

www.salud.gob.mx



UNEME DE GERIATRÍA

MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

DGPLADES

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

Edición Digital / Julio 2016
ISBN:
D.R. ©
Secretaría de Salud
Lieja 7, Colonia Juárez
México 06696, Ciudad de México

Queda prohibida la reproducción total o
parcial de esta obra por cualquier medio,
sin autorización del autor.

*Modelo de recursos para la planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud,
Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría
(UNEME de Geriatría)*

DIRECTORIO

SECRETARIO DE SALUD

DR. JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DR. JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. PABLO ANTONIO KURI MORALES

DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

DR. MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

DR. LUIS MIGUEL FRANCISCO GUTIÉRREZ ROBLEDO

DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

DR. FRANCISCO RAMOS GÓMEZ

COORDINACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

DR. LUIS ENRIQUE DÍAZ PÉREZ

MTRO. LUIS MARTÍNEZ LIÉVANO

ING. ARQ. EDUARDO NOÉ IBÁÑEZ SÁNCHEZ

COLABORACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

DRA. EDITH ROSALES FRANCO

LIC. EVANGELINA GONZÁLEZ NIETO

LIC. ÁNGEL MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

MTRA. MARIA DE LOURDES ÁVILA ALVA

DR. ARTURO ÁVILA ÁVILA

DIRECCIÓN GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

ING. ROBERTO AYALA PERDOMO

ING. PATRICIA MIGUEL HERNÁNDEZ

ING. JORGE ALVARADO CHÁVEZ

ÍNDICE

Mensaje del Secretario	9
Mensaje del Subsecretario	10
Comentarios	11
Abreviaturas	12
Presentación	13
Marco contextual	15
Base legal	16
Normas Oficiales de observancia obligatoria	17
Objetivos del documento	20
• General	
• Específicos	
Método de elaboración	21
Servicios por tipo de Unidad Médica	22
Capítulo I.	
Recursos Humanos	24
• Introducción	
• Objetivo	
• Método de elaboración	
• Plantilla valorizada del personal de la unidad médica con descripción genérica de puestos	
Capítulo II.	
Infraestructura Física	28
• Introducción	
• Alcance y objetivos del modelo	

Recomendaciones para el desarrollo de la UNEME de Geriatría	30
<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto ejecutivo • Diseño • Espacios • Baños públicos • Barandales y pasamanos • Rampas • Acabados • Funcionalidad • Ambientación • Entorno • Ahorro de energía, Arquitectura bioclimática 	
Capítulo III.	
Equipamiento	36
<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Objetivo • Método de elaboración 	
Capítulo IV.	
Prototipos de integración de los modelos de plantillas, infraestructura y equipamiento	39
<ul style="list-style-type: none"> • Introducción <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Unidad de Especialidad Médica (UNEME)</i> • Antecedentes • Objetivo 	40

b) <i>Geriatría</i>	42
• Antecedentes	
• Objetivo	
• Funciones	
• Plantilla	
• Programa Médico Arquitectónico	
• Resumen	
• Matriz de relación	
• Infraestructura Plano	
• Equipamiento	
Anexos	
• Anexo 1	87
• Anexo 2	91
• Anexo 3	92
Bibliografía	98

MENSAJE DEL SECRETARIO

En los últimos tres años, el gobierno de la República ha emprendido diversas acciones para conformar un sistema nacional de salud que involucre el acceso universal a los servicios de salud impulsando acciones que fortalezcan el acceso a los servicios institucionales; contribuyendo a la protección, restauración y mejoramiento de salud.

Hoy en día se aprecian los avances alcanzados en los últimos años en materia de salud, pero también se reconocen los retos para mejorar en la calidad y alcance efectivo de los servicios de salud particularmente para atender a millones de personas que habitan en zonas de mayor marginación social y dispersión poblacional y que no cuentan con servicios de salud. Debido a esta condición el presidente de la República, licenciado Enrique Peña Nieto ha instruido a trabajar en cumplimiento con las estrategias, objetivos y líneas de acción contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, alineando estas con el Programa Sectorial de Salud haciendo frente a los retos epidemiológicos que se presentan en el país, en particular las enfermedades no transmisibles y aquellas que a pesar de los esfuerzos realizados aún prevalecen y están vinculadas a las condiciones de vulnerabilidad.

En el país se presentan cambios epidemiológicos como consecuencia del incremento en la esperanza de vida y la disminución del índice de natalidad lo cual de manera simultánea ha generado grandes cambios en la pirámide poblacional donde es notorio el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, diabetes e hipertensión arterial sistémica en adultos mayores. Esto obliga a un enfoque preventivo basado en estilos de vida saludable desde etapas tempranas para una mejor calidad de vida. Por ello se promueve consolidar un programa de atención al adulto mayor fundamentado en la evaluación oportuna y sistemática para la prevención de la dependencia de este sector de la población a través de la promoción, prevención y control de las principales enfermedades de mayor impacto funcional evitando el deterioro y la consecuente dependencia.

Este documento refleja el trabajo conjunto de especialistas de diversos campos enfocados a contribuir a la mejora de salud de la población siendo este el objetivo con el cual estamos comprometidos para alcanzar un México más sano, incluyente, próspero y equitativo.

DR. JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES
Secretario de Salud

MENSAJE DEL SUBSECRETARIO

La población mexicana presenta una transición demográfica y epidemiológica presentando nuevos retos para la atención en salud. Las enfermedades no transmisibles derivadas de los estilos de vida poco saludables, traen consigo una nueva visión de atención a la población del país. El Programa Sectorial de Salud 2013–2018 identifica el acceso y la calidad de los servicios como las líneas estratégicas plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 mismas que se concretan entre otras acciones con el fortalecimiento de la infraestructura física, el equipamiento y los recursos humanos necesarios. Es indispensable fortalecer la coordinación sectorial a través de la promoción del uso óptimo de los recursos y el cumplimiento de la normatividad, haciendo frente a las necesidades de la población.

Se han coordinado esfuerzos para generar modelos de recursos que contemplen características de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios para la prestación de servicios de las Unidades de Especialidades Médicas, a través de las Subsecretarías de Prevención y Promoción de la Salud, Administración y Finanzas e Integración y Desarrollo de Sector Salud impulsando y desarrollando modelos de atención, resultado del trabajo conjunto y sectorial; además es necesario reconocer la participación del Instituto Nacional de Geriatria, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Recursos Humanos.

Este documento presenta el modelo de la UNEME de Geriatria donde se consolida la planeación y los recursos necesarios para el cuidado de la salud y de esta manera ofrecer una atención médica integral, oportuna y continua centrada en el adulto mayor. Esta acción forma parte de un grupo de modelos de referencia de unidades médicas para su consulta y aplicación por las entidades federativas avanzando hacia un México donde el ejercicio del derecho a la salud sea pleno y efectivo.

DR. JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

COMENTARIOS

Para contribuir y lograr altos niveles en la calidad de vida de la población así como asegurar la salud de cada mexicano desde el momento en que nace hasta la vejez, pasando por la infancia, la adolescencia y la edad adulta, en cumplimiento de los lineamientos contenidos en el Plan Nacional de Salud 2013-2018 que incluyen políticas públicas para el tratamiento, prevención, reducción de incidencia, promoción de supervivencia, calidad de vida e investigación, frente a enfermedades crónicas degenerativas, así como nuevas estrategias de acción y prevención. La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, presenta este documento con la intención de dar continuidad y ampliar los modelos de recursos de las unidades de la Secretaría de Salud, constituyéndolos como un referente institucional que definan las estructuras lógicas de organización de las unidades y el conocimiento de los costos de referencia para su desarrollo.

Los “**Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas para la Secretaría de Salud**” constituyen una guía general para orientar la formulación de planes de trabajo en los Servicios de Salud. Se trata de un documento dinámico que estará sujeto a constante revisión y actualización de acuerdo al contexto en el que se aplica. Desde esta perspectiva, está abierto a las aportaciones de las Entidades Federativas y de las áreas centrales participantes, así como la actualización de las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes.

ABREVIATURAS

CENAVECE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DOF	Diario Oficial de la Federación
EM	Equipo Médico, que de acuerdo al Art. 262 de la Ley General de Salud se define como los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica
GEM	Gestión de Equipo Médico
INGER	Instituto Nacional de Geriatría
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
MEM	Modelos de Equipamiento Médico
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
UNEME	Unidad de Especialidad Médica

PRESENTACIÓN

De manera cotidiana los Sistemas de Salud hacen frente a un importante número de desafíos, como es el proveer servicios de calidad en un escenario de demanda cambiante, convirtiéndolo en uno de los retos más comunes y complejos de resolver para las instituciones.

En este contexto, son los procesos de planeación los que facilitan la construcción de referentes que permiten definir y poner en ejecución soluciones que redunden en el cumplimiento de las metas y en la satisfacción de las necesidades identificadas. El resultado de un adecuado y oportuno proceso de planeación nos acerca a identificar cuál servicio habrá que prestar, dónde y en qué magnitud será requerido. Sin embargo, hay que considerar que cada ejercicio de planeación es diferente; varían las necesidades específicas, el tipo de problemática a resolver, la población objetivo y la disponibilidad de los recursos.

Los modelos, los criterios técnicos y los referentes de información, aportan los elementos necesarios para llevar a cabo una adecuada planificación de la infraestructura y los recursos en todas las unidades del sector. El uso específico de ellos, facilita la entrada en operación de nuevas unidades, la remodelación de las ya existentes y la evaluación de la operación en las mismas.

En el 2010, se publicó la primera edición del *Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud*¹, dicho Modelo está enfocado a las unidades de primer contacto y a las unidades hospitalarias; adicionalmente se integró el modelo de unidades para la atención de grupos vulnerables (Caravanas de salud y Módulo de atención con enfoque multicultural).

El presente documento constituye un referente ideal sobre la creación de modelos, para que los tomadores de decisiones puedan desarrollar adecuaciones e instrumentar soluciones acordes a las necesidades de un determinado ámbito de atención.

