

**PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-024-SSA3-2007** que establece los registros electrónicos mínimos en salud que las unidades que prestan servicios de atención médica deben cumplir para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información en el expediente clínico electrónico.

---

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez, Subsecretaria de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, y Dra. Gabriela Villarreal Levy, Directora General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3 fracción II, XII, 5º, 7º fracción X, y 13 apartado A fracción I y demás aplicables de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; y 8º fracción V y XVI, 9º fracción XIV, 16 fracción XIII y 24 fracción IX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-024-SSA3-2007 que establece los registros electrónicos mínimos en salud que las unidades que prestan servicios de atención médica deben cumplir para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información en el expediente clínico electrónico.

El presente proyecto se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación, presente sus comentarios en idioma español y con el sustento técnico suficiente ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sita en la calle de Lieja número 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal, C.P.06696.

Durante el plazo mencionado, los documentos que sirvieron de base para la elaboración del proyecto estarán a disposición de público para su consulta en el domicilio del Comité.

## **P R E F A C I O**

En la elaboración de la presente Norma Oficial Mexicana participaron las dependencias, instituciones y organismos siguientes:

**SECRETARIA DE SALUD.**

**SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD**

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

**SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

Dirección General de Tecnologías de la Información

**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

**CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD.

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Comisión Nacional de Bioética

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Dirección General del Registro de Población e Identificación Personal

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Dirección General de Normas

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Coordinación del Sistema Nacional e-México

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad Militar

SECRETARÍA DE MARINA

Dirección General de Sanidad Naval

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

PETROLEOS MEXICANOS

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

INSTITUTO FEDERAL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Facultad de Medicina

ASOCIACIÓN MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ASOCIACIÓN MEXICANA DE HOSPITALES, A.C.

ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.

COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS A.C.

CÁMARA NACIONAL DE COMERCIO, SERVICIOS Y TURISMO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

## INDICE

- 0. Introducción
- 1. Objetivo y campo de aplicación
- 2. Referencias
- 3. Definiciones y abreviaturas
- 4. Generalidades
- 5. Aspectos Específicos
  - 5.1 Gestión Clínica
  - 5.2 Gestión Administrativa
  - 5.3 Administración de órdenes y resultados
  - 5.4 Soporte a Decisiones
  - 5.5 Promoción y Prevención a la Salud
  - 5.6 Salud Pública
  - 5.7 Bases de Datos
  - 5.8 Plataforma de Interoperabilidad
  - 5.9 Seguridad Informática
  - 5.10 Servicios de Información
- 6. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
- 7. Bibliografía
- 8. Observancia de la norma
- 9. Vigencia

### 0. INTRODUCCIÓN

La mejora de la atención de los pacientes es la razón principal para regular los Registros Electrónicos de Salud. En estudios recientes se ha demostrado que en varios escenarios reales de atención, que la información clínica esencial no se encuentra disponible para el personal médico, y en algunas ocasiones es la fuente principal de errores médicos que pueden ser prevenidos con información clínica accesible y precisa de los expedientes clínicos.

El contar con información de salud para la toma de decisiones desde la atención del paciente hasta la elaboración de políticas públicas de salud es otra de las razones por las cuales es indispensable regular el uso de Registros Electrónicos en Salud; ello, a través del establecimiento de estándares y catálogos nacionales que permitan la interoperabilidad de las aplicaciones existentes en las diversas instituciones públicas, privadas y sociales que prestan servicios de salud a la población.

A este respecto es importante señalar que el Sistema Nacional de Salud actualmente es alimentado por diversas fuentes que tienen su propio conjunto de información la cual no es compartida, homogénea, ni utilizada por otros durante el proceso de atención; las aplicaciones existentes no se comunican entre sí, pues carecen de estándares nacionales. Sin embargo, considerando que 14 de cada mil mexicanos se mudan anualmente de su residencia cruzando los límites municipales dentro o fuera de su entidad, resulta de suma importancia contar con mecanismos que permitan concentrar, intercambiar y, en su caso, comunicar la información médica de un paciente/persona contenida a lo largo de su vida en su expediente clínico, observando las disposiciones legales aplicables.

Por ello, la mejor estrategia es establecer reglas y estándares que apliquen para todas las soluciones tecnológicas que permitan la “comunicación” o interoperabilidad entre los diferentes sistemas; de esa forma, independientemente de que los sistemas para cada uno de los prestadores de servicios de salud sean diferentes, todos tengan el mismo lenguaje, garantizando

en todo momento, la confidencialidad y seguridad de la información contenida en los registros electrónicos en salud, en términos de la normatividad correspondiente.

Por lo anterior, es que la presente Norma no sólo pretende mejorar el cuidado y atención de los pacientes a través de la regulación de los Registros Electrónicos en Salud, sino también reducir tratamientos redundantes y prevenir errores médicos, pudiendo así impactar en el número de vidas salvadas dentro de las instituciones de salud y reduciendo los costos de atención médica en las mismas.

El disponer de forma inmediata de la información médica al tener acceso en cualquier lugar del país lo cual permita dar seguimiento, en su caso, a pacientes que requieren de alta especialidad, garantizando la veracidad e integridad de la información, así como su seguridad y confidencialidad, integrar información dispersa, así como apoyar el proceso de investigación médica traerá grandes beneficios al sector salud, así como a toda la población que acceda a los servicios médicos que proporciona el Estado.

