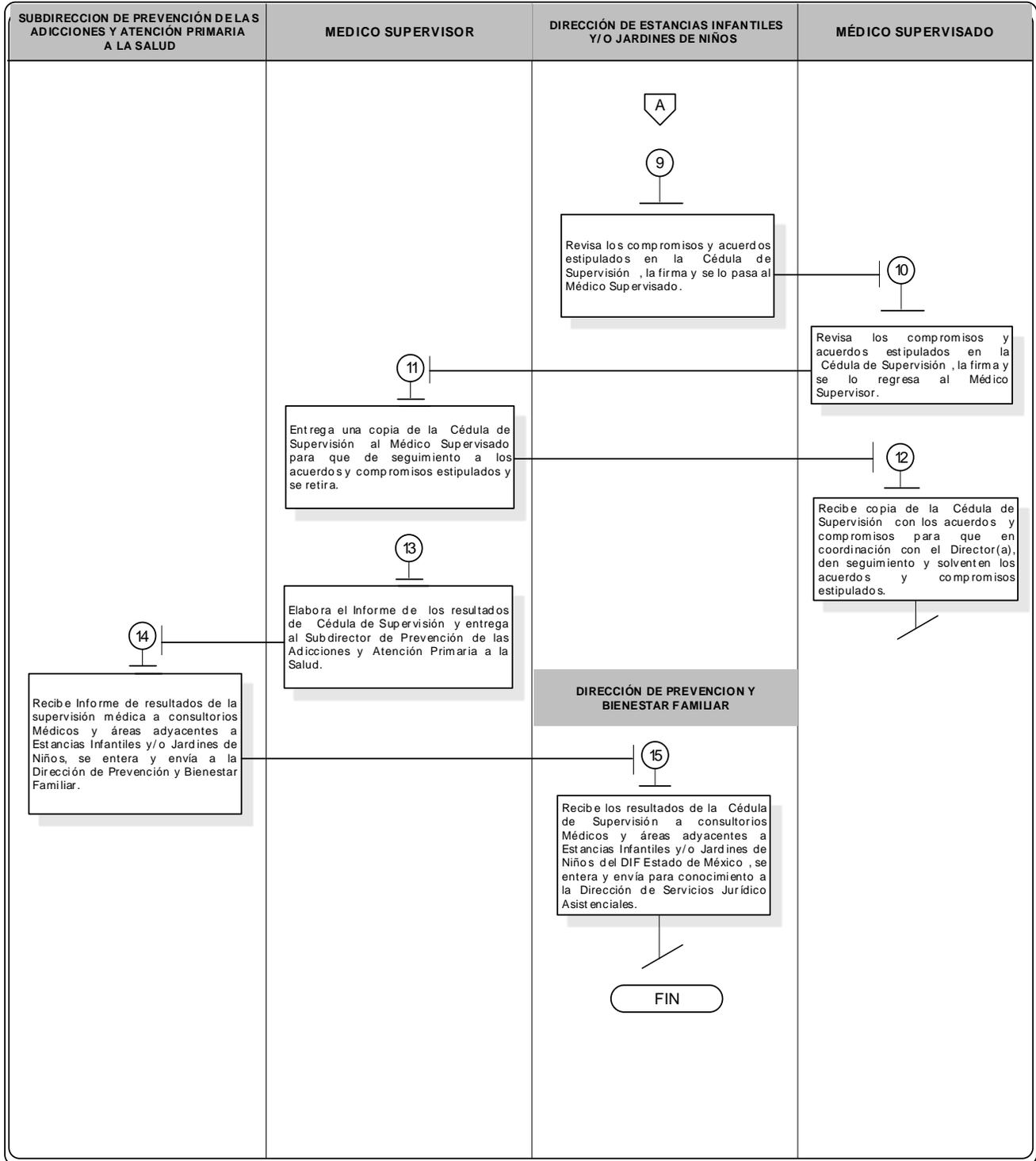


PROCEDIMIENTO: SUPERVISION A CONSULTORIOS MÉDICOS Y ÁREAS ADYACENTES A ESTANCIAS INFANTILES Y JARDINES DE NIÑOS DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO





**PROCEDIMIENTO: SUPERVISION A CONSULTORIOS MÉDICOS Y ÁREAS ADYACENTES A ESTANCIAS INFANTILES Y JARDINES DE NIÑOS DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO**



**MEDICIÓN:**

Consultorios Médicos de Estancias Infantiles y Jardines de Niños que cumplen la normatividad X 100=

Porcentaje de Consultorios Médicos de Estancias Infantiles y Jardines de Niños supervisados que cumplen la normatividad de acuerdo a la semaforización.