En este sentido, a partir del análisis sociodemográfico, epidemiológico, estimaciones y proyecciones, análisis de necesidades por red de servicios y análisis de la infraestructura existente, el presente modelo corresponda a la Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría que obedece a atender demandas epidemiológicas específicas de alta incidencia y prevalencia.

La UNEME de Geriatría es un espacio donde se brinda atención digna a todos aquellos adultos mayores que la requieran, además de que sirve como orientador, interventor y guía de las relaciones sociales y familiares en el cuidado y manejo de los adultos mayores.

¹ Secretaría de Salud. Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Primera edición. México. 2010.

Este trabajo es resultado de un amplio proceso de recopilación y revisión de información que proviene del consenso de las instancias involucradas. Apegados a la normatividad oficial vigente, esta publicación estructura una propuesta de modelos en cuatro capítulos.

- En el primer capítulo se presenta la metodología utilizada para obtener la plantilla valorizada de la UNEME.
- En el segundo, muestra la lógica con la que fueron asignados los espacios físicos del modelo arquitectónico para la unidad médica.
- El tercer capítulo, se describe la forma en que se designa el equipamiento para la unidad médica.
- Y finalmente, el cuarto capítulo presenta los prototipos de integración del modelo de plantilla, infraestructura y equipamiento de la UNEME de Geriatria.

MARCO CONTEXTUAL

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002, celebrada en Madrid (OPS/OMS, 2002), convocó a 142 países miembros de las Naciones Unidas con el objeto de evaluar el estado de avance de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas, 1982), y aprobar una declaración política de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población adulta mayor. En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización (Belenguer, 2000). Según la nueva Estrategia y Plan de Acción sobre envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud (2016), hay diferentes maneras posibles de iniciar las intervenciones para fomentar el Envejecimiento Saludable, pero todas tendrán un objetivo primordial: lograr la máxima capacidad funcional. Este objetivo se puede alcanzar de dos maneras: fomentando y manteniendo la capacidad intrínseca, o bien, permitiendo que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes. Cuatro esferas de acción prioritarias pueden ayudar a lograr este fin: 1. adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente; 2. crear sistemas de atención a largo plazo; 3. crear entornos adaptados a las personas mayores; 4. mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión. En el marco de la primera esfera de acción se desarrolla esta propuesta.

Los servicios de atención que se otorga a los adultos mayores deben dar respuesta a sus necesidades específicas e idealmente el sistema de servicios, es por ello que la Secretaría de Salud ha desarrollado modelos de atención para atender, bajo estos principios a este grupo; en el año 2010, se publicó la primera edición del Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud², dicho modelo está enfocado a las unidades de primer contacto y unidades hospitalarias; adicionalmente se integró el modelo de unidades para la atención de grupos vulnerables (Caravanas de salud y Módulo de atención con enfoque multicultural), al considerar la necesidad de una nueva clasificación de unidades innovadoras para alcanzar una cobertura integral de servicios y particularmente en el rubro de alta especialidad es creado el concepto de la Unidad de Especialidad Médica (UNEME) que surgió del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)³ y del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS)⁴.

Las UNEME´s tienen un enfoque preventivo y de control de los padecimientos que coadyuvan a evitar el desencadenamiento de los mismos, como **“Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores “esta estrategia es fundamentada en el Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018, en su objetivo 1 “Consolidar las acciones de protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades”**

² Secretaría de Salud. Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Primera edición. México. 2010.

³ Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. México. 2006.

⁴ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, DGPLADES. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud Red de servicios de Atención a la Salud. México. 2003.

BASE LEGAL

La realización de modelos se fundamenta en: la Ley General de Salud y en los Artículos 7, Fracción III, 8, 10 fracción I, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 24, 26, 38, 43, 56, 57, 58, 59, 66, 103, 141, 142, 143 y 177 del reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de atención médica; así como Artículos 9, 18, 25, 29, 40, 41, 45, 45BIS y 46 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero del 2011, en el que se describen las atribuciones de las unidades administrativas participantes en la elaboración de los modelos de la valuación de los mismos.

NORMAS OFICIALES DE OBSERVANCIA OBLIGATORIA⁵

GENERALES

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

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012. Regulación de los Servicios de Salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993. Establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-225-SSA1-2002. Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) y los estándares de calibración utilizados en las mediciones para laboratorios de patología clínica.

⁵ Secretaría de Economía, Dirección General de Normas, Consulta de Catálogo de Normas Oficiales Mexicanas. <http://www.economia-noms.gob.mx/noms/consultasAction.do>

GERIATRÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013. Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012. Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad.

EQUIPAMIENTO

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010. Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

INFRAESTRUCTURA*

Norma Oficial Mexicana NOM-001-ECOL-1996. Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas residuales en aguas y bienes nacionales.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SEDE-2012. Instalaciones eléctricas (utilización).

Norma Oficial Mexicana NOM-008-CNA-1998. Regaderas Empleadas en el Aseo Corporal - Especificaciones y Métodos de Prueba.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-CNA-2001. Inodoros para uso sanitario - especificaciones y métodos de prueba.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008. Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013. Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-085-SEMARNAT-2011. Contaminación atmosférica- niveles máximos permisibles de emisión de los equipos de combustión de calentamiento indirecto y su medición.

Proyecto De Norma Oficial Mexicana NOM-002-SEDE/ENER-2014. Requisitos de seguridad y eficiencia energética para transformadores de distribución.

*Reglamentos de Construcción locales.

OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

General:

Proporcionar un referente institucional, para la definición y valuación en moneda nacional de los recursos humanos, infraestructura y equipamiento médico básico necesario para la operación de la Unidad de Especialidades Médicas de Geriatria.

Específicos:

- Presentar el modelo de platilla de personal valorizada al año 2014; específica para esta Unidad Médica contemplada en el modelo.
- Presentar los lineamientos y los criterios de referencia para la selección del personal de la unidad médica contemplada en el modelo.
- Presentar propuestas generales de las funciones que pueden ser desarrolladas por el personal de salud.
- Describir los elementos del Programa Médico Arquitectónico de la Unidad Médica contemplada en el modelo.
- Presentar el valor de construcción estimado para el año 2014 del Programa Medico Arquitectónico.
- Mostrar criterios para el equipamiento médico específico de la Unidad Médica.
- Presentar el valor del equipamiento estimado para el año 2014 de la Unidad Médica en el modelo.

MÉTODO DE ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS

Para poder definir los recursos necesarios de personal, equipamiento e infraestructura; es indispensable contar con un catálogo de servicios en donde se precisen las áreas de operación para la unidad médica.

El catálogo de servicios tiene por objetivo, ser la guía a partir del cual se define y organiza la formación del modelo.

En virtud de lo anterior, se elaboró un catálogo de servicios para la unidad médica de acuerdo a sus necesidades, funciones y estructura.

El responsable normativo de la unidad médica contenida en el modelo definió los servicios de atención al paciente con base a las prestaciones de salud proporcionados.

Tipo de Unidad Médica	Responsable
UNEME GERIÁTRIA	INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA (INGER)

Se homologaron los servicios médicos-administrativos de todas las UNEME's de Geriatría, que deberán tener en común las siguientes áreas:

- Almacén
- Dirección (en caso que se requiera se incorpora un área para el apoyo secretarial)
- Farmacia
- Informática
- Intendencia
- Mantenimiento
- Ventanilla única
- Sala de espera
- Sala de usos múltiples
- Sanitario de personal
- Sanitarios públicos (hombres y mujeres)
- Trabajo Social
- Vigilancia

SERVICIOS POR TIPO DE UNIDAD MÉDICA

Tipo de servicio	Servicio	Área
Servicio administrativo / médico administrativo	Dirección	Vestíbulo
		Dirección
		Apoyo administrativo
		Administración
	Farmacia	Farmacia
	Informática	Informática y sistemas
		Site
	Recursos materiales	Almacén
	Servicios generales y mantenimiento	Mantenimiento
		Casa de máquinas
		Intendencia
		RPBI
	Vigilancia	Vigilancia
	Consulta externa	Archivo clínico
		Ventanilla de atención única
		Consultorio de nutrición
		Clínica de heridas
		Consultorio de estomatología
		Consultorio de trabajo social
		Consultorio de psicología
		Consultorio de geriatría
		Consultorio de gerontología
		Sala de terapia física y rehabilitación
		Consultorio de medicina física y rehabilitación
		Sala de espera general
		Sanitarios personal H/M
		Sanitario público H/M
		Sala de usos múltiples

CAPÍTULO I

RECURSOS HUMANOS

INTRODUCCIÓN

Las cambiantes necesidades en la atención de la población requieren de la actualización constante de la cantidad y tipo de profesionales de la salud que se requieren para dar respuesta a las demandas de atención.

En la Secretaría de Salud la definición de plantillas de personal para la operación de las unidades médicas se lleva a cabo por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud hasta su extinción.

Bajo esta perspectiva se procedió con la actualización de las plantillas de personal tomando como base la experiencia de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para elaborar los modelos para unidades de primer contacto y hospitalarias que se presentan en este capítulo.

OBJETIVO

Proporcionar una guía práctica para la toma de decisiones en los procesos de planeación y en la formulación de proyectos ejecutivos sobre espacios físicos y tecnologías. Esta guía se basa en la concepción de unidades de acuerdo a la categorización que el MIDAS plantea. Se reconoce la diversidad en cuanto a necesidades para la atención a la salud dictadas por los perfiles demográficos epidemiológicos de la población, así como por sus creencias, lengua y su forma de entender el proceso salud-enfermedad. **Así, los modelos de UNEME's serán flexibles y ajustables a circunstancias específicas.**

MÉTODO DE ELABORACIÓN

El modelo de plantillas tuvo como punto de partida lo establecido en los Manuales de Contenido Múltiple de 1988. En el caso de unidades de especialidad, la actualización realizada por el grupo de trabajo refleja los requerimientos de atención actuales, los cuales fueron menores; a diferencia de lo que ocurrió con las unidades hospitalarias, en las que los cambios fueron significativos, lo cual explica por las repercusiones que tiene la incorporación de nuevas prácticas médicas, así como el surgimiento de nuevas tecnologías para las que es necesario contar con personal calificado que garantice su aplicación.