Por lo que hace a la estructura de la presente norma, es importante destacar que la misma obedece a la conformación, identificación y mantenimiento de un expediente clínico electrónico; al registro de consentimientos, directorios, agendas administración de órdenes y resultados de diagnóstico y tratamiento, soporte a decisiones, promoción y prevención a la salud y Salud Pública; las bases de datos a utilizar, y aspectos de tecnologías de información relacionados con interoperabilidad, seguridad informática y servicios de información, los cuales se contemplan en los últimos numerales de esta norma oficial mexicana, para una mejor comprensión y aplicación.

## **1. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN**

1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los registros electrónicos mínimos en salud que las unidades que prestan servicios de atención médica deben cumplir para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares de la información en los registros electrónicos en salud.

### Campo de aplicación

1.2. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para las instituciones y profesionales de la salud del sector público que utilicen un sistema de registros electrónicos en salud, así como para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica, personas físicas y morales de los sectores social y privado que adopten un sistema de registros electrónicos en salud en términos de la presente norma y de la legislación aplicable.

## **2. REFERENCIAS**

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

1. NOM-040-SSA2-2004 en materia de Información en Salud
2. NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico
3. NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica
4. NOM-007-SSA2-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio.
5. NOM-220-SSA1-2002, instalación y operación de la farmacovigilancia

6. NOM-151-SCFI-2002, Prácticas comerciales.- Requisitos que deben observarse para la conservación de mensajes de datos.
7. NOM-003-SSA2-1993 Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines Terapéuticos.
8. NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica
9. NOM-020-SSA2-1994 Prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia
10. NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar
11. NOM-006-SSA2-1993 Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud
12. NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

### 3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

*(Glosario propuesto por gpo. legal. Habrá que definir las palabras que no cuenten con una acepción. (incluye aportaciones de los otros dos gpos.)*

3.1. Alerta.

3.2. Autenticación.- Al proceso en virtud del cual se constata que un “usuario” es el que dice ser y que tal situación es demostrable ante terceros.

3.3. Autenticidad.- Es una forma de garantizar que los usuarios, organizaciones, dispositivos u objetos que generan un registro en el sistema de RES no puedan negar que lo generaron (definición gpo. infraestructura).

3.4. Autor

Cifrado

3.6 Componente

3.7 Confidencialidad.- Deber de guardar secreto al que se encuentra sujeta toda **entidad** respecto de la información cuya naturaleza así lo requiera, en la forma y términos que al efecto establezcan las leyes. (definición IFAI)

Definición NOM151 SCFI-2002.- Al estado que existe cuando la información permanece controlada y es protegida de su acceso y distribución no autorizada.

**3.8 Dato discreto.**

**3.9 Datos personales.-** La información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo que posea una entidad, cuando la misma concierna a una persona física, identificada o identificable. (definición IFAI)

Definición Ley Federal de Transparencia: Datos personales: La información concerniente a una persona física, identificada o identificable, entre otra, la relativa a su origen étnico o racial, o que esté referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, **los estados de salud físicos o mentales**, las preferencias sexuales, u otras análogas que afecten su intimidad .

3.10 Datos mínimos requeridos.-

3.11 Encriptación.-

**3.12 Expediente Clínico Electrónico.-** Es el medio electrónico **en el cual el personal de salud, deberá registrar, anotar y certificar su intervención, relacionada con el paciente con arreglo a las disposiciones sanitarias (propuesta de gpo. legal 220208).**

Definición PEMEX.- Lo descrito en expediente clínico a través del empleo de medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos, o de cualquier otra tecnología, el cual quedará sujeto al cumplimiento de las disposiciones legales aplicables. (Manual de Procedimientos de PEMEX)

Definición IMSS.- Se refiere a la base de datos compuesta por los registros electrónicos de salud, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables (nota informativa de 281107).

3.13. **Entidades.-** "A las personas físicas o morales". (Recomendación gpo. legal: utilizar otro término para no confundir con entidades de la admón. pública federal, (LOAPF),150208).

3.14. **Firma Electrónica.-** Definición NOM151 SCFI-2002.- A los datos en forma electrónica consignados en un Mensaje de Datos, o adjuntados o lógicamente asociados al mismo, que puedan ser utilizados para identificar al firmante en relación con el mensaje de datos e indicar que dicho firmante aprueba la información recogida en el mensaje de datos. La firma electrónica establece la relación entre los datos y la identidad del firmante.

Definición de Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2006: Firma Electrónica.- A los datos en forma electrónica consignados en un Mensaje de Datos o adjuntados o lógicamente asociados al mismo por cualquier tecnología, que son utilizados para identificar al firmante en relación con el mensaje de datos e indicar que el firmante aprueba la información contenida en éste.

**Definición Gpo. de Infraestructura: Firma electrónica:** Cualquier proceso electrónico, que permite identificar formalmente al autor de un registro en el sistema de RES, que para fines legales tendrá la misma validez de una firma autógrafa.

3.15 **Firma Electrónica Avanzada:** (Definición Gpo. Infraestructura) Aquella firma electrónica certificada por un prestador acreditado, que ha sido creada usando medios que el titular mantiene bajo su exclusivo control, de manera que se vincule únicamente al mismo y a los datos a los que se refiere, permitiendo la detección posterior de cualquier modificación, verificando la identidad del titular e impidiendo que desconozca la integridad del documento y su autoría.

3.16 **Firma Electrónica Simple** (Definición Gpo. Infraestructura): Es un método criptográfico que asocia la identidad de una persona con las acciones que realiza en el sistema de RES.

3.17. **Historial clínico**

3.18 **Identificador legal.-**

3.19 **Identidad única.-**

3.20 **Integridad.-** En un sistema de RES se refiere a que éste permanece sin alteraciones desde su creación (definición gpo. infraestructura).