Consultorios Médicos de Estancias Infantiles y Jardines de Niños

Número de Supervisiones Programadas X 100 = Porcentaje de Supervisión Lograda

Número de Supervisiones Realizadas

**Registro de Evidencias:**

Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Informe de Resultados de la Supervisión (SEMAFORIZACION)

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:**

“Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México”.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**"CÉDULA DE SUPERVISIÓN A CONSULTORIOS MÉDICOS Y ÁREAS ADYACENTES A ESTANCIAS INFANTILES Y JARDINES DE NIÑOS"**

Nombre de la Estancia Infantil y/o Jardín de Niños: (1) \_\_\_\_\_

Domicilio: (2) \_\_\_\_\_

Nombre del Director (a): (3) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Supervisado: (4) \_\_\_\_\_

Número telefónico del plantel: (5) \_\_\_\_\_

Fecha: (6) 

Día	Mes	Año

No.	ASPECTOS A SUPERVISAR	NO	PARCIAL	SI	ACUERDOS	FECHA DE COMPROMISO	SEGUIMIENTO DE ACUERDOS Y FECHAS DE COMPROMISO		OBSERVACIONES
		(7)	(8)	(9)			(12)		
		0	1	2			REALIZADO		
							SI	NO	
<b>1. ADMINISTRATIVOS</b>									
1	Presenta Aviso de Funcionamiento con los datos del giro, propietario y domicilio actualizados								
2	Presenta Aviso de Responsable sanitario, en el que concide su nombre y el del establecimiento								
3	El Aviso de Funcionamiento se encuentra a la vista del público								
4	Presenta Diagnóstico de Salud actualizado								
5	Presenta Programa de Trabajo médico actualizado								
6	Presenta Manual de Organización y de Procedimientos								
7	Cuenta con Cronograma de Actividades de acuerdo al programa de trabajo elaborado								
8	Cuenta con Guías de Práctica Clínica y Normas Oficiales Mecánicas (Entregados por el Área de Atención Primaria)								
9	Existe registro de actividades en la hoja diaria del médico								
10	Existe archivo actualizado de identificación con la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de los mismos que prestan sus servicios en el consultorio, que compruebe su grado máximo de estudios								
11	Realiza la notificación del SOLVE. Verificar la última semana notificada, que las cifras coincidan con la información de la hoja diaria de la semana notificada								
12	Realiza el informe mensual de actividades del área médica								
13	Existe archivo de expediente clínicos de los usuarios, con antigüedad mínima de 5 años								
14	Los expedientes clínicos, se encuentran debidamente integrados								
15	Las notas en el expediente cuentan con fecha, hora, nombre, edad, sexo y refieren signos y síntomas en el lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible y firma del responsable que la elabora								
16	Las recetas médicas que expiden contienen: fecha, nombre del paciente, diagnóstico, especificaciones del tratamiento, nombre del médico, cédula profesional, institución donde egreso y firma.								