En el desarrollo del ejercicio fue necesario obtener un conjunto de referentes para definir la plantilla de personal entre los que se encuentran: requisitos de incorporación del puesto a la plantilla, así como las funciones que el personal clave tiene que llevar a cabo en las diferentes áreas, entre otros elementos que se incluyeron y se presentan más adelante.

A partir de los referentes mencionados antes, fue posible que el grupo de trabajo finalmente obtuviera la plantilla de personal a la que se le identificó el código de puesto según el Tabulador de la Rama Médica, Paramédica y Grupo Afín de la Secretaría de Salud correspondiente al año 2014 (ver anexo 1 RH).

Los códigos de puesto, así como las remuneraciones que se presentan en el modelo de la plantilla, se basan en el modelo de plazas federales que maneja la Secretaría de Salud.

Derivado de lo anterior, se procedió a elaborar un Tabulador Único de Percepciones, para lo cual, se definieron ponderadores⁶ en lo que se consideraron las variantes de tipo de unidad, municipio y zona económica; estos ponderadores fueron aplicados a la información de los conceptos del tabulador (Sueldo, asignación y Ayuda de Gastos de Actualización), y de esta forma, se obtuvieron las percepciones que se presentan en el modelo de la plantilla valuada.

Para obtener la valuación completa de la plantilla se consideraron 4 grupos de remuneraciones, (ordinarias, seguridad social, seguros y prestaciones adicionales), estipuladas en la Ley General del Trabajo, Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y las obtenidas mediante el Contrato Colectivo de los Trabajadores de la Secretaría de Salud Vigente para el mismo año.

En el anexo 2 RH se pueden consultar las prestaciones que fueron consideradas y la normatividad que aplica para cada una de ellas.

Es importante señalar que las nuevas contrataciones deberán efectuarse en apego a lo establecido en el Cuadragésimo Tercero Transitorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Para la valuación de las prestaciones identificadas, se procedió como sigue:

- a) Se obtuvieron los importes de aquellos estímulos y recompensas emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (año 2014).
- b) Se consiguieron y aplicaron los datos estadísticos institucionales relativos a Condiciones Generales de Trabajo⁷.
- c) Se aplicaron los importes establecidos por la SHCP en los criterios para el cálculo de las partidas de gasto del presupuesto regularizable de servicios personales para el ejercicio fiscal 2014.
- d) Se aplicaron los importes de las prestaciones tomando en cuenta las diferencias entre personal de base y personal de confianza.

⁶ Definición llevada a cabo por la Unidad de Análisis Económico.

⁷ Los porcentajes aplicados a Condiciones Generales de Trabajo y Estímulos, fueron elaborados por la DGRH con base a las estadísticas de los Servicios Estatales de Salud y de los Servicios de Salud Federales.

PLANTILLA VALORIZADA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD MÉDICA CON DESCRIPCIÓN GENÉRICA DE PUESTOS.

El personal definido en la plantilla propuesta en el modelo de recursos humanos, especifica a detalle el tipo de puesto de cada uno de los participantes en las diferentes áreas, con lo que fue posible determinar las percepciones con base al tabulador institucional de puestos, vigente al 1 de mayo de 2014 y al que se aplicó un ponderador donde se reflejan las diferencias por zona económica⁸ y tipo de unidad.

UNEME DE GERIATRÍA

Clave del Puesto	Descripción (según tabulador Institucional)	Cant.	Turno				Sueldo Mensual Tabular Autorizado		Sueldo Mensual Tabular Ponderado	Percepciones Ordinarias	Seguridad Social	Seguros	Prestaciones Adicionales	Costo Total Unitario	Costo Unitario x núm. Plazas
			Mat.	Vesp.	Noc.	S/D	Zona II	Zona III							
CF41004	JEFE DE UNIDAD DE ATENCION MEDICA "D"	1	1	-	-	-	\$ 18,666.00	\$ 20,610.00	\$ 19,093.68	\$ 192,395.00	\$ 54,297.50	\$ 27,082.31	\$	\$ 273,774.81	\$ 273,774.81
CF41015	COORD. MEDICO EN AREA NORMATIVA "A"	1	1	-	-	-	\$ 13,506.00	\$ 14,942.00	\$ 13,821.92	\$ 192,395.00	\$ 40,701.93	\$ 20,159.65	\$	\$ 253,256.58	\$ 253,256.58
M03020	APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD- A6	10	9	1	-	-	\$ 6,945.00	\$ 7,290.00	\$ 7,020.90	\$ 440,390.25	\$ 23,415.01	\$ 11,357.41	\$	\$ 475,162.67	\$ 4,751,626.68
CF40003	SOPORTE ADMINISTRATIVO "B"	2	1	1			\$ 7,606.00	\$ 8,773.00	\$ 7,862.74	\$ 213,707.07	\$ 25,156.61	\$ 12,244.21	\$ -	\$ 251,107.89	\$ 502,215.77
M02085	TRABAJADOR A SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	3	2	1	-	-	\$ 8,435.00	\$ 9,235.00	\$ 8,611.00	\$ 125,275.35	\$ 29,991.66	-	\$ 39,088.22	\$ 194,355.22	\$ 583,065.66
M01004	MEDICO ESPECIALISTA "A"	14	7	7	-	-	\$ 15,363.00	\$17,041.00	\$ 15,732.16	\$ 229,643.33	\$ 46,590.71	-	\$ 32,862.58	\$ 309,096.61	\$ 4,327,352.51
M02081	ENFERMERA GENERAL TITULADA "B"	6	3	3	-	-	\$ 9,268.00	\$ 10,241.00	\$ 9,482.06	\$ 263,809.75	\$ 32,448.23	-	\$ 39,707.97	\$ 335,965.94	\$ 2,015,795.65
M02104	TERAPISTA PROFESIONAL	6	3	3	-	-	\$ 8,932.50	\$ 9,878.19	\$ 9,140.55	\$ 229,643.33	\$ 31,458.82	-	\$ 39,458.36	\$ 300,560.50	\$ 1,803,362.99
TOTAL		43	27	16	0	0	\$ 88,721.50	\$98,010.19	\$ 90,765.01	\$ 1,887,259.07	\$284,060.45	\$ 70,843.58	\$ 151,117.12	\$ 2,393,280.21	\$14,510,450.65

⁸ http://www.conasami.gob.mx/pdf/tabla_salarios_minimos/2015/01_01_2015.pdf

CAPÍTULO II

INFRAESTRUCTURA FÍSICA

INTRODUCCIÓN

La reforma estructural del sector ha venido a dar un nuevo rostro al Sistema Nacional de Salud. Desde la perspectiva financiera, se implementan políticas orientadas a garantizar la igualdad de oportunidades para que todos los mexicanos cuenten con un esquema que asegure que las necesidades de atención a la salud sean cubiertas evitando arriesgar el patrimonio de las familias; para ello se creó el Sistema de Protección Social en Salud.

Con la introducción del Sistema de Protección Social en Salud se han modificado las reglas de presupuestación, generando un incremento en **los recursos asignados al sector salud, además de provocar el “empoderamiento” de la población con el consiguiente incremento en la** demanda de servicios con mayor calidad, oportunidad, seguridad y eficiencia. Esto nos conduce a la necesidad de articular mejor el modelo de atención. Así es como nace el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) cuyos elementos buscaron acercar servicios de alta calidad y eficiencia a la población mediante la eliminación de barreras geográficas, culturales y organizacionales. El MIDAS pretendió romper con un sistema fragmentado y organizado por niveles de atención para lograr la continuidad en los servicios brindados a los usuarios a través de un sistema de redes funcionales.

Este innovador modelo propuso la articulación de unidades y servicios que cuenten con todos los elementos necesarios para su funcionamiento eficiente y efectivo. Tanto las redes de servicios como cada una de las Unidades de Especialidades Médicas que las componen deben centrar su actividad en satisfacer la necesidades de los pacientes y sus familias, dejando atrás viejos paradigmas. Igualmente han de incorporarse a las condiciones necesarias para que los profesionales de la salud tengan a la mano los elementos para la óptima realización de su trabajo.

De esta forma, las UNEME's, deben crearse con los espacios y elementos funcionales indispensables para la apropiada operación del modelo. Deben considerar las circunstancias epidemiológicas, sociodemográficas y culturales de la región en que se circunscriben. En este sentido, se podrán incorporar los espacios y componentes necesarios para la práctica de medicinas tradicionales y complementarias seguras. Habrán de sumarse nuevas tecnologías en materia de insumos, equipos médicos y sistemas de información. De igual manera, las UNEME's ya existentes se deberán adecuar a estas exigencias funcionales a efectos de optimizar la productividad de la capacidad instalada.

Para orientar la distribución y ordenamiento de la UNEME se han creado instrumentos rectores de los procesos de planeación que incorporan nuevos modelos de unidades de atención y nuevas tecnologías para incrementar la capacidad de respuesta de las necesidades de salud. Uno de estos instrumentos rectores es el Plan Maestro de Infraestructura en Salud el cual se actualiza de forma permanente.

La introducción de nuevos elementos implica el rediseño de indicadores para la planeación y evaluación.

ALCANCES Y OBJETIVOS DEL MODELO

Los alcances y objetivos planteados para el modelo arquitectónico de este documento responden al apoyo que las entidades federativas necesitan para contar con una herramienta para la toma de decisiones en los procesos de planeación de infraestructura médica y una guía práctica para la definición de anteproyectos y proyectos arquitectónicos de nueva infraestructura.

Los modelos se basan en la concepción de unidades de acuerdo con la categorización que el MIDAS planteó. Se reconoce la diversidad en cuanto a las necesidades para la atención a la salud dictadas por los perfiles demográficos y epidemiológicos de la población, así como por sus creencias, lengua y su forma de entender el proceso salud-enfermedad. Así, el modelo de las UNEME será flexible y ajustable a circunstancias específicas.