3.21 **Interoperabilidad.-**

3.22. **Mensaje de Datos.-** Definición NOM151 SCFI-2002.- La información generada, enviada, recibida, archivada o comunicada a través de medios electrónicos, ópticos o cualquier otra tecnología.

Definición de Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2006 "Mensaje de datos: La información generada, enviada, recibida, archivada o comunicada a través de medios electrónicos."

3.23. **Modelo Funcional.-** Es un documento que contiene las reglas y estándares bajo las cuales los sistemas de registros electrónicos de salud en México se deben registrar.

3.24 **Medios de Transmisión seguros.-**

3.25. **Organización de Salud**

3.26 **Profesionales de la Salud.-**

3.27. **Proveedor de Salud.-**

3.28 **Registrar.-**

3.29 **Registros Electrónicos en Salud.-** Se refiere a los datos de salud (demográficos, historia médica, socio-económica, nivel y tipo de aseguramiento -para el caso de las aseguradoras

privadas- estudios de laboratorio y gabinete) de cada paciente en un formato digital. También permiten generar información estadística. **(Definición DGIS)**

*Se refiere a la base de datos compuesta por los registros electrónicos de salud, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables.*

*De la intervención que el personal de salud realice, con arreglo a las disposiciones sanitarias, en el Sistema de Registros Electrónicos en Salud, se deberá dejar constancia de la misma en el propio expediente, la fecha y la justificación de la misma (definición jurídico del IMSS). ...*

3.30 Sistema de Registros Electrónicos en Salud

3.31 Titular de la información.

### 3.32 Usuario

#### Abreviaturas

ECE.- Expediente Clínico Electrónico

DGIS.- Dirección General de Información en Salud

**DX. Diagnóstico**

**TX.- Tratamiento**

CIE 10.- Clasificación de Información Estadística versión 10

OMS.- Organización Mundial de la Salud

CLUES.- Clave Única de Establecimiento en Salud

RES.- Registros Electrónicos en Salud.

CURP.- Clave Única del Registro Nacional de Población.

## 4. GENERALIDADES

4.1 La Secretaría de Salud en ejercicio de sus atribuciones será la responsable de diseñar, coordinar y normar las acciones para la instrumentación de los registros electrónicos en salud del Sistema Nacional de Salud.

4.2 Los prestadores de servicios de salud de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar los registros electrónicos en salud en los términos previstos en la presente Norma y en la Legislación aplicable; los establecimientos de atención médica serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

4.3 Los registros electrónicos en salud deberán garantizar la confidencialidad de la identidad de los pacientes así como integridad y confiabilidad de la información clínica y establecer las medidas de seguridad pertinentes y adecuadas a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, de acuerdo con la normatividad aplicable.

4.4 En todos los establecimientos de atención médica, la información contenida en los registros electrónicos en salud será manejada con discreción y confidencialidad, de acuerdo a la normatividad aplicable, y a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad judicial, o administrativa competente o a CONAMED, para arbitraje médico.

4.5. La revelación de esta información sin autorización expresa de las autoridades mencionadas en el párrafo precedente, del titular de la información o de quien tenga facultad legal para decidir por él, en la forma y términos que fijen las disposiciones aplicables, será sancionada en términos de la legislación penal federal como revelación de secretos, con independencia de las responsabilidades administrativas y civiles que, en su caso, correspondan.

4.6 Estarán sujetos a firma electrónica simple, todos los registros en el sistema de RES que se indican en esta norma, excepto en aquellos casos claramente establecidos.

4.7 Todos los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

4.8 Para funciones relacionadas con la recolección de datos de identificación y demográficos del paciente, éstos se deberán registrar usando códigos o nomenclatura estandarizada, o registrados como datos no estructurados dependiendo de la naturaleza de los mismos. Los datos, dependiendo del servicio o área médica de atención del paciente se ingresarán por personal autorizado. Los detalles de quiénes ingresaron datos y cuándo fueron registrados, deben ser registrados. Los datos se podrán obtener también de otras aplicaciones o dispositivos.

4.9 El sistema deberá almacenar valores históricos de la información de identificación, demográfica, clínica y estadística.

4.10 Asimismo, deberá presentar los datos mínimos de acuerdo al apéndice normativo número\_XXX\_ que identifiquen al paciente en cada interacción con el registro médico del mismo.

4.11 Los datos dependientes del entorno de atención del paciente se deberán de ingresar por personal autorizado responsable de su cuidado, el cual deberá contar con un código de acceso. Los detalles de quiénes ingresaron datos y cuándo fueron capturados deben ser registrados. Los datos también se pueden registrar de dispositivos o de otros usos de la Tele-Salud

4.12 Todas las solicitudes y notas médicas deberán contener como datos mínimos fecha, identificador del paciente, e identificador del personal solicitante, y clave de la institución.

## 5. Aspectos Específicos

### 5.1 Gestión Clínica

5.1.1. Durante el proceso de recolección de datos, se deberán recabar como mínimos los establecidos en el catálogo que forma parte del apéndice normativo número XXX de la presente norma.

5.1.2 Se deberá recabar el consentimiento del paciente de conformidad con la normatividad para la protección de datos personales.