2. PERSONAL									
1	El personal que labora en el establecimiento porta gafeta de identificación en lugar visible, conteniendo fotografía y firma del responsable sanitario.								
2	La apariencia general es de limpieza y pulcritud.								
3	Su vestimenta y calzado es el apropiado para las labores que desempeña.								
4	Sus manos se encuentran limpias, con las uñas cortadas al ras y libres de pinturas o esmalte.								
5	El personal médico, técnico o auxiliar, utilizan uniforme e indumentaria adecuada a las labores que realizan.								
6	El personal auxiliar evita usar joyas y otros objetos que puedan desprenderse.								
7	Evita comer, beber, fumar, toser o estornudar durante la ejecución de sus labores.								
3. CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO									
1	Los materiales de la construcción expuestos al exterior son resistentes al medio ambiente y se encuentran en buenas condiciones de pintura, no existen cuarteaduras ni zonas de humedad.								
2	Los materiales de construcción en el interior, se encuentran en buenas condiciones de pintura, no existen cuarteaduras o zonas de humedad.								
3	El establecimiento se encuentra en buenas condiciones de conservación y aseó.								
4	Las ventanas se encuentran en buenas condiciones de aseó y conservación.								
5	Se realiza fumigación periódica en las instalaciones y cuenta con evidencia documental.								
6	Existen señalizaciones colocadas en sitios accesibles, con letras indicativas, dibujo rojo y carga vigente, en todo el edificio.								
7	Las áreas cuentan con letreros relativos a la protección de los no fumadores en todo el establecimiento.								
8	Cuenta con mobiliario e instalaciones suficientes y en buen estado de conservación y mantenimiento.								
4. CONSULTORIO MÉDICO									
1	El consultorio cuenta con el área de entrevista y el área de exploración físicas bien delimitadas.								
2	Cuenta con lavabo en el área de exploración del consultorio.								
3	El consultorio médico, cuenta con equipo médico, escritorio, sillas, mesa de exploración, estetoscopio, baumanómetro, termómetro y abatelenguas.								
4	Los medicamentos e insumos que se encuentran en los consultorios cuentan con registro sanitario y fecha de caducidad vigente.								
5.- EQUIPO, INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE CURACIÓN									
1	Cuenta con equipo e insumos necesarios para brindar el servicio de curaciones.								
2	Cuenta con el instrumental específico para el desarrollo de sus actividades, y este se encuentra en buenas condiciones de conservación y mantenimiento.								
3	Cuenta con botiquín de emergencias con los medicamentos básicos y material de curación.								
4	El material e insumos que se emplean en las curaciones que se realizan están desinfectados y/o esterilizados. Con una fecha no mayor a 30 días.								
6. MANEJO INTEGRAL DEL RPBI									
1	El responsable sanitario, asegura el manejo integral de los RPBI.								
2	El responsable sanitario cumple con las disposiciones correspondientes en las fases (identificación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final) del manejo de los RPBI.								
3	Los RPBI generados por el establecimiento son debidamente separados y envasados, de acuerdo a sus características físicas y biológicas.								
4	Cuentan con recipientes rígidos para los botocorrientes, con la leyenda que indique "Residuos peligrosos biológico infecciosos".								
5	Los contenedores de los RPBI, están ubicados en lugares apropiados dentro del establecimiento de tal manera que no obstruya las vías de acceso.								
7. VACUNACIÓN UNIVERSAL									
1	Sabe como está etiquetada la cadena de frío y para que sirve.								
2	Conoce la temperatura a que debe conservarse el biológico.								
3	Conoce el procedimiento para inactivar el biológico.								
4	Sabe cuánto tiempo después de preparadas o abiertas puedan ser utilizados los biológicos de SABIN.								
5	Conoce la dosis de la vacuna SABIN que se administra.								
6	Cuenta con termo equipado (Wuard, termómetro y canchita).								
7	El termo se conserva limpio y sin humedad en su interior.								
8	Escribe según registro de sistemas de vacunación de la población infantil.								
8. COCINA									
1	Los materiales de construcción en el interior, se encuentran en buenas condiciones de pintura, no existen cuarteaduras o zonas de humedad.								
2	El mobiliario de la cocina y comedor se encuentran en buenas condiciones de conservación y aseó.								
3	El personal de cocina porta su uniforme completo (gorro, cubrebocas y calzado adecuado a las labores que desempeña en su jornada laboral).								
4	El personal de cocina evita el uso de aretes, collares y aretes durante la jornada laboral.								
5	El personal presenta uñas cortadas al ras y libres de pintura o esmalte.								
6	Durante la preparación de los alimentos se evita toser, estornudar o fumar.								
7	El personal de la cocina se desparasita mínimo dos veces al año.								
8	Los utensilios y electrodomésticos utilizados para la preparación de alimentos se encuentran en buen estado de conservación y aseó.								
9	En el Almacén de Alimentos se verifica y registra la caducidad.								
10	El refrigerador se encuentra en buen estado de conservación y aseó en su exterior e interior.								
11	Los alimentos que se encuentran dentro del refrigerador tienen fecha de caducidad.								
12	Se toman medidas para proteger los alimentos contenidos dentro del refrigerador (vacopartes con tapa).								
13	El mobiliario del comedor (mesas y sillas) se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento y aseó.								
14	Se cuenta con depósitos para la basura orgánica e inorgánica con tapa.								
9. INSTALACIONES SANITARIAS									
1	Los baños cuentan con agua corriente, empotrados, excusados, lavabos, papel higiénico, jabón antibacteriano, toallas desechables o sacadoras de aire y depósitos para la basura.								
2	Los servicios sanitarios están limpios, secos y desinfectados.								
3	Cuentan con un sistema eficiente de evacuación de aguas servidas y aguas residuales, conectado a los servicios públicos de acueductado, fosa de absorción o planta de pretratamiento.								
4	Los baños cuentan con letreros alusivos que recuerdan al usuario que debe lavarse las manos después de ir al baño.								

10. ÁREAS VERDES Y PATIOS DE RECREO									
1	Las áreas verdes se encuentran en buen estado de mantenimiento								
2	Los patios de recreo o juegos se encuentran en buen estado de mantenimiento								
3	Las estructuras de los juegos infantiles se encuentran en buen estado de mantenimiento								
11. DEPÓSITO DE BASURA									
1	Cuente con contenedores para depósito de basura orgánica e inorgánica								
2	Los contenedores de basura cubiertos con tapa								
3	Se tienen medidas para evitar la contaminación								
12. CAPACITACIÓN									
1	Contó a reuniones organizadas para padres								
2	Reunión al menos del 50% de reuniones organizadas para mejorar el sistema de atención								
3	Asistió a cursos de actualización médica continua								
4	Realizó pláticas de promoción para la salud								

ESTANCIA INFANTIL O JARDIN DE NIÑOS

DIRECTOR DEL PLANTEL

MÉDICO SUPERVISADO

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (10)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (14)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (16)

MÉDICO SUPERVISOR

Vs. Bn. DE LA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES  
Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (18)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (20)

Nota: Todas las hojas deberán ser rubricadas al inicio y firmadas al final.