En este tenor, se señala que en este tomo se abordará la Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría.

Para esta unidad se presenta, en forma resumida, su misión y su función dentro de la red de servicios de salud; su relación con las otras unidades y aquellas características o requerimientos de equipo para su adecuado funcionamiento en red.

La unidad resalta las características que les darán confort tanto a usuarios como a presentadores, respetando la normatividad, la funcionalidad y la correcta proporción de espacios.

También contienen el programa médico-arquitectónico de la unidad, presentan la relación de espacios que debe contener, su cantidad, dimensiones y proporciones adecuadas; brinda un resumen de las superficies a construir y de las dimensiones del terreno recomendado.

Se incluyen plantas arquitectónicas de la UNEME, con dimensiones y proporciones adecuadas; brinda un resumen de las superficies a construir y de las dimensiones del terreno recomendado.

Para el caso de los costos estimados de referencia, se debe mencionar que pueden ser aplicados durante las etapas iniciales de la planeación como presupuestos aproximados de inversión. En cada caso deberán desarrollarse los presupuestos detallados cuantificando y cotizando la mano de obra, materiales y equipos tomando en cuenta el entorno particular específico.

Respecto a este tema, se acota en esta metodología que los costos estimados de infraestructura se ven a grandes rubros con las siguientes perspectivas: espacios médicos que son enfocados a la atención especializada y prevención de la salud, y espacios médicos ambulatorios que están dirigidos al tratamiento especializado de los pacientes.

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA UNEME DE GERIATRÍA

PROYECTO EJECUTIVO

La recomendación de mayor trascendencia para lograr que un proyecto ejecutivo sea exitoso, es que satisfaga las necesidades y expectativas para las cuales es creado, llevar a cabo su planeación con suficiente anticipación y calidad.

La anticipación permite hacer el estudio correcto de la población, de sus necesidades y de las deficiencias de la infraestructura existente en la red; plantear alternativas de solución, analizarlas desde el punto de vista costo-beneficio y determinar las más convenientes; seleccionar racionalmente el terreno y llevar a cabo un proceso de planeación y diseño en los tiempos adecuados. La calidad depende, además de la información que se obtenga de la población, sus necesidades y la capacidad de la infraestructura, de la experiencia y conocimientos del equipo de trabajo que se reúna para realizar la planeación, diseño y proyección.

DISEÑO

- Consensuar y acordar la cartera de servicios y el programa médico arquitectónico con los funcionarios de planeación, de servicios médicos y los titulares de los programas sustantivos de salud.
- Reunir personal calificado con experiencia en arquitectura e ingeniería hospitalaria, para la elaboración del anteproyecto y el proyecto ejecutivo.
- Someter el anteproyecto con su estimado de costo, a la revisión y aprobación de los funcionarios citados en el punto anterior y al área financiera correspondiente.
- Realizar el proyecto ejecutivo de acuerdo a las normas y Reglamento de Construcción de la localidad y de los colegios de arquitectos e ingenieros.
- Obtener las licencias de servicios urbanos (factibilidad), de construcción e impacto ambiental.
- Al seleccionar el terreno, tomar en cuenta las dimensiones y proporciones, orientación, ubicación estratégica, pendiente, causes de agua y mecánica de suelos y servicios municipales.

SEÑALIZACION INTERNA Y EXTERNA

- Las señales deben ser de fácil comprensión para el observador, y para que cumplan su propósito, se debe evitar su uso excesivo.
- Deberá considerar la NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil.- Colores, formas y símbolos a utilizar.

ESPACIOS

- El ancho mínimo es de 1.2 metros para las puertas de acceso a consultorios y aquellas áreas por las que circulen con silla de ruedas, muletas, andaderas, bastones y camillas.
- Las puertas deberán ser de fácil operación y las manijas serán preferentemente de palanca o barra.
- El ancho mínimo de circulaciones para camillas es de 2.10 metros, contemplando barras de protección y esquineros adosadas al muro para protegerlo de golpes de camillas o carros diversos.
- La altura libre en circulaciones y locales no deberá ser menor a 2.7 metros, para auxiliares de diagnóstico y tratamiento, la altura libre deberá ser de 3.0 metros.
- Los claros entre ejes deben ser amplios para facilitar la distribución interna de los locales, se recomienda de 9.6 metros o mayor.
- Evitar cambios de nivel, topes y escalonamientos en circulaciones.
- Las áreas de vestíbulos, salas de espera y circulaciones, deberán ser amplias, iluminadas y ventiladas de preferencia con sistemas naturales o en su caso por medios artificiales y/o mecánicos.
- Las áreas deben contar con la señalización alfabética y analógica (iconos), que asegure que todas las personas comprendan el mensaje (las señales deberán estar colocadas en muros y pisos por las condiciones de los adultos mayores).
- Todas las unidades médicas deberán contemplar las disposiciones que establece la NOM-016-SSA3-2012 correspondiente a los Requisitos mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, y la NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

BAÑOS PÚBLICOS (Anexo A)

- En todos los inmuebles deberán existir baños adecuados para su uso por persona con discapacidad, localizados en lugares accesibles.
- Los baños y sus rutas de acceso deberán estar señalizados.
- Los pisos de los baños deberán ser de material antiderrapante y contar con un pendiente del 2% hacia las coladeras, para evitar encharcamientos.
- Junto a los muebles sanitarios deberán instalarse barras de apoyo de 38 mm de diámetro, fijas al muro a una altura de 0.80 metros de altura.
- Los muebles sanitarios deberán tener alturas adecuadas para su uso por personas con discapacidad:
- Inodoro 0.45 a 0.50 metros.
- Lavabo 0.76 a 0.80 metros.
- Mingitorio a una altura máxima de 0.70 metros.

-
- Los manerales hidráulicos deberán ser de brazo o palanca.
 - Los lavamanos deberán permitir un claro inferior libre, que permita la aproximación en silla de ruedas, sin la obstrucción de faldones.
 - Espejo con inclinación de 10 grados a partir de 0.9 metros de altura.
 - Los accesorios en los baños deberán instalarse por debajo de 1.2 metros de altura y no obstaculizar la circulación.

BARANDALES Y PASAMANOS

- Los barandales y pasamanos deberán tener doble tubo de 0.75 y 0.90 metros de altura.
- El tubular deberá ser de 32 a 38 mm.

RAMPAS

- Longitud máxima de las rampas entre descansos será de 6 metros y los descansos tendrán una longitud mínima igual al ancho de la rampa y nunca menor de 1.2 metros.
- La pendiente de la rampa sea de 6%, siendo el máximo de 8%, en cuyo caso se reducirá la longitud entre descansos a 4.5 metros.
- Deberán tener pasamanos de 0.75 y 0.90 metros de altura, con un volado 0.30 m en los extremos. (Anexo A)

ACABADOS

- Acabados de pisos con materiales antiderrapantes y lavables.
- Acabados de muros con materiales lisos que no acumulen polvo.
- Acabados para áreas húmedas con superficies repelentes al agua.
- Acabados para plafones con materiales de superficie lisa, continua, de fácil limpieza y mantenimiento.
- Pisos con tendencia a reducir o eliminar la estática.

FUNCIONALIDAD

- Los servicios de atención ambulatoria de alto flujo de usuarios se recomienda se ubiquen preferentemente en planta baja y de ser posible con accesos, módulos de atención, y salas de espera propios, a fin de establecer una operación que no congestione las áreas de acceso de circulación y elevadores de traslado a las áreas de la atención.
- El diseño arquitectónico de la UNEME deberá considerar la interrelación que debe darse entre los servicios de atención aguda, a fin de limitar los desplazamientos del paciente y la duplicidad de recursos físicos y tecnológicos, así como para optimizar la relación personal-servicio, ya que ésta impacta significativamente a los costos de operación.
- Distribuir cuartos de aseo cada 400 m² aproximadamente.
- Se deberá contemplar instalaciones registrables en ductos horizontales y verticales para su fácil mantenimiento.
- La provisión de agua deberá considerar la existencia de toma especial para suministrar sistemas de emergencia.
- La unidad deberá contar con rampas e instalaciones especiales para personas con capacidades diferentes.

AMBIENTACIÓN

La experiencia de permanecer dentro de una UNEME puede resultar desalentadora, tanto para los pacientes como para sus acompañantes y personal que ahí labora. De ahí la importancia de lograr ambientes confortables y cómodos, capaces de fomentar la salud, eliminando riesgos potenciales para los usuarios y el personal de salud.

Los espacios construidos deben fomentar sensaciones de serenidad, bienestar físico, moral y social, tomando en cuenta la cultura local, que podrían traducirse en el progreso de la salud de los pacientes. Pueden lograrse gracias a niveles adecuados de temperatura del ambiente, iluminación del espacio, calidad del aire, espacios interiores agradables y exteriores ajardinados, evitando la frialdad.

El lograr que esta influencia sea positiva, grata y acogedora, está en manos de los arquitectos e ingenieros especialistas, quienes deben de considerar a los espacios como parte misma de la terapia del paciente. Por ello es importante el desarrollar procesos interculturales de consulta informada con la población de la región.

El diseño de la UNEME debe involucrar otras consideraciones, que van más allá del eficiente funcionamiento de los espacios. Es fundamental tomar en cuenta las interrelaciones funcionales indicadas en la Matriz de Interrelaciones.

Deben considerarse desde el anteproyecto, los siguientes aspectos:

- Las dimensiones y topografía del terreno.
- Las condiciones del entorno.
- Los criterios de ahorro de energía y aplicación de la arquitectura bioclimática.

ENTORNO

Es importante respetar el carácter de la zona en donde se proyectará la construcción de la UNEME. Se busca que el diseño quede fuera de las tendencias formalistas para lograr una interacción con el entorno, a la vez que se optimiza el uso de los recursos al evitar construir superficies excesivas de carácter exclusivamente formal.

