

# SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO

## REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA MI HOSPITAL CERCANO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020.

Daniel Alberto Díaz Martínez, Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, con fundamento en lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato; Decreto Gubernativo No. 48, mediante el cual se crea el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 94, Tercera Parte, del 22 de noviembre de 1996, Decreto Gubernativo número 42, mediante el cual se reestructura la organización interna del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 50-B, novena parte del 25 de junio de 2001; 13 fracción V, y 27, 49, 54 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato; segundo transitorio se la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2020; 9o., 10, 11, 15 y 15 bis de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato; 78, sexies y 78, septies de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato; 26, fracción XV y 27, fracción XV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato, y en ejercicio de las facultades que me confieren los artículos 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 7 del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato; y

### CONSIDERANDO

El 30 de enero de 2020 el director general del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) de la Organización Mundial de la Salud declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional por el brote del SARS-CoV2 (COVID-19), instando a todos los países a tomar medidas de contención, vigilancia activa, detección temprana, aislamiento y manejo de los casos, seguimiento de contactos y prevención de la propagación, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud, declaró el pasado 11 de marzo de 2020, como pandemia global al coronavirus COVID-19, en razón de su capacidad de contagio a la población en general.

El 19 de marzo 2020 se emitió el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia, el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 23 del mismo mes y año.

El 27 de marzo de 2020, el Presidente de la República, mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, declaró diversas acciones extraordinarias, en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general, para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

El 27 de marzo de 2020, el Comité Estatal para la Seguridad en Salud (CESSA) de conformidad con la facultad que le da el Decreto Gubernativo número 87 publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 9 de julio de 2004, en su artículo 2o, fracción I, emitió el acuerdo CESSAEO/250320/5/4 reconociendo a la epidemia de enfermedad del virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México y en Guanajuato, como una enfermedad grave de atención prioritaria.

El 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General emitió el Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), el cual fue publicado en igual fecha en el Diario Oficial de la Federación.

El 31 de marzo se emitió el Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, mismo que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación en igual fecha, instrumento en que la Secretaría de Salud señala que, no obstante que el Gobierno de México ha implementado una serie de acciones dirigidas a mitigar y controlar la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), resulta necesario dictar medidas extraordinarias para atender la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor generada por el virus, estableciendo acciones a desarrollar por los sectores público, social y privado.

En este contexto, y ante el panorama epidemiológico del Estado, se deben considerar las medidas de prevención necesarias para operar el Programa y cuidar la salud de las y los beneficiarios, evitando la conglomeración de las personas beneficiarias en las Unidades Ejecutoras del ISAPEG, es decir, en los Hospitales Comunitarios, Generales y/o Especializados, se emite el siguiente:

### ACUERDO

**Artículo Único.** Se adiciona la fracción VI en el inciso c) del artículo 12, se reforman los artículos 1 fracción II, 2 fracciones XVI y XXIV, 5 fracción I, 8, 11 fracción I, 15 número 1 primer punto, así como los Anexos I, X, XI, XII, y XIII; y se derogan los artículos 3, numeral 1 párrafo primero, punto 4 y 11 fracción II, de las Reglas de Operación del Programa "Mi Hospital Cercano" para el ejercicio fiscal 2020, para quedar en los siguientes términos:

#### Objeto de las Reglas de Operación

**Artículo 1.** Las disposiciones de estas Reglas de Operación tienen por objeto:

I...

II. Fortalecer la atención médica y/o quirúrgica de solicitudes individuales que sean solicitadas a los servicios de salud para contribuir a resolver el rezago médico y/o quirúrgico en las unidades del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

#### Glosario

**Artículo 2.** Para los efectos de estas Reglas de Operación se entiende por:

I a XV ...

**XVI. Persona a Beneficiar:** persona física que recibirá el o los apoyos del Programa MI Hospital Cercano;

**XVII a XXIII...**

**XXIV. Unidad Administrativa responsable del Programa:** Son los servidores públicos que deberán firmar el documento de Autorización del Apoyo, que estará conformado por: Director(a) de Servicios de Salud, Director (a) de Atención Médica y líder del proyecto Q0060 o también denominada área responsable de la operación del Programa;

**XXV a XXVI...**

#### Diseño del Programa

**Artículo 3.** El diseño del Programa...

La metodología...