FO201618400/472/2016

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**“CÉDULA DE SUPERVISIÓN A CONSULTORIOS MÉDICOS  
Y ÁREAS ADYACENTES A ESTANCIAS INFANTILES  
Y JARDINES DE NIÑOS”**

No.	CAMPO	INSTRUCCIÓN
1	Nombre de la Estancia y Jardín de Niños	Anotar el nombre completo de la Estancia y Jardín de Niños que se supervisa.
2	Domicilio	Anotar el domicilio completo y municipio.
3	Nombre de la directora (o)	Anotar el nombre completo de la directora (o) de la Estancia y/o Jardín de Niños.
4	Nombre del médico supervisado	Anotar el nombre completo del médico que dará respuesta a los cuestionamientos de la cédula.
5	Número telefónico del plantel	Anotar el número telefónico del plantel con números arábigos.
6	Fecha	Día, mes y año en que se realiza la supervisión.
7	No	Cuando el cumplimiento del aspecto supervisado es del 0%.
8	Parcial	Cuando cumpla en un 50% con el aspecto supervisado.
9	Si	Cuando cumpla al 100% con el aspecto supervisado.
10	Acuerdos	Nombre y cargo de la persona responsable de solventar los acuerdos.
11	Fecha de compromiso	Anotar la fecha en que se compromete el responsable a realizar los cambios establecidos en la “Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México”.
12	Seguimiento de acuerdos y fechas de compromiso	Anotar si se realizó o no el acuerdo en la fecha compromiso de la “Cédula de Supervisión a consultorios Médicos y áreas adyacentes a Estancias Infantiles y/o Jardines de Niños del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México”, así como las causas que impidieron su cumplimiento.
13	Sello de la estancia y jardín de niños	Colocar sello de la Estancias Infantil y/o Jardín de Niños.
14	Nombre completo y firma del director (a) del plantel	Anotar el nombre completo y firma del director (a) de la Estancia Infantil y/o Jardín de Niños.
15	Nombre completo y firma del médico supervisado	Anotar el nombre completo y firma del médico supervisado de la Estancia Infantil y/o Jardín de Niños.
16	Nombre completo y firma de médico supervisor	Anotar el nombre completo y firma del médico supervisor de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
17	Nombre completo y firma de Visto Bueno, del Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.	Anotar el nombre completo y firma del Subdirector de Prevención de las Adicciones y atención Primaria a la Salud de haber realizado la visita de supervisión.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE  
 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN  
 PRIMARIA A LA SALUD**

Edición: Segunda
Fecha: Junio de 2016
Código: 201B15400/04
Página

**PROCEDIMIENTO: Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.**

**OBJETIVO:**

Mantener el cumplimiento de la normatividad de los programas de salud que el personal médico lleva a cabo en consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en Estado de México, mediante las supervisiones que generan acuerdos y compromisos para mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

**ALCANCE:**

Aplica al personal de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Médico Supervisor, Coordinador de Servicios Médicos y Médicos de los Consultorios en los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.

**REFERENCIAS:**

- Ley General de Salud, Formación, Capacitación y Actualización del personal, Capítulo III, Art. 92, Diario Oficial de la Federación, 28 de Agosto de 2009.
- Ley de Prevención del Tabaquismo y Protección ante la exposición de humo de tabaco en el Estado de México, Gaceta del Gobierno, 19 de Marzo de 2013.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, Título Tercero del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Capítulo I, Artículo 18, Fracción II, Gaceta del Gobierno, 07 de septiembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana 002-Condiciónes de seguridad, prevención y protección contra incendios, en los centros de trabajo, apartado 7.17, Diario Oficial de la Federación, 16 de Agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA-3-2012, Expediente Clínico, numerales 5.4, 5.10, 5.11, 5.12, 5.14, Diario Oficial de la Federación, 15 de Octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA-3-2010, Requisitos mínimos de Infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, numerales 1.1, 1.2 y 1.3, numerales 5.1, 5.2 y 5.5; 6 Especificaciones, numerales 6.1.1.2 y 6.1.1.4; Apéndice normativo A, 1 Equipamiento para el consultorio de Medicina General 1.1 mobiliario, 1.2 equipo, 1.3 instrumental, Diario Oficial de la Federación, 16 de Agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA-2-2012, para la vigilancia epidemiológica, índice 6.2.8, Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM 072-SSA-1-2012. Etiquetado de Medicamentos y de remedios herbolarios, apartado 5.16.1, Diario Oficial de la Federación el 21 de Noviembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM 087.SEMARNAT-SSA-1-2002; Manejo de residuos peligrosos Biológico-Infeciosos, numerales 6.1.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.3.2; Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 22 de Octubre de 1993.
- Norma Oficial Mexicana NOM-093-SSA-1994, Bienes y Servicios. Prácticas de Higiene y Sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos, Disposiciones sanitarias numeral 5.1.10; refrigeradores numeral 5.2.2; alimentos numeral 5.2.2.3; áreas de servicio y comedor numeral 5.6.3; Diario Oficial de la Federación, 4 de Octubre de 1995.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA-1-2009, Prácticas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios; Control de Plagas, numeral 5.10.7; Manejo de residuos, numeral 5.11.3; Diario Oficial de la Federación, 10 de Octubre del 2008.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Capítulo I, Art. 18 y 24; Capítulo III, Art. 63 y 64, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de Febrero de 1983; Capítulo 1, Art. 25, Publicado en el Diario Oficial de la Federación 7 de Febrero de 1984.
- Reglamento de Condiciones Generales de Trabajo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, derechos, obligaciones y prohibiciones de los trabajadores del organismo, Capítulo 1, Art. 83 (IV y XV), Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 24 de Agosto de 1989.
- Manual General de Organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Apartado 201B15400, Gaceta del Gobierno, 19 de junio de 2012.