5.1.3 Para Identificar y mantener un expediente clínico electrónico (ECE) por paciente, el sistema deberá:

- Crear un expediente clínico electrónico único para cada paciente;
- Tener la capacidad de crear un ECE para pacientes que se desconoce su identidad en tiempo real;
- Contar con la capacidad de almacenar más de un identificador por cada expediente de un paciente;
- Asociar la información de la llave del identificador (ej., sistema ID, número del historial médico) con cada historial de los pacientes;
- Asociar las intervenciones para que se administren a la identidad única del paciente;
- Tener la capacidad de hacer única la identificación del paciente y relacionarla a un solo historial del mismo;
- Proporcionar la capacidad, por un método controlado de combinar o unir la información dispersa para un paciente individual para reconocer la identidad del mismo. *(recomendación del gpo. legal 150208: mejorar redacción de estos últimos cuatro puntos)*

5.1.4 Cuando la información de salud se asocie erróneamente con un paciente, el sistema deberá contar con un mecanismo de corrección y actualización de la información del paciente generando un histórico del mismo, agregando los datos de quien realiza el cambio, fecha y hora para efectos de auditorías.

5.1.5. Asimismo, deberá mostrar el nombre y el identificador del paciente en cada pantalla para asegurar su identidad.

#### **5.1.6 Administración de datos demográficos de un paciente.**

5.1.7 El sistema de RES deberá almacenar los datos de identificación y demográficos establecidos en los catálogos que integran en los apéndices normativos números XXX de la presente norma para propósitos de generación de reportes y para la atención del paciente.

#### **5.1.8 Administrar listas de resúmenes.**

5.1.9 El sistema integrará el resumen clínico del paciente conforme lo establecido en la NOM-SSA1-168-1998 del Expediente Clínico cuando se requiera. Para ello, deberá permitir con datos numéricos el registro, almacenamiento y recuperación de la información demográfica, padecimientos, signos de alarma (alergias y reacciones adversas) y tratamiento (auxiliares de diagnóstico) como parte del registro médico del paciente.

5.1.10 Las listas de resumen clínico del paciente generadas por el sistema se crean de datos específicos y deben ser presentadas y/o almacenadas en un formato. Las funciones dependientes reflejan listas de resúmenes importantes pero de ninguna manera de forma limitativa.

5.1.11 Los datos mínimos requeridos para realizar esta función son: Identificador del paciente (CURP), diagnóstico actual (CIE-10), Diagnóstico(s) tratado(s) (CIE-10), medicamentos recetados, Órdenes de estudio(s), Resultados de estudio(s).

#### **5.1.12 Administrar listas de problemas**

5.1.13 El sistema DEBERA permitir al personal de salud registrar y emitir reportes de los problemas de salud relacionados con el paciente.

Las listas de problemas se administran a lo largo del tiempo, ya sea sobre el curso de una visita o de una estancia, o sobre la vida del paciente; permitiendo la documentación de la información histórica y dando seguimiento a la evolución de un problema y sus prioridades. La historia completa de un problema en la lista debe ser visible.

5.1.14 Los datos mínimos requeridos para realizar esta función son: Identificador del Paciente (CURP), Identificador del Médico Tratante, Fecha de anotación, Fecha de diagnóstico, Diagnóstico (CIE-10), limitaciones funcionales, discapacidad, signos, síntomas, síndromes, diagnósticos y Fechas de cambios y hora.

#### **5.1.15 Administración de lista de medicamentos.**

5.1.16 El sistema permitirá:

- a) Administrar listas de medicamentos prescritos;
- b) Registrar los datos de quien realiza la prescripción;

- c) Registrar fecha y hora en que fueron prescritos;
- d) Registrar dosis y vía de administración
- e) Registrar acontecimientos relacionados;
- f) Mantener actualizadas recetas prescritas;

Además, el sistema de RES podrá realizar una búsqueda de medicamentos, incluyendo tanto marca como genérico o alternativo; hacer el contenido común disponible para la prescripción seleccionada por el médico solicitante; y proporcionarle la capacidad para crear detalles de prescripción necesarios.

5.1.17. Para que el sistema realice esta función, los datos mínimos requeridos son: Identificador del Paciente, Identificador del Médico Tratante, Fecha de Prescripción, Diagnóstico, Datos del medicamento (Identificador del medicamento, Unidad de Medida, Dosis, Frecuencia de suministro, vía de administración, Duración del tratamiento -fecha de inicio y fecha de termino-) Indicaciones Adicionales, Tipo de seguro del paciente y/o tipo de cobertura, suplementos alternativos, herbolarios, productos naturistas y otros que el paciente reporte como usados.

### **5.1.18 Administrar listas de alergias y reacciones adversas**

5.1.19 El sistema de RES debe presentar una lista de alergias y reacciones adversas que identifique y codifique los agentes y sustancias que las causan. Asimismo, deberá almacenar las fechas y descripción del evento, y las que se actualicen en el tiempo. Se podrá consultar el detalle de las alergias o reacciones adversas a agentes y sustancias, e indicar si un elemento es reportado por el paciente y verificado por el personal de salud.

5.1.20 El sistema deberá permitir el acceso al personal de salud autorizado, a la lista de medicamentos o sustancias que generaron alergias y/o reacciones adversas con fecha, hora y tipo de reacción (GENERALIDADES).

5.1.21 Para que el sistema RES realice esta función deberán considerarse los siguientes datos mínimos: Tipo de reacción adversa; Nombre de la reacción; Descripción; Medicamentos a los que el paciente es alérgico; fecha de inicio de la alergia, y observaciones adicionales.

### **5.1.22 Administración de notas médicas del ECE del paciente**

5.1.23 El sistema de RES permitirá el registro, actualización y administración de las notas médicas que integran el expediente clínico conforme a la Norma Oficial Mexicana aplicable al expediente clínico vigente (generalidades).