El impacto...

El Programa....

El Programa...

1. Atención a las solicitudes de las personas beneficiadas, que por falta de cobertura o por falta de recursos no han sido atendidos de los padecimientos a través de apoyo específico que requieren resolución médica y/o quirúrgica.

El componente mencionado se desarrolla a través de las siguientes acciones:

1. Atención médica y/o quirúrgica;
2. Complementación diagnóstica;
3. Atención farmacológica;

4. Derogada;
5. Atención Integral médica y/o quirúrgica; y
6. Arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico.

Todo...

Considerando el

#### **Objetivos específicos del Programa**

**Artículo 5.** Son objetivos específicos del Programa:

- I. Fortalecer la atención médica y/o quirúrgica de solicitudes individuales que sean requeridas a los servicios de salud para contribuir a resolver el rezago médico y/o quirúrgico en las unidades médicas del ISAPEG; y
- II...

#### **Población beneficiaria estimada (beneficiarios directos)**

**Artículo 8.** La población beneficiada directamente por el Programa es de doscientos setenta y un hombres y mujeres del estado de Guanajuato con el Programa.

Este Programa...

#### **Metas programadas**

**Artículo 11.** El Programa tiene como meta:

- I. Atención médica y/o quirúrgica en las Unidades Médicas Hospitalarias del ISAPEG; y

Unidad de medida: Doscientos Setenta y Un (271) solicitudes médicas y/o quirúrgicas concluidas.

- II. Derogada.

El número de personas beneficiarias podrán ser menor o mayor dependiendo del monto asignado o de los ajustes presupuestarios que se realicen al proyecto durante su ejecución, asimismo depende del costo del tipo de apoyo solicitado conforme al artículo 10 de estas Reglas.

#### **Requisitos y procedimientos de acceso**

**Artículo 12.** Para acceder a los apoyos del Programa:

- a) ...
- b)

Estos documentos conformarán el expediente médico – administrativo y deberá ser enviado al correo electrónico [mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx](mailto:mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx) para su viabilidad y/o autorización por parte de la Unidad Administrativa responsable del Programa de llevar a cabo las acciones necesarias para brindar el apoyo.

Posteriormente mediante el oficio con los montos a pagar y los expedientes médicos – administrativos de cada uno de los beneficiarios, para que la Unidad Administrativa responsable del Programa entregue el documento de autorización y la Unidad Ejecutora pueda realizar la comprobación del gasto.

Las Unidades Ejecutoras serán las responsables de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Contrataciones Públicas para el Estado de Guanajuato y a las Disposiciones Administrativas vigentes que emita la DGA de que el o los proveedores seleccionados para atención médica y/o quirúrgica cumplan con los requisitos establecidos en los instrumentos normativos previamente mencionados.

En los procesos de solicitudes de apoyo individual la jurisdicción sanitaria respectiva coadyuvará con la Unidad Ejecutora en la realización de las acciones correspondientes para la integración del expediente médico



- ...
- ...
- ...

1.1. ...

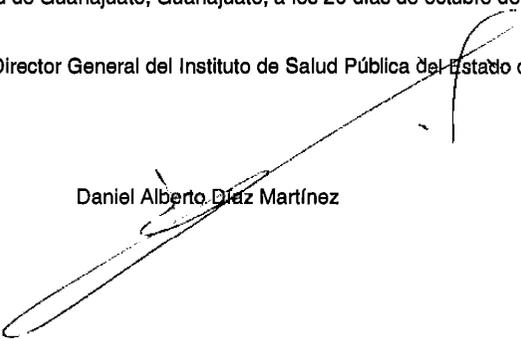
### TRANSITORIO

**Artículo único.** El Presente Acuerdo tendrá vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado.

Dado en la ciudad de Guanajuato, Guanajuato, a los 20 días de octubre de 2020.

El Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

Daniel Alberto Díaz Martínez



## ANEXO I

**Los componentes del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato  
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Componentes	Meta	Descripción	Características del apoyo
Atención a las solicitudes de las personas beneficiadas, que por falta de cobertura o por falta de recursos no han sido atendidos de los padecimientos a través de apoyo específico que requieren resolución médica y/o quirúrgica	Doscientas setenta y un solicitudes médico y/o quirúrgicas concluidas que sean solicitadas a los servicios de salud del ISAPEG.	Se otorgará suficiencia presupuestal a las Unidades Ejecutoras que cumplan con la integración de los expedientes médicos – administrativos del Programa.	Viabilidad y/o Autorización por la Unidad Administrativa Responsable del Programa.

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social

Nota 2. En el caso de las jornadas se puede duplicar el nombre de la persona beneficiada dependiendo del número de procedimiento realizados en la misma.

Nota 3. El beneficiario podrá solicitar cuantas veces sea necesario un apoyo para la atención médica y/o quirúrgica misma que se otorgará si se cuenta con la suficiencia presupuesta.

**Anexo X****Documento para la gestión  
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Nombre del Director General de Servicios de Salud  
Domicilio

Asunto: Solicitud de validación

Número de Oficio de la Unidad Ejecutora  
Fecha de la solicitud

Por medio de la presente solicito la validación de:

Nombre de: la persona beneficiaria:

Partida: \_\_\_\_\_

Monto: (número y letras)

Los documentos fueron enviados al correo electrónico **mihospitalcercano@guajuato.gob.mx**

Asimismo, le informo que el expediente médico – administrativo de la persona a beneficiar del Programa quedó en el área de: \_\_\_\_\_ mismo que es el responsable de resguardar, custodiar y archivar toda la información comprobatoria del mismo.

Sin otro particular, por el momento me despido enviándole un cordial saludo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del director (a) o encargado (a)  
de la Unidad Ejecutora

Ccp

Visas: \_\_ / \_ / \_\_\_\_

Nota 1: El Anexo es una guía de como la unidad puede redactar el oficio de solicitud del apoyo, misma que deberá venir en hoja membretada.

Nota 2: Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

## Anexo XI

**Respuesta de viabilidad de solicitud  
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Nombre del titular de la Unidad Ejecutora

Asunto: Respuesta de viabilidad de solicitud

En atención a su solicitud con número de oficio ----- de fecha -----, mediante la cual solicita la validación de:

Nombre de: la persona beneficiaria:

Partida: \_\_\_\_\_

Monto: (número y letras)

Considerando que los documentos fueron enviados al correo electrónico [mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx](mailto:mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx), y una vez analizada la información le Informo que su solicitud de apoyo formulada por la Unidad a su cargo, queda con el estatus \_\_\_\_\_.

Solicito continúe con las acciones correspondiente para llevar a cabo los trámites y procedimientos correspondientes. (Aplica en estatus Autorizado)

Solicito complemente el expediente médico – administrativo conforme lo establece el artículo 12 de las Reglas del Programa Mi Hospital Cercano (Aplica en estatus incompleto)

Por lo cual una vez que el programa cuente con suficiencia presupuestal en la (s) partida (s) correspondientes se le notificar para continúe con las acciones correspondiente para llevar a cabo los trámites y procedimientos correspondientes. (Aplica en estatus en espera).

Toda vez que no se cumple con lo que establece el artículo 12 de las Reglas del Programa Mi Hospital Cercano (Aplica en estatus no factible)

Solicito continúe con las acciones correspondiente para llevar a cabo los trámites y procedimientos correspondientes e integre el expediente médico – administrativo conforme lo establece el artículo 12 de las Reglas del Programa Mi Hospital Cercano (Aplica en estatus urgente)

Por lo cual deberá realizar la carta compromiso con el proveedor asignado conforme a las disposiciones administrativa vigentes, misma que remitirá escaneada al correo electrónico [mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx](mailto:mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx) a más tardar en \_\_\_ de días. (Optativo en caso urgente o autorizado)

Sin otro particular, por el momento me despido enviándole un cordial saludo.