- Manual de Vacunación Universal 2008-2009; editado por la Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia; Primera Edición 2008. <http://cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogomaestroGPC.html>. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

**RESPONSABILIDADES:****Director de Prevención y Bienestar Familiar:**

- Recibir el informe de resultados de la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Enviar resultados de la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF”, a la Dirección de Enlace y Vinculación para que las incidencias encontradas sean tratadas en las reuniones con Presidentas Municipales.

**Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud:**

- Firmar oficio de comisión al médico supervisor para que realice la supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.
- Recibir y revisar informe de resultados de la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Enviar informe a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar de los resultados de la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.

**Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud/Médico Supervisor:**

- Recibir oficio de comisión para realizar la supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.
- Presentarse con autoridades de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.
- Aplicar la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Firmar la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Elaborar el informe de resultados de la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Entregar a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, los resultados de la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Dar seguimiento a los acuerdos y fechas compromiso de la “Cédula de Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.

**Coordinador de Servicios Médicos o Médico adscrito al consultorio:**

- Recibir oficio, donde se informa de la supervisión que se realizará al Consultorio Médico de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.
- Realizar el recorrido con el Coordinador Médico o Médico Adscrito.
- Firmar los resultados de la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Dar seguimiento y solventación de acuerdos y fechas compromiso que le corresponda de la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.

**Sistema Municipal DIF/ Coordinador de Servicios Médicos/Médico supervisado:**

- Proporcionar la información correspondiente al Médico Supervisor.
- Acompañar durante la Supervisión al Médico Supervisor.
- Firmar la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.
- Dar seguimiento y solventación a acuerdos y fechas compromiso que le corresponda de la “Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México”.

**DEFINICIONES:**

**Sistema Municipal DIF:** Unidad Administrativa que brinda diversos servicios a la comunidad.

**Consultorio Médico:** Lugar a donde se brinda atención médica a la población que así lo solicite.

**Director (a):** El responsable de la conducción de las Estancias Infantiles y/o Jardín de Niños.

**Médico Supervisor:** Personal médico del Sistema Municipal que brinda atención médica a la población.

**Médico Supervisor:** Personal médico de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud que aplica cédula de supervisión.

**Norma Oficial Mexicana (NOM):** Regulación técnica de observancia obligatoria expedida por dependencias competentes, publicadas por el Diario oficial de la Federación.

**INSUMOS:**

- Oficio de comisión para supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.

**RESULTADOS:**

- Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS: No aplica.**

**POLÍTICAS:**

- La Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud a través de los Médicos Supervisores será la encargada de llevar a cabo la supervisión a los consultorios de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.
- La Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México realizará el Médico Supervisor, el Director (a) del Sistema Municipal DIF o en su caso algún representante y el médico supervisado.
- En la "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.", se establecen los acuerdos y fechas compromiso, firmando de conformidad el Médico Supervisor, Coordinador(a) y Médico Supervisado.
- Notificar a la Dirección de enlace y Vinculación las inconsistencias encontradas en la aplicación de la Cédula de Supervisión, aplicada a los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.