AHORRO DE ENERGÍA, ARQUITECTURA BIOCLIMÁTICA

Debe buscarse que la UNEME se adapte completamente al sitio, con la correcta orientación dentro del predio, el tratamiento adecuado de fachadas, volado y cubierto; buscando ventilación e iluminación naturales en el mayor número de espacios posibles siempre que éstos lo permitan, prefiriendo la utilización de recursos energéticos naturales.

La arquitectura bioclimática no es necesariamente más costosa que la convencional, es decir, sólo requiere de una buena orientación y ubicación de los espacios, dimensionar adecuadamente las ventanas, colocar un alero o parte sol, además de seleccionar adecuadamente los materiales de construcción. Estas acciones no impactan el costo de la construcción, producen ahorros considerables en el consumo de energía y disminuyen la generación de contaminantes.

Para establecer la orientación de la UNEME de Geriatria, así como la ubicación de los locales y sus acabados, es recomendable contar con información acerca de:

- Características de asoleamiento, se recomienda analizar sistemas de integración de energía solar como complemento de algunas aplicaciones como el precalentamiento de agua.
- Las variaciones climáticas, estacionales y anuales, para determinar los criterios de techumbres, materiales de acabados y adecuación para la temperatura interior de los locales.
- Las características de los vientos dominantes, para el mejor aprovechamiento de las corrientes de aire y las medidas de protección, para el exagerado incremento de dichas corrientes.
- Los requerimientos específicos de cada área o local, para establecer las necesidades de iluminación y de ventilación.
- La magnitud de la precipitación pluvial, para efecto de la construcción del desplante que permita la recolección del agua.

CAPÍTULO III

EQUIPAMIENTO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el uso de tecnologías en salud está directamente relacionado con la oferta de mejores servicios de atención médica proporcionados a la sociedad. Este beneficio, convierte la adquisición de tecnología médica en una inversión, sin embargo, si dicha tecnología no se utiliza y distribuye de manera óptima, el aprovechamiento de los recursos económicos no será eficiente.

La creación de nuevas unidades y el fortalecimiento de las ya existentes, generadas por la implementación de recientes programas de atención a la salud, provenientes de la transición epidemiológica y los patrones de salud, originan la necesidad de la actualización de los modelos de equipamiento médico que se han desarrollado, de tal manera que se asegure que las nuevas unidades cuenten con todos los requerimientos necesarios para su funcionamiento eficiente y efectivo, con la finalidad de que sean más resolutivas.

Lo anterior, ejemplifica la necesidad de contar con herramientas que brinden información y recomendaciones con base en la normatividad y lineamientos que sustenten la toma de decisiones para orientar la adquisición de nuevas tecnologías con la finalidad de conseguir su máximo rendimiento.

Por tal motivo, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) es el encargado de validar el modelo de equipamiento médico para la unidad propuesta, en donde se proporcionan los requerimientos mínimos indispensables y el desglose de la cantidad de equipo y mobiliario médico-administrativo por área o servicio de la propuesta.

OBJETIVO

Proponer el modelo de equipamiento para las Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría.

MÉTODO DE ELABORACIÓN

La metodología de elaboración de Modelos de Equipamiento Médico considera la integración de tecnologías médicas de vanguardia, que cumplan con las exigencias funcionales y finalidad de cada tipo de UNEME, en apego a principios y valores de ofrecer servicios de alta calidad técnica para satisfacer las expectativas de los usuarios, en el que el papel del equipamiento médico signifique apoyar a la optimización de la atención de los servicios de salud en el país.

Para la realización de Modelos de Equipamiento Médico se recopila información proporcionada por los expertos del área médica, técnica, económica, normativa, de fuentes relacionadas con infraestructura y equipamiento para brindar atención médica de especialidad.

La información se debe adecuar a las necesidades y los requerimientos del Programa Médico Arquitectónico, considerando durante el desarrollo del modelo la división entre el área administrativa y apoyo y el área de servicios de atención al paciente.

Es importante mencionar que la funcionalidad de los Modelos de Equipamiento Médico para cada tipo de unidad es el resultado del trabajo interinstitucional, donde se toman en cuenta herramientas de planeación, la intervención de los expertos en la materia, planos arquitectónicos, cartera de servicios, condiciones ambientales, ubicación y distribución funcional de la tecnología médica, así como recomendaciones prácticas, de forma que se integre un documento con información unificada.

CAPÍTULO IV.

PROTOTIPOS DE INTEGRACIÓN DE LOS MODELOS DE PLANTILLAS, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

INTRODUCCIÓN

Para poder prestar servicios de salud efectivos, seguros y que respondan a las expectativas de los usuarios, es indispensable contar con los insumos, equipos e infraestructura que los prestadores de servicios requieren para desarrollar sus labores. Por esta razón, es necesario seguir invirtiendo en innovaciones organizacionales, equipamiento y en la construcción de nuevas unidades de salud.

Estas inversiones requieren de un modelo de recursos para la planeación de la Unidad Médica. Este documento brinda los elementos necesarios a considerar en la integración de plantilla, infraestructura y equipamiento para la Unidad Médica de Especialidades.

La UNEME presta servicios ambulatorios de alta especialidad con la finalidad de disminuir la demanda y los costos de operación en los hospitales, así como ampliar la cobertura de los Servicios de Salud.

El documento contempla el desarrollo del modelo de la Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría.

A continuación se presenta a detalle la Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría. Para este tipo de unidad se desarrolla el antecedente e historial de su conformación, la función principal que desempeña y la forma de operarla en conjunto con la red asistencial a la que se configure. Así mismo, se dan a conocer los prototipos de plantillas, equipamiento e infraestructura con los referentes de precios actualizados al 2014.

a) UNIDAD DE ESPECIALIDAD MÉDICA (UNEME)

ANTECEDENTES

Las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME´s), surgieron como resultado de la clasificación de unidades contenida en el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS).

Las UNEME´s se definen como unidades de atención ambulatoria, que ofrecen servicios de especialidad y alta especialidad en ambientes no hospitalarios. Estos servicios están basados en procedimientos menos invasivos que reducen los riesgos y los tiempos de recuperación del paciente, facilitando así, la reincorporación del mismo a su vida familiar, social y laboral.

La creación de las UNEME´s responde a la necesidad de atender ciertos padecimientos en poblaciones con acceso restringido a servicios médicos especializados, ofreciendo servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los siguientes padecimientos: enfermedades crónicas no transmisibles y síndromes geriátricos, discapacidad, desnutrición, sobrepeso y obesidad, salud mental: deterioro cognitivo, demencia y depresión, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Cada UNEME puede estar constituida de manera flexible y contar con una administración y operación independiente. Por lo tanto, es importante resaltar, que el modelo que han desarrollado en el documento representa una guía para considerar los elementos involucrados en la construcción de nuevas unidades y para añadir, modificar o eliminar elementos en las unidades ya existentes, y así ser capaces de responder a las condiciones locales del ámbito de atención. Sin embargo, en el caso particular de la UNEME de Geriatría, la gestión autónoma no debe interpretarse como una operación aislada de la red de servicios en la que se inserta. El mantenimiento de la vinculación y el enlace con la red de servicios en el primer y segundo nivel es fundamental en la traducción efectiva de la atención integral y coordinada para la operación exitosa de la UNEME de Geriatría.

Los criterios metodológicos bajo los que se sustenta el desarrollo de UNEME de Geriatría son:

- Análisis sociodemográfico
- Análisis epidemiológico
- Estimaciones y proyecciones de recursos
- Análisis de necesidades por red de servicios
- Análisis de la infraestructura existente

OBJETIVO

Fortalecer la atención médico asistencial en las redes de servicios, que permitan incrementar la calidad en la atención a la población de las personas adultas mayores y acercar los servicios a las comunidades. Para ello, se ha considerado la incorporación de tecnologías de vanguardia para el diagnóstico, tratamiento de los servicios ambulatorios para racionalizar y desconcentrar la demanda de los hospitales.

Los objetivos específicos de la UNEME son:

- Mejorar las condiciones operativas de las Redes de Servicios de Salud.
- Fortalecer la capacidad resolutive y niveles de autosuficiencia de las Entidades Federativas y Organismos operadores.
- Acercar los servicios médicos a la población demandante.

Para fortalecer de manera eficaz las Redes de Servicios de Salud, se decidió priorizar aquellos padecimientos considerados de alto costo, alto impacto y de alta prevalencia, siguiendo los criterios metodológicos bajo los que se sustenta el desarrollo de la UNEME, este documento contempla el modelo geriátrico.

b) GERIATRÍA

ANTECEDENTES

La población de México está viviendo más y con mejores condiciones de salud. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012. En el mismo periodo, se ha producido una reducción importante de la mortalidad en prácticamente todos los grupos de edad. Los avances en el estado de salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Sin embargo, hay que reconocer que el fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias producen retos y cambios insoslayables en todos los ámbitos. Algunos retos particulares en los adultos mayores incluyen: mayor número de egresos hospitalarios en personas encima de los 60 años, mayor probabilidad de ser hospitalizados –riesgo de 2 a 3 veces mayor-, mayor consumo de recursos –los hogares consumen 50% más recursos en salud-, incremento en el costo de la atención –en relación directa a la carga de enfermedad y la edad-.

Más de la mitad de los adultos mayores de 60 años conserva la salud y no tiene discapacidad alguna, lo cual representa un valioso capital social y una oportunidad propicia para fortalecer las acciones de prevención dirigidas a mantener el mayor tiempo posible, a las personas de este grupo, libres de dependencia y con un estilo de vida activo y saludable que les permita insertarse con mayores ventajas en el dinamismo de su contexto social. Una fracción significativa del total (20%) se encuentra en condición de fragilidad, es decir, en la antesala de la discapacidad y la dependencia. Esta población constituye un grupo prioritario y también una oportunidad para la prevención, ya que esta entidad es susceptible de revertirse con intervenciones multimodales. Por otra parte, la cuarta parte de la población mayor padece alguna discapacidad y sufre las consecuencias de la morbilidad crónica acumulada. Representa además, la mayor proporción de la carga de la enfermedad que se deriva de este contingente y que corresponde a 25% del total nacional para todas las edades. Uno de cada 5 adultos mayores con discapacidad es totalmente dependiente, es decir, necesita ayuda permanente, por parte de un tercero, para su subsistencia. Es este grupo el que mayor beneficio obtendría del desarrollo de un modelo de atención centrado en la prevención y atención de la dependencia funcional y la mejora de la calidad de los servicios de salud a través del fortalecimiento de estándares de atención centrados en el adulto mayor, la continuidad de la atención y la descentralización de los servicios de especialidad.