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social. Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

**Anexo XII****Carta Compromiso  
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020****EMPRESA A QUIEN SE DIRIGE EL DOCUMENTO**

Por este conducto manifiesto el compromiso que adquiere el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), con la empresa NOMBRE DE LA EMPRESA, con RFC \_\_\_\_ , siendo su representante el \_\_\_\_\_, a favor de NOMBRE DEL PACIENTE A BENEFICIAR, por un monto aproximado de número y letra de la cantidad.

En caso de apoyo particular:

Nombre de la persona a beneficiar

Diagnóstico

Lugar donde se llevará la atención médica, diagnóstica o quirúrgica

En caso que el monto sea mayor o menor al mencionado, solicito me envíe la cotización de los insumos generados en la intervención quirúrgica a los correos electrónicos \_\_\_\_ y \_\_\_\_ . Con la finalidad de realizar la carta compromiso con el monto definitivo.

Sin otro particular por el momento me despido

El documento lo puede firmar director (a) o encargado (a) y/o administrador (a) de la Unidad Ejecutora

El documento deberá estar hoja membretada

## ANEXO XIII

**Documento de Autorización del expediente médico – administrativo  
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Folio: CGSP/DGSS-XXXX/2020  
Guanajuato, Gto. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020

Nombre del director  
Unidad Ejecutora  
Domicilio

Asunto: Documento de Autorización

En atención al documento \_\_\_\_\_, donde solicita apoyo para la persona beneficiaria C. \_\_\_\_\_ con diagnóstico de \_\_\_\_\_ y quien requiere para su atención de \_\_\_\_\_, le informo que su petición es procedente, toda vez que se ha integrado el expediente de médico – administrativo de la persona beneficiaria cumpliendo con las Reglas de Operación del Programa Mi Hospital Cercano para el ejercicio fiscal 2020.

Número de Registro:  
Número de Reserva.  
Programa.  
Proceso.  
Área funcional.  
Centro gestor.  
Fuente (s) de financiamiento (s).  
Centro de costo.  
Partida (s).  
Monto.  
Fecha de vencimiento.  
Estatus.

Así mismo, deberá enviar copia de la encuesta de satisfacción y evidencia fotográfica de la atención médicas y/o quirúrgica de la persona(s) beneficiada(s) al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes enviarle un cordial saludo.

Nombre y firma de la persona titular de la DGSS

Ccp

Visas: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Lista de Cotejo del documento de autorización del expediente médico – administrativo  
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Nombre de la persona beneficiaria:

Marcar con X el estatus con el cual se cuenta la información

DOCUMENTO	ESTATUS DE LA INFORMACIÓN		
	Si Cumple	No Cumple	No Aplica
1. CURP de la persona a beneficiar, o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia;			
2. Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar (Obligatoria en el caso de menores de edad)			
3. Carta de solicitud de apoyo: Anexo III			
4. Carta bajo protesta de decir verdad: Anexo IV			
5. Carta de consentimiento de datos personales: Anexo V			
6. Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada: Anexo VI			
7. Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento.			
8. Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médico – quirúrgica.			
9. Carta de consentimiento informado administrativo: Anexo VII			
10. Documento de justificación de casos urgentes como: médico, diagnósticos, quirúrgico o complementario para realizar la asignación directa de proveedor			
11. Cotizaciones de una a máximo tres, de proveedores inscritos en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Guanajuato por medio de los portales de compras de acuerdo a las disposiciones administrativas vigentes para las partidas que aplica presentar			
12. Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas: Anexo VIII			
13. Lista de cotejo para la Integración del expediente médico – administrativo: Anexo IX			
14. Documento para la gestión: Anexo X			

Autoriza	Vo. Bo	Elabora
Nombre y firma del titular de la DGSS	Nombre y firma del titular de la DAM	Nombre y firma del líder del Programa Q0060

Los datos personales que se recaben con motivo de la operación este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.