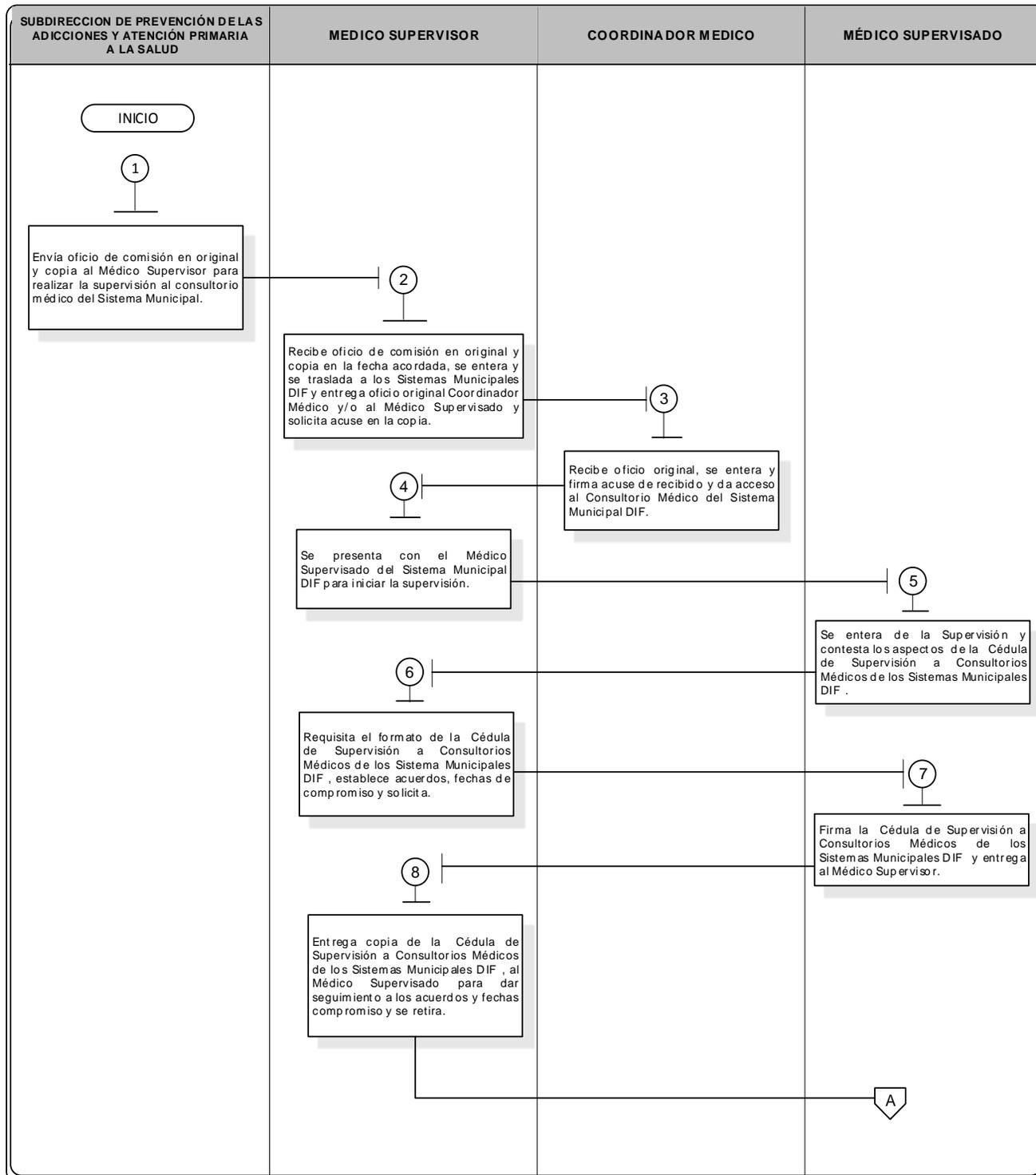
**DESARROLLO:** Supervisión a consultorios médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	ACTIVIDAD
1.	Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la salud.	Envía oficio de comisión en original y copia al Médico Supervisor para realizar la supervisión al consultorio médico de los Sistemas Municipales DIF.
2.	Médico Supervisor	Recibe oficio de comisión en original y copia en la fecha acordada, se entera y se traslada a los Sistemas Municipales DIF y entrega oficio original Coordinador Médico y/o al Médico Supervisor y solicita acuse en la copia.
3.	Coordinador Médico del Sistema Municipal DIF	Recibe oficio original, se entera y firma acuse de recibido y da acceso al Consultorio Médico del Sistema Municipal DIF.

4.	<b>Médico Supervisor</b>	Se presenta con el Médico Supervisado del Sistema Municipal DIF para iniciar la supervisión.
5.	<b>Médico Supervisado</b>	Se entera de la Supervisión y contesta los aspectos a supervisar de la "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF", al Médico Supervisor.
6.	<b>Médico Supervisor</b>	Requisita el formato de la "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistema Municipales DIF", establece acuerdos, fechas de compromiso y solicita firma.
7.	<b>Médico Supervisado</b>	Firman la "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF".
8.	<b>Médico Supervisor</b>	Entrega copia de la "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF", al Médico Supervisado y se retira.
9.	<b>Médico Supervisado</b>	Recibe copia de la "Cédula de Supervisión" para dar seguimiento y solvente los acuerdos y compromisos estipulados.
10.	<b>Médico Supervisor</b>	Elabora el Informe de los Resultados de "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF y entrega al Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
11	<b>Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la salud.</b>	Recibe Informe de Resultados de la Supervisión Médica a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF, se entera, da seguimiento a los acuerdos y compromisos para su solventación y envía a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar
12	<b>Dirección de Prevención y Bienestar Familiar</b>	Recibe los resultados de la "Cédula de Supervisión a Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México, se entera, da seguimiento y envía para solicitar apoyo en el seguimiento de los acuerdos y compromisos a Dirección de Enlace y Vinculación.