5.1.24. Además el sistema deberá:

- Proporcionar la capacidad de registrar el documento en texto libre o conforme a los catálogos establecidos (apéndice normativo).
- Proporcionar la capacidad de filtrar, buscar, o clasificar información dentro del registro estructurado del paciente.
- Proporcionar la capacidad de actualizar el documento asociando la documentación con problemas y/o diagnósticos.
- Proporcionar la capacidad de validar un documento o la nota de conformidad con la normatividad vigente y de acuerdo con las políticas institucionales.

- Tener la capacidad de transmitir formatos predefinidos con otras entidades autorizadas.
- Tener la capacidad de presentar los datos y documentos de manera cronológica, por área o servicio, episodio u otros parámetros.

5.1.25 Asimismo, permitirá la recepción, el registro y administración de datos y documentación externa a través de mecanismos que faciliten su incorporación, pudiendo ser una interfaz electrónica, garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.

5.1.26 Además el sistema de RES deberá:

- Recibir, almacenar y mostrar resultados clínicos de estudios de gabinete (verificar) de una fuente externa como pueden ser las imágenes radiológicas, los archivos de onda de trazados EKG, sistema de farmacia, recibidos por medio de una interfaz electrónica, así como referirse a los documentos que se vinculan a otros sistemas.

## 5.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

### 5.2.1 Consentimiento y autorizaciones

5.2.2 La obtención del consentimiento informado y/o autorizaciones será de acuerdo a lo previsto en los artículos 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud de Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. El sistema de RES permitirá el registro digitalizado del mismo.

### 5.2.3. Flujo clínico de gestión de asuntos

## 5.3 Administración de Órdenes y resultados

### 5.3.1. Administración de órdenes y medicamentos

5.3.2 El sistema de RES generará y administrará las órdenes de medicamentos para el paciente, conforme a lo siguiente:

- Permitirá la selección de medicamentos que cuenten con registro sanitario de acuerdo con las políticas de las instituciones públicas y privadas.
- La captura de medicamentos nuevos autorizados previamente por la COFEPRIS
- Mostrará las listas de medicamentos prescritos al paciente.
- Tendrá la capacidad de capturar los detalles de la prescripción, como, fecha, duración.
- Proporcionará la capacidad de capturar medicamentos reportados en alguna otra receta de la lista ya existente.
- Asegurará que no se emita la receta si alguno de los campos referentes a las instrucciones generales, nombre del medicamento, dosis, vía de administración y duración del tratamiento están en blanco
- Tendrá la capacidad de mostrar problemas inactivos y/o resueltos (verificar).**

5.3.3 El sistema de RES permitirá la vinculación de las órdenes de medicamentos, con el inventario de medicamentos de la farmacia para su suministro.

5.3.4 Asimismo podrá alertar al médico cuando está llenando la orden de medicamento si el seguro médico no cubre o cubre parcialmente el tratamiento médico indicado

5.3.5 Los datos mínimos requeridos para la generación de órdenes de medicamentos son:

- a) Identificador del Paciente el cual debe de contener el nombre completo y CURP
- b) Identificador del Médico Tratante que debe contener nombre completo y número de cédula profesional
- c) Fecha de Prescripción (dd/mm/aaaa)
- d) Diagnóstico relacionado o relacionados con GRD y otros de acuerdo a CIE X para el caso de enfermedades y CIE IX para procedimientos
- e) Catálogo de medicamentos en el inventario de la Farmacia de acuerdo con cada institución pública o privada

5.3.6 Los Datos mínimos requeridos del medicamento: de acuerdo a Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica son:

- a) Identificador del medicamento
- b) Unidad de Medida
- c) Dosis
- d) Frecuencia de suministro.
- e) Vía de administración.
- f) Duración del tratamiento (fecha de inicio y fecha de término).
- g) Indicaciones Adicionales (opcional).

### **5.3.7 Administración del manejo de medicamentos en el paciente**

5.3.8 Para que el sistema de RES lleve a cabo esta función, requerirá los siguientes datos mínimos:

- a) Lista de recetas de medicamentos a ser suministrados
- b) Instrucciones del suministro
- c) Instrucciones adicionales
- d) Identificador del médico
- e) Identificador del paciente
- f) Dosis
- g) Vía de administración
- h) Consentimiento informado del paciente de aceptación del tratamiento indicado, en caso de que se requiera.
- i) Medicamentos suministrados o no suministrados, indicando el personal que lo suministró, fecha y hora del suministro.

5.3.9 El sistema del RES deberá

- a) Generar un reporte en el que se señale la fecha y hora del suministro del o los medicamentos, así como quién prescribió el medicamento y la fecha en que se ordenó.
- b) Emitir una alarma en caso de que no se suministre en tiempo y forma un medicamento consecutivamente de acuerdo a la configuración del sistema.
- c) Capturar las razones por las cuales no fue posible el suministro prescrito, y en su caso, documentar su inexistencia.
- d) Capturar y desplegar medicamentos específicos del paciente, así como medicamentos complementarios como vitaminas, hierbas y suplementos.

- e) En caso de ser necesario, imprimir la lista actual de medicamentos para uso del paciente.
- f) Permitir la consulta de medicamentos prescritos al paciente.
- g) Apoyar el proceso de la reconciliación del medicamento como es requerido por la necesidad local o jurisdiccional ( checar con área médica).
- h) El sistema debe de tener vinculación con el área correspondiente (laboratorio) para saber si es posible llevar a cabo la prueba en base a la disponibilidad del material
- i) Emitir un reporte de solicitud al área correspondiente de dicho material cuando el médico ha solicitado una prueba que no es común y requiere de un abasto especial.
- j) Validar que la prescripción u otras órdenes de medicamentos no se encuentran dentro de la lista de medicamentos a los que el paciente es alérgico o a los que haya presentado una reacción adversa para funcionar como soporte a la prescripción médica específica así como las advertencias que ayuden a comprobar y relatar otras reacciones potenciales adversas, cuando se ordenen nuevas prescripciones.