Enfermedades crónicas no transmisibles y síndromes geriátricos

La mayor longevidad, en conjunto con una disminución significativa de la tasa de fecundidad en México se refleja en un envejecimiento poblacional. Esta transición demográfica en paralelo con estilos de vida no saludables (como el consumo de tabaco, alcohol y drogas

Ilícitas, el sedentarismo y la ingesta de dietas hipercalóricas) se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, sobrepeso y obesidad). Asimismo, y a consecuencia de que en el Sistema Nacional de Salud se ha privilegiado la atención médica reactiva sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y de la falta de corresponsabilidad de la población, estas enfermedades se están traduciendo en un incremento de la mortalidad y discapacidad. Aunado a lo anterior se reconoce que existen otras características que definen a la morbilidad geriátrica, como la multimorbilidad (2 o más enfermedades concomitantes), la presentación atípica y la proclividad al deterioro funcional, especialmente entre los más viejos. Siendo el riesgo de deterioro funcional mayor entre las personas con antecedente de eventos cerebrovascular o insuficiencia cardíaca, especialmente, entre los mayores de 80 años. La multimorbilidad grave (más de 5 afecciones concomitantes) se encuentra entre 7 y 10% de todas las personas mayores de 60 años, además conforme incrementan el número de enfermedades (independiente de la edad) aumenta la probabilidad de discapacidad, llegando casi hasta 80% en personas con más de 5 patologías concomitantes.

Los síndromes geriátricos (SG), tales como las caídas, el maltrato, la polifarmacia y los déficit neurosensoriales, son altamente prevalentes, multifactoriales y asociados a detrimento de la calidad de vida y de la funcionalidad. Los SG más frecuentes son: déficit visual (45% de los ancianos), auditivo (40%), ambos (28%), caídas (32%) y anorexia (22%). Todos estos síndromes se incrementan proporcionalmente con la edad y son más frecuentes que las enfermedades crónicas no transmisibles, ejemplo de ello es que la hipertensión arterial se encuentra en 44% de las personas ancianas y el déficit visual ocurre en 65% de los individuos del mismo grupo etario.

Discapacidad

Una persona con discapacidad presenta una limitación física, mental o cognitiva transitoria o permanente que le impide desarrollar sus actividades en la forma que se considera normal para un ser humano (INEGI 2010). De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en México la población con discapacidad ascendió a 5.1% y de esta 45% fueron adultos mayores de 60 años. Los dos principales tipos de discapacidad son los relacionados con la movilidad y la vista. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, el 16.4% de los hogares en México que tiene al menos un integrante con discapacidad, gasta el doble en cuidados a la salud que los hogares sin miembros discapacitados, erogando más en atención ambulatoria y en medicamentos sin receta.

En el grupo de las personas adultas mayores un 27% tiene algún tipo de discapacidad, de los cuales casi 60% es permanente, siendo la dificultad para caminar la más frecuente, aunado a que, por ser los de más edad, tienen menor probabilidad de contar con un trabajo remunerado. Los adultos mayores con discapacidad están expuestos a presentar más días de inactividad por motivos de salud: 3.73 días entre aquellos con algún tipo de discapacidad no permanente y 10.6 días si es permanente. Los hogares con al menos un adulto mayor con discapacidad gastan 3.9 veces más en consulta externa y 1.8 veces más en medicinas que los hogares sin discapacidad. Adicionalmente, el 40% de estos hogares incurre en gastos catastróficos

Las mejores medidas contra la discapacidad son la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de accidentes y enfermedades, así como una propia intervención médica resolutive de condiciones patológicas para reducir la aparición de complicaciones que generen secuelas. Una vez manifiesta, las personas con discapacidad requieren tratamientos de rehabilitación de largo plazo así como el uso de prótesis, ortesis y aparatos auxiliares diversos (sillas de ruedas, auditivos, visuales, etc.).

Desnutrición, sobrepeso y obesidad

El adulto mayor, además de enfrentar el riesgo de padecer obesidad y sobrepeso, puede sufrir mala nutrición por deficiencia de calorías, de proteínas o de micronutrientes. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que en los adultos mayores de 60 años y más las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron de 42.4% y 28.3% en sujetos de 60 a 69 años, las cuales disminuyen conforme avanza la edad. Siendo los porcentajes mayores en mujeres, en personas con niveles de bienestar alto y en población urbana.

La sarcopenia definida como la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento es un problema de salud y nutrición en los adultos mayores mexicanos. Así la masa muscular disminuye por desnutrición, sedentarismo y por enfermedades agregadas. Se reporta una masa muscular baja de 16.8% de 60 a 65 años edad, aumentando a 40% después de los 75 años edad, siendo más prevalente en mujeres y en población rural. La inseguridad alimentaria reportada en el ámbito nacional notifica que uno de cada tres hogares (27.7%) en donde habitan adultos mayores presento inseguridad alimentaria moderada o severa.

Salud mental: deterioro cognitivo, demencia y depresión

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica y progresiva, caracterizado por deterioro de funciones cognoscitivas y de la conducta, que ocasiona discapacidad y dependencia. Se estima que 8% de la población adulta mayor en México cursa con demencia (aproximadamente 800,000 casos) y un número similar con deterioro cognoscitivo no demencial. Por otro lado, más de un tercio (35.6%) de los adultos mayores mexicanos cursan con sintomatología depresiva clínicamente significativa (3.5 millones). Los padecimientos mentales son potencialmente incapacitantes y generadores de alto gasto socioeconómico y mala calidad de vida en quien los sufre y sus familias.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se encontró en general una tendencia a mayor prevalencia para todas las condiciones neuropsiquiátricas en las mujeres, área rural y nivel de escolaridad baja. Se mostró también un franco incremento asociado a mayor edad para deterioro cognoscitivo no demencial y demencia. En base a la información disponible de los problemas de salud mental en los adultos mayores que, situados a la luz de las transformaciones demográficas y epidemiológicas, deben recibir atención prioritaria, por sus consecuencias directas e indirectas, tanto para los pacientes y familiares, como para la sociedad y el sistema de salud del país.

La fragilidad

La fragilidad se asocia con síndromes clínicos reconocidos por la medicina geriátrica. Estos incluyen la pérdida de movilidad, caídas, delirium, incontinencia y polifarmacia. Los resultados de la ENASEM 2012 muestran que la fragilidad es una condición frecuente entre los ancianos mexicanos que viven en la comunidad y es un predictor independiente de la incidencia de discapacidad y muerte. Siendo los mayores de 75 años de edad y en especial los de más de 85 años de edad, los que tienen la peor salud y la mayor discapacidad (Aguilar et al., 2015).

La evidencia es reveladora sobre los beneficios de una intervención temprana y específica para prevenir o revertir los efectos adversos de la fragilidad. La identificación y el cuidado de la persona mayor frágil requieren de la intervención de diversos profesionales clínicos en los diferentes niveles de atención. Siendo así una responsabilidad sustancial, el planificar los servicios y su integración intersectorial, para satisfacer esta demanda prevista en entornos comunitarios y hospitalarios. El cuidado básico del AM frágil en la comunidad debe ser del ámbito del equipo de atención primaria, con una necesaria interfaz a servicios especializados en distintos niveles para los cuidados complejos que se hagan necesarios.

El Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018 hace referencia a la necesaria transición en el abordaje de la salud, pasar de un enfoque curativo a uno preventivo basado en estilos de vida saludable en todas las etapas de la vida. Específicamente en la estrategia 1.7 se establecieron 7 líneas de acción:

Estrategia 1.7: “Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores”:

- “1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
- 1.7.2. Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable.
- 1.7.3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos, osteoporosis y caídas.
- 1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.
- 1.7.5. Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores.
- 1.7.6. Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.
- 1.7.7. Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal cumplan con la corresponsabilidad en salud.”

Dicha política propone consolidar un programa de atención al adulto mayor fundamentado en la evaluación oportuna y sistemática para la prevención de la dependencia de este sector de la población, a través de la promoción de la salud, prevención y control de las principales enfermedades de mayor impacto funcional, previniendo el deterioro y la consecuente dependencia.

OBJETIVO

La Unidad de Especialidades Médicas de Geriatría tiene como objetivo ser un centro de enlace entre el primer nivel de atención y los servicios de hospitalización para brindar atención de alta especialidad a los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles y síndromes geriátricos, discapacidad, sobrepeso, obesidad, desnutrición, depresión, deterioro cognitivo y demencia; a través de un manejo integral e integrado, interdisciplinario, con las mejores prácticas clínicas basadas en evidencia científica y estándares internacionales de calidad y seguridad del paciente que permitan prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades de mayor impacto en este grupo poblacional.

Los objetivos específicos de la UNEME de Geriatría se refieren a:

1. Detección, tratamiento y control de las enfermedades de mayor impacto funcional.
2. Prevención y rehabilitación del deterioro físico, cognitivo y neuro-sensorial.
3. Disminuir los índices de hospitalización en la red sanitaria a la que suscribe la UNEME.
4. Integración socio sanitaria. Articular los recursos disponibles de la red sanitaria y de la comunidad en la que se suscribe la UNEME para brindar una atención integral e integrada, de calidad, ambulatoria y altamente resolutive.
5. Configurar la medicina geriátrica en la comunidad.
6. Ser una unidad innovadora donde inicie la atención domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria así como ser punto de partida en el desarrollo de programas de cuidados de largo plazo o servicios de cuidados paliativos en el adulto mayor que vive en comunidad.
7. Ser un centro de información y coordinación de los servicios para las personas mayores.
8. Brindar atención integrada y centrada en la persona adulta mayor.
9. Integrar a las unidades de cuidados geriátricos especializados que ya existen al modelo de atención y a la red de servicios de atención.
10. Implementar procesos de atención específicos para los adultos mayores, evaluados a través de la auditoria clínica. Proporcionar evaluación especializada y estandarizada en la atención del adulto mayor que vive en la comunidad, así como aquellos en transición de cuidados del hospital.
11. Tener vinculación directa con los servicios de atención primaria y servicios sociales comunitarios locales.