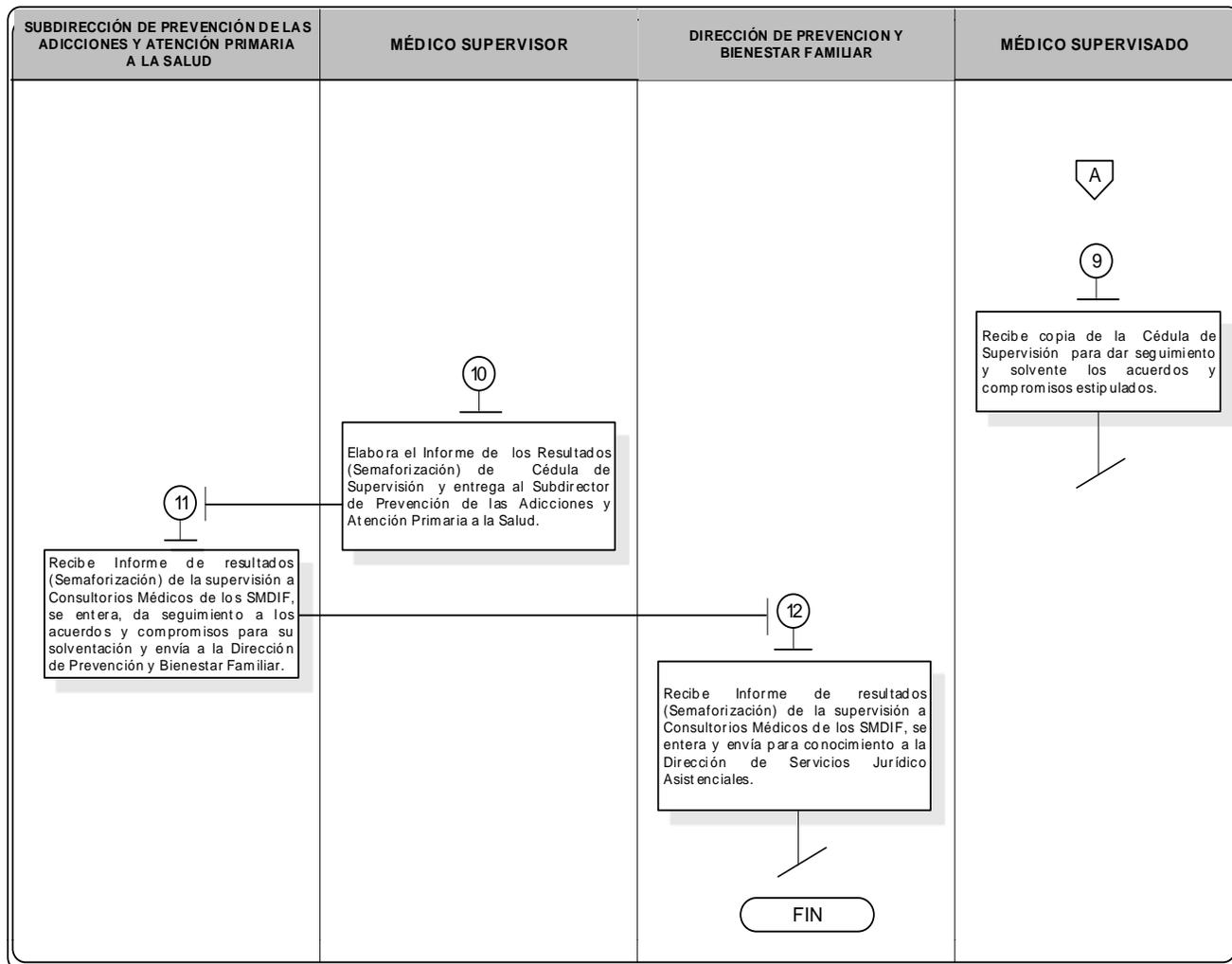


PROCEDIMIENTO: SUPERVISION A CONSULTORIOS MÉDICOS DE LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF





PROCEDIMIENTO: SUPERVISION A CONSULTORIOS MÉDICOS DE LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF



**MEDICIÓN:**

Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF que cumplen la normatividad X 100= Porcentaje de Consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF supervisados que cumplen la normatividad de acuerdo a la semaforización

$\frac{\text{Número de Supervisiones Programadas} \times 100}{\text{Número de Supervisiones Realizadas}}$  = Porcentaje de Supervisión Lograda

Número de Supervisiones Realizadas

**Registro de Evidencias:**

“Cédula de Supervisión a consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.”

“Informe de Resultados de la Supervisión (SEMAFORIZACION)”

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:**

“Cédula de Supervisión a consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México.”





15. PROGRAMA DE CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO									
1	Realiza exploración mamaria y citología vaginal a toda paciente de primera vez								
2	Realiza citología vaginal y exploración mamaria a toda paciente usuaria al menos una vez al año								
3	Entrega en forma adecuada las citologías vaginales								
4	Cubre el indicador programático de citología vaginal y exploraciones mamarias realizadas								
5	Enfoca acciones de detección oportuna de cáncer cervico uterino en el grupo blanco								
6	Cuenta con listados de pláticas realizadas sobre cáncer cervico uterino y mamario, enfermedades de transmisión sexual								
7	Catálogo de pláticas, considerando los datos: fecha, hora, tema, lugar, tipo de población, número de asistentes, material utilizado, sello, firma del responsable o un asistente								
8	Cuenta con registro de OX de enfermedades de transmisión sexual en mujeres en edad fértil que acudan a consulta								
16. DETECCIÓN DE VIOLENCIA									
1	Cuenta y aplica el formato de Herramienta de detección de violencia y reporta resultados en el informe mensual								
17. CRONICO DEGENERATIVAS									
1	Realiza detección control de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Verificar la hoja de pacientes bajo control de Diabetes e Hipertensión arterial)								

SISTEMA MUNICIPAL DIF

COORDINADOR MÉDICO

MÉDICO SUPERVISADO

Sello (03)

Nombre y firma (04)

Nombre y firma (05)

MÉDICO SUPERVISOR

Vs. Bn. DE LA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Nombre y firma (06)

Nombre y firma (07)

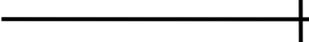
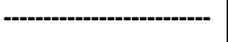
Nota: Todas las hojas deberán ser rubricadas al calce y firmadas al final.