### **5.3.10 Administración de solicitudes, referencias y resultados para unidades de apoyo de diagnóstico o tratamiento.**

5.3.11 Para que el sistema de RES permita la administración de solicitudes, referencias y resultados de o para las unidades de apoyo de diagnóstico o tratamiento, deberá:

- a) Registrar la solicitud y resultados para la realización de la prueba de dx.
- b) Notificar al laboratorio y/o banco de sangre la necesidad de abasto de los recursos utilizados para las pruebas de laboratorio y de los productos de sangre y biológicos
- c) Permitir la vinculación con los servicios o unidades de apoyo de diagnóstico o tratamiento para el intercambio de solicitudes y resultados.
- d) Permitir la referencia del paciente en caso de que la unidad auxiliares de dx y tx no cuente con el producto o servicio de conformidad con la política institucional.
- e) Emitir una alerta al personal de salud y responsables correspondientes cuando no se encuentren disponibles los productos o servicios de dx o tx.
- f) Registrar los motivos de incumplimiento

5.3.12 Podrá mostrar las unidades médicas que tienen disponibles los productos o servicios de dx y tx, así como los recursos para llevar a cabo las solicitudes para que el paciente pueda ser referido a esa unidad de acuerdo con las políticas institucionales.

### **5.3.13 Generar solicitudes para atención del paciente**

5.3.14 El sistema de RES contará con un campo para el registro y rastreo de solicitudes de material y/o equipo médico, órdenes de dietas y terapia.

5.3.15 Los datos mínimos de la solicitud incluirán: fecha de solicitud, identificador del paciente y dx relacionado, identificador del personal solicitante dependiendo de su perfil de conformidad con la ley aplicable y políticas institucionales, prioridad de la orden, el tipo, identificador y detalle apropiado del material, producto o servicio, e instrucciones.

5.3.16 En el caso de dietas y terapia adicionalmente deberá contener frecuencia, cantidad o dosis.

5.3.17 De acuerdo al tipo de orden del paciente, presentará y seleccionará la lista de materiales, servicios y terapias; indicando el término del proceso.

### **5.3.18 Solicitud de auxiliares de diagnóstico**

5.3.19 La solicitud para cada examen auxiliar de diagnóstico, deberá estar debidamente detallada con las instrucciones correspondientes, pudiendo ser varios estudios en una misma orden para el mismo paciente y mismo diagnóstico relacionado.

5.3.20 El sistema de RES interactuará con la agenda integral para programar o registrar la cita para la realización del o los estudio (s).

5.3.21 Al momento en el que el personal médico solicite determinado estudio, el sistema de RES mostrará la lista de los estudios de laboratorio realizados previamente al paciente, para seleccionar el tipo de prueba de diagnóstico o estudio de gabinete que se trate.

5.3.27 El sistema permitirá al usuario imprimir la solicitud con la fecha e indicaciones de cómo debe presentarse el paciente, para entregárselo.

5.3.28 Cada solicitud deberá contar con el tipo de estudio, problema clínico en estudio o DX relacionado, si es Ordinaria o Urgente, y las indicaciones de cómo debe presentarse el paciente para cada estudio.

### **5.3.28 Administrar perfiles de diagnóstico y tratamiento**

5.3.29 Los perfiles de diagnóstico, que pueden incluir solicitudes de medicamentos, permiten que un proveedor de salud elija solicitudes que comúnmente se generan para una circunstancia o enfermedad en particular de acuerdo a las mejores prácticas, guías clínicas, o políticas institucionales. Los perfiles de diagnóstico recomendados se pueden presentar con base en los datos del paciente u otros contextos.

5.3.30 Para que el sistema de RES realice esta función es necesario que se capturen los siguientes datos: Diagnóstico y tratamientos del paciente, solicitudes de diagnósticos y tratamientos (fecha de la solicitud, identificación del solicitante, identificación del paciente, impresión diagnóstica, lista de problemas y tratamiento solicitado, base de datos de resultados y solicitudes comunes para una condición y/o enfermedad)

5.3.31 Para cumplir con esta funcionalidad, el sistema de RES deberá permitir registrar solicitudes de diagnóstico y tratamiento de acuerdo al perfil de diagnóstico por paciente.

5.3.32 El sistema deberá permitir el registro del perfil del tratamiento de acuerdo al padecimiento del paciente, que permita contar con un dx básico y diagnósticos secundarios de acuerdo a las clasificaciones vigentes.

### **5.3.33 Administración de referencias**

5.3.34 El sistema deberá soportar la documentación y el seguimiento de las referencias y/o traslados de un establecimiento de salud a otro, ya sea si el referido o el que refiere son internos o externos a la organización de salud, de conformidad con las políticas institucionales.

5.2.35 La nota de referencia y/o traslado, deberá realizarse de acuerdo con la normatividad aplicable.

5.3.36 Para cumplir con esta funcionalidad el sistema del RES deberá permitir llevar un registro del seguimiento de la referencia y contrarreferencia del paciente, asegurar que se llenaron los datos mínimos requeridos y emitir una alarma cuando algún campo no sea llenado.

5.3.37 El sistema PODRÍA notificar a la unidad receptora y emitir una lista de los pacientes referidos de los que no se han recibido notificación de atención.