FUNCIONES

El funcionamiento de las Unidades de Especialidades Médicas de Geriátría depende del Instituto Nacional de Geriátría (INGER). El cual es responsable de definir, regular y normar la operación de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de impacto en la funcionalidad de las personas adultas mayores, para disminuir el riesgo de dependencia y brindar a la población una atención de calidad y equidad.

Las funciones de las UNEME's de Geriátría se reflejan a través de su modelo de atención integral y ambulatoria de alta especialidad:

1. Diagnóstico oportuno y tratamiento de los síndromes geriátricos, de las enfermedades crónicas no transmisibles, la mala nutrición, la depresión, del deterioro cognoscitivo y de la demencia.
2. Identificación y prevención de la discapacidad y dependencia
3. Rehabilitación física, neuropsensorial y cognoscitiva oportuna para pacientes en la comunidad y aquellos egresados de hospitales.
4. Integrar núcleos gerontológicos de atención primaria y comunitaria dentro de los programas de cuidados.
5. Maximizar la continuidad de la atención asegurando la comunicación efectiva.
6. Desarrollo de la evaluación y apoyo a distancia en la atención del AM.
7. Ser un centro donde la aplicación de tecnologías como la teleasistencia o telemedicina mejoren la atención del adulto mayor.
8. Contribuir a los programas de educación y formación de competencias para los profesionales y no profesionales que participan en el cuidado de las personas mayores.
9. Estratificar el riesgo temprano evitando la hospitalización y minimizando los daños posteriores.
10. Realizar una valoración geriátrica integral dirigida.
11. Participación de la familia, cuidadores y las personas mayores en los planes de cuidado.
12. Centrarse en la persona y atención digna.

Es una función básica de la UNEME de Geriátría el diagnóstico oportuno y tratamiento de los síndromes geriátricos, así como de las enfermedades crónicas, implementando acciones para una atención integral e interdisciplinaria resolutoria que contenga la carga de enfermedades prevalente; en los adultos mayores a través de las evaluaciones especializadas de geriatría, gerontología, odontología, nutrición, psicología, trabajo social, medicina física y rehabilitación; otorgándose de manera oportuna la detección, diagnóstico, tratamiento específico y referencia oportuna de los pacientes una vez valorados. Dichas evaluaciones se basaran en modelos específicos para el adulto mayor siendo confiables y de fácil aplicación clínica, que faciliten el seguimiento y control de los problemas de salud encontrados.

Llevar a cabo la identificación y prevención de algún tipo de discapacidad y dependencia, especialmente en grupos de alto riesgo; para ello se realizara el tamizaje de riesgo y la detección de limitación física, mental o cognitiva transitoria o permanente con lo cual, se realizarán las acciones de manejo con los servicios especializados otorgando las mejores medidas de promoción, prevención e intervención médica resolutive que reduzcan su aparición. Se otorgarán a las personas con discapacidad y dependencia, tratamientos de rehabilitación de corto, mediano y largo plazo.

Otorgar oportunamente rehabilitación física, neurosensorial y cognoscitiva derivada de las evaluaciones integrales del adulto mayor con el fin de limitar la discapacidad o dependencia y limitar la aparición de secuelas o complicaciones, es uno de los fines de mayor impacto de la UNEME de Geriatria en la población. Los tratamientos de rehabilitación así como el uso de prótesis, órtesis y aparatos auxiliares diversos, podrán ser recomendados acorde a los diagnósticos encontrados y otorgarse por un corto, mediano y largo plazo a cada paciente. Prevenir y reducir la prevalencia de mala nutrición como factor de riesgo para el adulto mayor, en los que se encuentran: desnutrición, obesidad, deficiencia de macro-micronutrientes, sarcopenia y anemia, es fundamental para una atención integral donde es necesario la participación familiar y el apoyo de programas sociales.

Atención prioritaria, oportuna e integral de la depresión, del deterioro cognoscitivo y de la demencia en el adulto mayor por sus consecuencias directas e indirectas, tanto para los pacientes y familiares. Para ello se otorga consulta especializada de geriatría, gerontología, psicología, trabajo social, medicina física y rehabilitación. Contando con la sala de usos múltiples, donde realizaran las actividades de interacción, lúdicas, recreativas, educativas y todas aquellas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia; así mismo aquí podrán integrarse los grupos de ayuda que requiera la población.

La referencia y contrarreferencia al segundo y tercer nivel de atención se llevará a cabo de forma oportuna cuando se detecta un caso que requiere de tratamiento médico especializado en algún hospital y que por la capacidad instalada de la UNEME de Geriatria no sea factible su resolución en la unidad. Así mismo la UNEME de Geriatria deberá otorgar seguimiento a todo aquel adulto mayor que fue dado de alta del medio hospitalario para brindar continuidad de la atención y reducir el riesgo de hospitalización, así como la aparición de complicaciones, principalmente aquellas con repercusión directa sobre la independencia y funcionalidad del paciente.

La integración de núcleos gerontológicos son necesarios para un desarrollo integral con los centros de atención primaria, el fin común es la vigilancia de salud gerontológica, orientación familiar para el cuidado de los ancianos en el hogar, la adaptación y desarrollo social gerontológico con actividades de recreación, desarrollo psicosocial y adaptación ocupacional. Su meta es implantar las acciones de autocuidado, ayuda mutua y autogestión de los adultos mayores en la familia y comunidad.

Introducir, difundir y capacitar en lo relacionado a la educación geriátrica y gerontológica en la población general, adultos mayores, y personal de salud con el fin esencial de modificaciones de conducta que impacten de manera positiva en beneficio de toda la población envejeciente y envejecida.

Atención de enlace

El propósito de la UNEME de Geriatría es la función de enlace conformada por un equipo multidisciplinario especializado en la atención geriátrica, para satisfacer las necesidades de la persona mayor que se encuentra en la comunidad y requiere de atención médica ambulatoria de especialidad. Para el adulto mayor como usuario habitual de los servicios ambulatorios y hospitalarios, se tiene previsto que todas las unidades de atención ambulatoria sirvan de enlace a través de conocer el manejo y los cuidados preventivos y de atención, en todo el personal multidisciplinario que se encuentra en las unidades de atención y que garantice la satisfacción a sus necesidades.

Atención centrada en la persona y servicios integrados

La atención centrada en la persona y los servicios integrados buscan lograr en la persona adulta mayor, poder llevar una vida independiente, con dignidad, integrado en la comunidad el mayor tiempo posible evitando o retrasando la aparición del deterioro funcional, la dependencia y discapacidad. Considerando no solo a la salud física del individuo con el seguimiento y control de las enfermedades a través de la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación; sino además considerando a la persona en sus necesidades, experiencia y preferencias, así como contexto en el cual se encuentra a nivel de su vida cotidiana, familia o comunidad donde se desenvuelve diariamente.

La atención integrada requiere de múltiples factores para su éxito es por ello que, buscamos que las unidades de atención médica ambulatoria y hospitalaria se coordinen de tal manera que ofrezcan un servicio que proporcione soporte durante todo el continuo de atención dentro y fuera de las diferentes unidades de atención, así como a nivel de la atención social y comunitaria. Donde los AM sean evaluados holísticamente a través de la valoración geriátrica integral para la identificación de necesidades y poder planificar la atención. Ofreciendo integralmente una atención centrada en la persona, llevando la gestión de casos de manera exitosa, apoyando la capacitación participativa, y favoreciendo un envejecimiento dentro la comunidad o domicilio de los AM.

La organización de servicios de salud en la comunidad requiere de la UNEME de Geriatría, como el primer paso para los servicios integrales para el AM, primordialmente fortaleciendo la atención primaria y cuyo cuidado integral deberá mejorarse con el paso del tiempo hasta lograr desarrollar igualmente la atención domiciliaria, la atención hospitalaria aguda especializada, la rehabilitación especializada, el hospital de día, los cuidados transicionales y los cuidados de largo plazo.

Los componentes básicos contemplados incluyen una ventanilla única de atención para la priorización y acceso rápido a los servicios, consulta externa, rehabilitación ambulatoria, extensión de servicios gerontológicos a la comunidad y clínicas especializadas. Así mismo ser el engrane de interfaz en la red para una mayor integración con los servicios comunitarios, de atención ambulatoria, servicios hospitalarios locales y la alta especialidad (hospitalaria o ambulatoria).

Las personas mayores y sus familias esperan servicios de alta calidad, apropiados, accesibles, eficientes y competentes para responder a las necesidades específicas de esta población. Por ello este modelo se basa en principios que responden a las necesidades de cuidados en la comunidad y en el sector hospitalario para proporcionar atención de alta calidad para las personas adultas mayores. La organización, configuración y suministro de estos servicios puede variar acorde a las características de las regiones en la red de servicios de salud.

Para la planificación de los servicios y poder satisfacer las necesidades de las personas mayores, la evaluación geriátrica integral es fundamental, pues identifica aquellos con síndromes particulares como las caídas, el delirium, la demencia, la polifarmacia y la inmovilidad, o criterios específicos para grupos particulares de pacientes (Welsh et al., 2014). Siendo además una herramienta indispensable en la identificación y priorización de la atención. Así mismo, es la base de la investigación para mejorar la identificación de la persona mayor con síndromes geriátricos o la fragilidad específicamente. Por lo anterior, es necesario que sea integrada en la práctica clínica de forma estandarizada, para homologar criterios en la selección de pacientes de una manera integral y con demostrados beneficios al implementar este tipo de evaluación; la cual se realizará de forma selectiva basada en la estratificación por riesgo y no de manera indiscriminada.