FO201615400/473/2015

**INSTRUCTIVO DE LLENADO CEDULA DE SUPERVISIÓN A CONSULTORIOS MÉDICOS DE LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF**

No.	CAMPO	INSTRUCCIÓN
1	Nombre del Sistema Municipal	Anotar el nombre completo del Sistema Municipal DIF que se supervisa
2	Domicilio	Anotar el domicilio completo y municipio.
3	Nombre del Coordinador Médico	Anotar el nombre completo del Coordinador Médico.
4	Nombre del médico supervisado	Anotar el nombre completo del médico que dará respuesta a los cuestionamientos de la cédula.
5	Número telefónico del plantel	Anotar el número telefónico del sistema municipal DIF.
6	Fecha	Día, mes y año en que se realiza la supervisión.
7	No	Cuando el cumplimiento del aspecto supervisado es del 0%.
8	Parcial	Cuando cumpla en un 50% con el aspecto supervisado.
9	Si	Cuando cumpla al 100% con el aspecto supervisado.
10	Acuerdos	Nombre y cargo de la persona responsable de solventar los acuerdos.
11	Fecha de compromiso	Anotar la fecha en que se compromete el responsable a realizar los cambios establecidos en la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México".
12	Seguimiento de acuerdos y fechas de compromiso	Anotar si se realizó o no el acuerdo en la fecha compromiso de la "Cédula de Supervisión a consultorios Médicos de los Sistemas Municipales DIF en el Estado de México", así como las causas que impidieron su incumplimiento.
13	Sello del Sistema Municipal	Colocar sello del Sistema Municipal DIF Visitado.
14	Nombre completo y firma del Coordinador Médico	Anotar el nombre completo y firma del Coordinador Médico.
15	Nombre completo y firma del médico supervisado	Anotar el nombre completo y firma del médico supervisado del Sistema Municipal DIF.
16	Nombre completo y firma de médico supervisor	Anotar el nombre completo y firma del médico supervisor de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
17	Nombre completo y firma de Visto Bueno, del Subdirector de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud	Anotar el nombre completo y firma del Subdirector de Prevención de las Adicciones y atención Primaria a la Salud de haber realizado la visita de supervisión.

## VI. SIMBOLOGÍA

Símbolo	Representa
	<b>Inicio o final del procedimiento.</b> Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio del procedimiento se anotará la palabra INICIO y cuando se termine se escribirá la palabra FIN.
	<b>Conector de Operación.</b> Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.
	<b>Operación.</b> Representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso.
	<b>Conector de hoja en un mismo procedimiento.</b> Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene; dentro del símbolo se anotará la letra "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.
	<b>Decisión.</b> Se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.
	<b>Línea continúa.</b> Marca el flujo de la información y los documentos o materiales que se están realizando en el área. Puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.
	<b>Línea de guiones.</b> Es empleada para identificar una consulta, cotejar o conciliar la información; invariablemente, deberá salir de una inspección o actividad combinada; debe dirigirse a uno o varios formatos específicos y puede trazarse en el sentido que se necesite.
	<b>Línea de comunicación.</b> Indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, télex, fax, modem, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continúa.

	<p><b>Fuera de flujo.</b> Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se utiliza el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.</p>
	<p><b>Interrupción del procedimiento.</b> En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien, para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable.</p>

## VII. REGISTRO DE EDICIONES

Segunda edición Junio de 2016, elaboración del Manual de Procedimientos por la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información, en coordinación con la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.

## VIII. DISTRIBUCIÓN

El original del manual de procedimientos se encuentra en poder de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información.

**Las copias están distribuidas de la siguiente manera:**

- 1.- Dirección de Finanzas, Planeación y Administración.
- 3.- Unidad de Contraloría Interna.
- 4.- Dirección de Prevención y Bienestar Familiar.
- 5.- Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.

## IX. VALIDACIÓN

**Mtra. Carolina Alanís Moreno**

Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral  
de la Familia del Estado de México  
(Rúbrica).

**Marcos Zamora Sarabia**

Director de Prevención y Bienestar Familiar  
(Rúbrica).

**P.L.D Claudia Hernández Hernández**

Subdirectora de Prevención de las Adicciones  
y Atención Primaria a la Salud  
(Rúbrica).

**Luis Antonio Ortiz Bernal**

Jefe de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información  
(Rúbrica).