5.3.38 Los resultados de los auxiliares de diagnósticos se presentan al personal de salud autorizado. Las tablas, gráficos u otras herramientas permiten que los proveedores de salud visualicen e identifiquen las tendencias de la información de la prueba en un período.

5.3.39 El sistema de RES deberá documentar todas las notificaciones que se realicen.

5.3.40 Todos los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, deberán identificar conforme a los datos de la solicitud elaborada y además la fecha y hora del resultado, e identificación de la persona que emite el reporte con los parámetros de normalidad.

5.3.41 Para cumplir con esta funcionalidad el sistema del RES deberá

- a) Tener la capacidad de capturar los resultados y vincular los resultados de estudios a la solicitud electrónica específica.
- b) Tener la capacidad de presentar los resultados actuales y pasados de forma tanto numérica como no numérica.
- c) Tener la capacidad de filtrar los resultados correspondientes de cada paciente.
- d) Indicar los resultados con parámetros de normalidad en forma gráfica y permitir la comparación de los resultados.
- e) Notificar al personal de salud involucrado que los resultados se encuentran disponibles.
- f) Tener la capacidad de identificar al responsable de la generación de los resultados.
- g) Desplegar reportes de los estudios del diagnóstico, ordenados durante su estancia en los diferentes servicios.
- h) Tener la capacidad de visualizar los resultados de los estudios del diagnóstico ordenados durante las visitas del personal de salud.
- i) Tener la capacidad de ver la tendencia de los resultados de laboratorio.

5.3.42 El sistema de RES **debería** permitir la visualización de las imágenes asociadas a los resultados; identificar los resultados que se recibieron pero que no se han revisado. Podría integrarse con los sistemas y aplicaciones de visualización y almacenamiento de imágenes.

### **5.3.43 Solicitud de productos de sangre y hemoderivados.**

5.3.44 Para que el sistema de RES interactúe con sistemas del banco de sangre u otros sistemas que le permitan administrar las solicitudes de productos de sangre y biológicos, es necesario que cumpla con los datos necesarios de acuerdo con lo establecido en la norma oficial vigente para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines Terapéuticos. Además es necesario que la solicitud contemple el producto solicitado.

5.3.45 Todos los servicios de transfusión y banco de sangre deberán contener en sus registros como mínimo: lo establecido en la norma oficial citada en el numeral anterior; solicitudes de productos de sangre y hemoderivados, tipo de sangre del paciente o solicitud correspondiente; vinculación con el banco de sangre y/o laboratorio, y pruebas cruzadas.

5.3.46 Para cumplir con esta funcionalidad el sistema de RES deberá tener la habilidad de interactuar con los sistemas de los bancos de sangre u otras fuentes que administren las órdenes de productos de sangre y biológicos, tener la capacidad de capturar el uso de dichos productos en el área de provisión, capturar el identificador del producto de sangre, cantidad, seguimiento y tiempo de administración, emitir una alerta para verificar si se han realizado pruebas de

compatibilidad (pruebas cruzadas), emitir una notificación: para verificar la fecha de caducidad del hemoderivado, para investigar si el paciente ha presentado reacciones adversas previas, al banco de sangre de la presencia de una reacción transfusional del paciente

## **5.4 SOPORTE A DECISIONES**

Lo que está en rojo no ha sido revisado por el gpo. de trabajo específico.

**5.4.1 Órdenes, referencias, resultados y administración del cuidado.** (plantilla 2.4)

**5.4.2 Soporte para órdenes diferentes a la prescripción medica (plantilla 2.4.1.)**

**5.4.5 Soporte para la interpretación de resultados (plantilla 2.4.2)**

**5.4.9. Soporte para referencias:** (plantillas 2.4.3., 2.4.3.1, y 2.4.3.2.)

**5.4.12 Soporte del proceso de referencia basado en información clínica específica del paciente.**

**5.4.16 Soporte para recomendaciones en referencias.**

**5.4.20 Soporte para el cuidado de la salud del paciente**

**5.4.28 Soporte para la recolección correcta de muestras**

**Lo que está en negrita, ya se revisó por el Gpo. de Trabajo Específico**

**5.4.32 Planes de cuidado, guías clínicas y protocolos**

**5.4.33** El Sistema de RES, deberá presentar, administrar y crear planes de cuidado, guías clínicas y protocolos de conformidad con los siguientes datos mínimos:

- Identificación del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos
- Nombre del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos
- Diagnósticos relacionados (CIE-10)
- Procedimientos relacionados (CIE-9)
- Descripción del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos

**5.4.34.** Los planes de cuidado, guías clínicas, y los protocolos podrán ser específicos a la unidad médica o estándares del sector salud. Asimismo, podrán requerir de administración a lo largo de una o más organizaciones. Se provee el registro de fechas de aprobación, modificaciones y la importancia en relación a dominios o contextos específicos de acuerdo con las políticas institucionales.

**5.4.35** Para que el sistema de RES pueda realizar la función, como datos mínimos se requiere:

- Identificador del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos

- Nombre del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos
- Diagnósticos relacionados y codificación(CIE-10)
- Procedimientos relacionados y codificación (CIE-9)
- Descripción del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos

**5.4.36** El sistema de RES deberá:

1. Proporcionar la capacidad de presentar guías clínicas y protocolos vigentes al personal de salud
2. Proporcionar la capacidad de buscar una guía pauta o el protocolo basado en criterios apropiados (como el problema) y;
3. Proporcionar la capacidad de presentar para consulta las guías y protocolos para fines históricos o legales.

**5.4.37** Para administrar las guías clínicas, protocolos y planes de cuidado específicos por paciente, las guías clínicas o los protocolos, podrán establecer metas u objetivos para el paciente, y lineamientos específicos para el personal de salud.

**5.4.38** Los datos mínimos son:

- Identificador del paciente y personal de salud
- Identificador del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos
- Fecha de aplicación
- Nombre del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos
- Diagnósticos relacionados y su código (CIE-10)
- Procedimientos relacionados y su código (CIE-9)
- Descripción del plan de cuidado, guías clínicas o protocolos ya relacionados

**5.4.39** Asimismo, el sistema de RES deberá: Proveer la funcionalidad de registrar planes de cuidado y tratamiento específicos de cada paciente, de acuerdo con las políticas institucionales.

**5.4.40** El sistema de RES podrá: contar funciones de ayuda para la utilización uso y consulta de información adicional.

**5.4.41** Cuando un paciente se programa para un procedimiento, o egreso, se capturan y registran las instrucciones específicas sobre dieta, vestimenta, asistencia en el transporte, convalecencia, próximas citas, etc.; se incluyen la fecha y hora relativas al acontecimiento programado de acuerdo con la política institucional.

**5.4.42** Los datos mínimos que se requieren para la realización de esta función son:

- Identificador del paciente
- Tipo de procedimiento a realizar
- Fecha y hora del procedimiento
- Nota de egreso
- Indicaciones sobre la dieta y cuidados de convalecencia
- Indicaciones sobre el tratamiento médico
- Registro de las citas programadas

**5.4.43** El sistema de RES deberá:

- Proporcionar la capacidad de generar instrucciones pertinentes al paciente para procedimientos estandarizados.
- Proveer la capacidad de incluir detalles para el cuidado e interactuar con el sistema de agenda para las visitas subsecuentes cuando aplique.
- Proporcionar la capacidad de registrar las instrucciones al paciente.

#### **5.4.44. Apoyo en atención a la salud, guías clínicas y protocolos.**

#### **5.4.67 Soporte de acceso al conocimiento.**

#### **5.4.69 Acceso a guías clínicas e información médica.**

#### **5.4.71 Acceso del paciente a educación para la salud.**

#### **5.4.73 Acceso a información para uso suplementario.**

#### **5.4.75 Asistencia en la codificación clínica basada en reglas. (Plantilla 3.2.1)**

#### **5.4.79 Asistencia en la codificación administrativa y financiera basada en reglas.**

#### **5.4.84 Integrar información de costos/financiera**

#### **5.4.88 Severidad del cuadro clínico. (Plantilla S3.6)**

#### **5.4.92 Procesamiento de Transacciones Administrativas.**

#### **5.4.94 Afiliación/ Inscripción.**

#### **5.4.101 Soporte de solicitudes de servicio y reclamaciones.**

#### **5.4.105 Soportes para la reclamación de seguros privados.**

#### **5.4.108 Reportes de servicio de salud al término de un evento clínico.**

### **5.5 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LA SALUD**

#### **5.5.1 Soporte al cuidado de salud: cuidado preventivo y bienestar**

#### **5.5.5 Presentación de alertas para servicios preventivos y de salud**

#### **5.5.8 Notificaciones y recordatorios de servicios preventivos y de bienestar**

### **5.6 SALUD PÚBLICA**

#### **5.6.1 Soporte de salud pública**

#### **5.6.4. Soporte de seguimiento del estado de salud pública.**

#### **5.6.10 Soporte de notificación y respuesta**

#### **5.6.16 Soporte para el monitoreo y seguimiento de respuesta de notificaciones de salud individual del paciente**

#### **5.6.21 Mediciones, monitoreo y análisis**

#### **5.6.22 Soportar las mediciones y monitoreo del cuidado de la salud para fines relevantes**

#### **5.6.23 Obtención y captura de datos y análisis de información**

#### **5.6.29 Obtención y captura de datos de desempeño**

#### **5.6.34 Administración de solicitudes de información confidencial**

#### **5.6.40 Generación de reportes**

#### **5.6.42 Salidas del expediente clínico.**

### **5.7 BASE DE DATOS**

### **5.8 PLATAFORMA DE INTEROPERABILIDAD**

#### **5.8.1 Interoperabilidad**

#### **5.8.1 Interoperabilidad basada en estándares**

#### **5.8.6 Estándares de intercambio de información**

#### **5.8.11 Integración de aplicaciones basadas en estándares**

#### **5.8.16 Protocolos de intercambio de información**

## 5.9 SEGURIDAD INFORMÁTICA

## 5.10 SERVICIOS DE INFORMACIÓN

### 6. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta norma no es equivalente a ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

7.1 MÉXICO. SECRETARÍA DE SALUD. *Ley General de Salud*.- México: Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984 y sus reformas y adiciones hasta el 18 de diciembre de 2007.

7.2 MÉXICO. SECRETARÍA DE ECONOMÍA. *Ley Federal sobre Metrología y Normalización*.- México: Diario Oficial de la Federación, 1 de julio de 1992 y su reforma y adiciones hasta el 28 de julio de 2006.

7.3 MÉXICO. SECRETARÍA DE SALUD. *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*.- México, Diario oficial de la Federación 14 de mayo de 1986.

7.4 MÉXICO. SECRETARÍA DE ECONOMÍA. *Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización*.- México: Diario Oficial de la Federación, 14 de enero de 1999.

## 8. OBSERVANCIA DE LA NORMA

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

## 9. VIGENCIA

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.- La Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Maki Esther Ortiz Domínguez**.- Rúbrica.- El Director General de Información en Salud.- Rúbrica.