El Modelo describe la vía para el acceso y continuidad de la atención en el ámbito comunitario y hospitalario, proporcionando información sobre la capacidad instalada y del equipo multidisciplinario especializado en geriatría. En él, se establece como principio rector la atención centrada en la persona para una prestación de servicios con calidad donde el trayecto de vida del adulto mayor es considerado para su cuidado de forma integral.

Acceso a los servicios de la UNEME de Geriatría

En la actualidad los adultos mayores tienen múltiples puntos de encuentro con los servicios sociales y de salud. Sin embargo y a pesar de ser considerada como población vulnerable, no se cuenta con las herramientas que permitan identificar sus necesidades y los potenciales riesgos que pueden comprometer su funcionalidad y por lo tanto favorecer la dependencia.

Es importante partir de la premisa de la búsqueda de casos a través de un enfoque oportunista en programas de vacunación, visita domiciliaria y ferias de promoción de la salud del AM, así como en otros programas específicos de atención social, como los de pensiones (ejemplo de ello, cuando acudan a recibir los programas de atención social, las visitas domiciliarias de vacunación y en cada encuentro con personal de salud cuando se busca satisfacer necesidades específicas del AM) y la ventanilla de acceso única para personas AM para evaluación de necesidades específicas. En un determinado momento de su vida, muchas personas AM requieren atención, será crucial en esta fase, la identificación de las necesidades de la persona AM y poder determinar cuáles pueden ser satisfechas, a qué plazos, de qué manera, dónde y por quién.

Enfoque oportunista

En este punto se implementará la realización de un instrumento de fácil aplicación por personal no especializado en contacto con el AM. El uso de cuestionarios está plenamente validado con el fin de identificar de manera oportunista aquellos AM con potenciales discapacidades moderadas a graves, con el fin de remitirlos para una evaluación más completa. Los cuestionarios deberán estar validados y enfocados a identificar la discapacidad, una vez que se lleva a cabo la aplicación y se identifica, posteriormente se referirá para su evaluación de manera integral y oportuna al AM en los puntos de ventanilla única. Este procedimiento de búsqueda de casos, se podría incluir en el examen de salud de las personas AM, durante la campaña anual de vacunación contra la influenza, así como en el trámite de ingreso al programa de pensión para adultos mayores.

La evaluación inicial deberá realizarse en cada punto de encuentro y deberá ser aplicado, por el personal que tiene contacto con las personas AM; dicho personal deberá estar previamente capacitado y tener pleno conocimiento del programa, así como del instrumento específico a aplicar. Al identificar a los AM con riesgo, deberá conocer la ubicación de la ventanilla de acceso única de personas AM, para una evaluación de necesidades con el fin de que sea remitido a la brevedad con el instrumento respectivo aplicado.

Ventanilla de atención única

Lo que se busca implementar en este punto de acceso, implica al sector salud y los servicios sociales (hospitales, centros de salud, programas de desarrollo social, servicios locales de atención al AM, cuidados residenciales, unidades de rehabilitación, apoyo alimenticios, etc.) en un entorno intersectorial e interprofesional. La configuración de un punto de acceso integrado denominado Ventanilla de Atención Única (VAU) requiere se tenga pleno conocimiento de todos los servicios de salud y atención social a los cuales puede tener acceso el AM, priorizando accesibilidad, disponibilidad y satisfacción de necesidades específicas. Esta VAU estará imprescindiblemente instalada en todas las unidades de atención ambulatoria y hospitalaria y de acuerdo a las posibilidades locales o regionales podrá tenerse en otros sitios distintos y llevando los lineamientos generales establecidos.

El objetivo de una VAU es facilitar la oportunidad de acceso a las redes locales de servicios para AM mediante la entrega de información y asistencia a los usuarios a través de rutas claras de ingreso a la red asistencial en salud. Así mismo, se busca asegurar la continuidad de la atención posterior al egreso de los servicios hospitalarios y de cuidados requeridos a nivel domiciliario; permitiendo al personal activar directamente los recursos y servicios disponibles, donde las personas AM y su familia ejerzan sus derechos como sujetos activos y participativos.

Los beneficios para las personas AM, su familia y cuidadores al acudir a la VAU: obtención de información sistemática sobre sus derechos, salud, servicios sociales, servicios de apoyo y asesoramiento específico asistido (por ejemplo, procedimientos de acceso con ayuda a los usuarios y remitiéndolos a los servicios correspondientes). Los puntos de VAU también proporcionarán una evaluación de las personas mayores frágiles y sus familias realizadas por enfermería o gerontología, necesarios para activar los procedimientos de acceso adecuados a un equipo de evaluación multidisciplinaria y de servicios especializados. Los usuarios también pueden acceder de forma dirigida a una atención integrada al AM entre hospitales, centros de salud, programas de desarrollo social, servicios locales de atención, cuidados residenciales, unidades de rehabilitación, apoyo alimenticios, etc. Los procesos de atención involucran al equipo multidisciplinario, quienes serán los elementos clave para la gestión comunitaria y hospitalaria. Estos procesos deberán facilitar los movimientos de las personas AM y funcionar como elementos integradores de la información, permitiendo la recolección, procesamiento, estudio y difusión de los registros generados por la atención de los AM, los resultados de este proceso propiciarán la conexión puntual con la red de servicios sociales y de salud.

Procesos de atención a pacientes

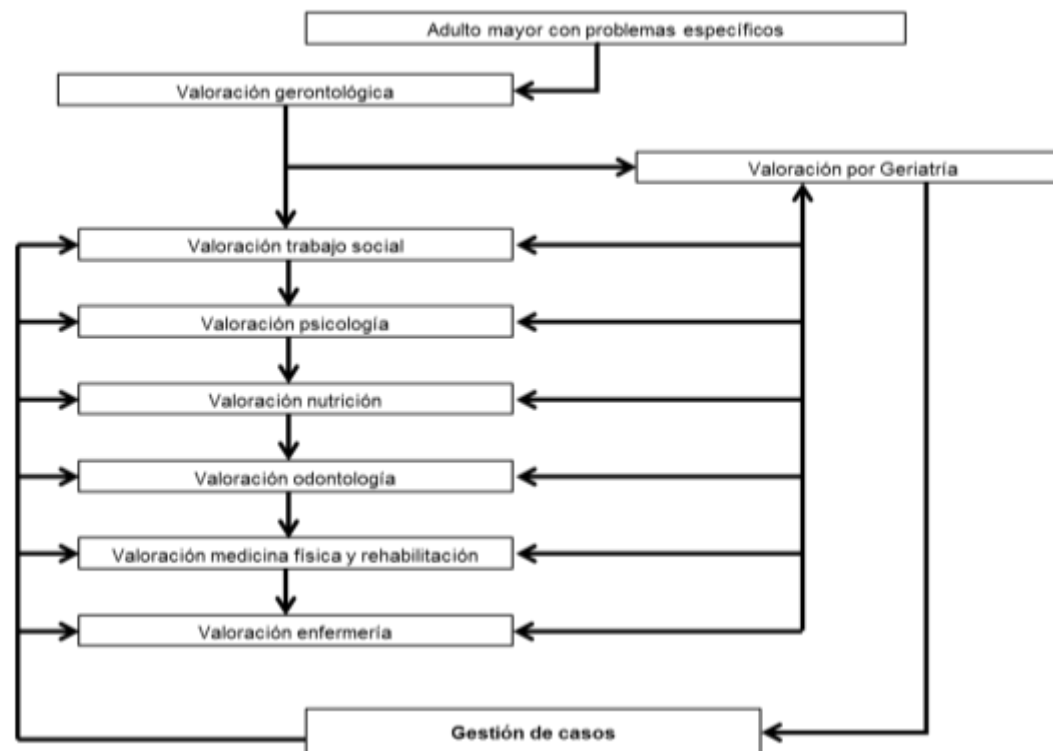
Una vez ingresados los pacientes AM en la UNEME de Geriatría las necesidades deben ser evaluadas y revisadas a intervalos regulares para identificar y proveer los procedimientos correctos de atención, así como asegurar un buen desempeño entre los servicios de ingreso y los servicios de evaluación de necesidades.

La articulación de estas necesidades de atención para AM en los servicios, se brindará por un equipo multidisciplinario, quienes colaboran para diagnosticar, tratar y rehabilitar, con el fin común de mejorar los resultados y reducir la necesidad de atención institucional en el corto, mediano y largo plazo. Este sistema se implementará para entregar resultados adecuados a un menor costo en el cuidado de personas AM, en especial aquellos pacientes frágiles.

Para ello se plantea un abordaje a través:

- Una evaluación multidisciplinaria con la valoración geriátrica integral acorde a necesidades y profundidad de abordaje.
- El uso de herramientas, instrumentos y protocolos de atención específicos con probada evidencia científica de respaldo.
- El seguimiento con la gestión de casos acorde a las necesidades específicas detectadas en los ejes clínicos, en la búsqueda de integrar en estos pacientes la atención social y de salud en la comunidad de forma interdisciplinaria e intersectorial.

Procesos atención general UNEME de Geriatria



Fuente propia diseño por INGER

*Revisar modelos de atención UNEME de Geriatria del INGER.

Vía y tipo de cuidados

El objetivo es planificar y llevar a cabo un plan integral de tratamiento, rehabilitación, apoyo y seguimiento a largo plazo del AM; de manera oportuna, eficiente y proporcional a su grado de necesidad. Para llevar a cabo estas vías de evaluación se plantea realizar un plan de cuidados en cuatro distintas vías para cada tipo como son: paciente sin necesidad de atención especializada ni cuidados prioritarios, paciente con necesidad de cuidados especializados específicos o cuidados pos egreso hospitalario, paciente con necesidad de cuidados mediana complejidad y pacientes con necesidad de cuidados alta complejidad.

Evaluación multidisciplinaria

Entenderemos como evaluación multidisciplinaria o "valoración geriátrica integral" (VGI) al proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para determinar las condiciones médicas, de salud mental, capacidad funcional y de las circunstancias sociales.

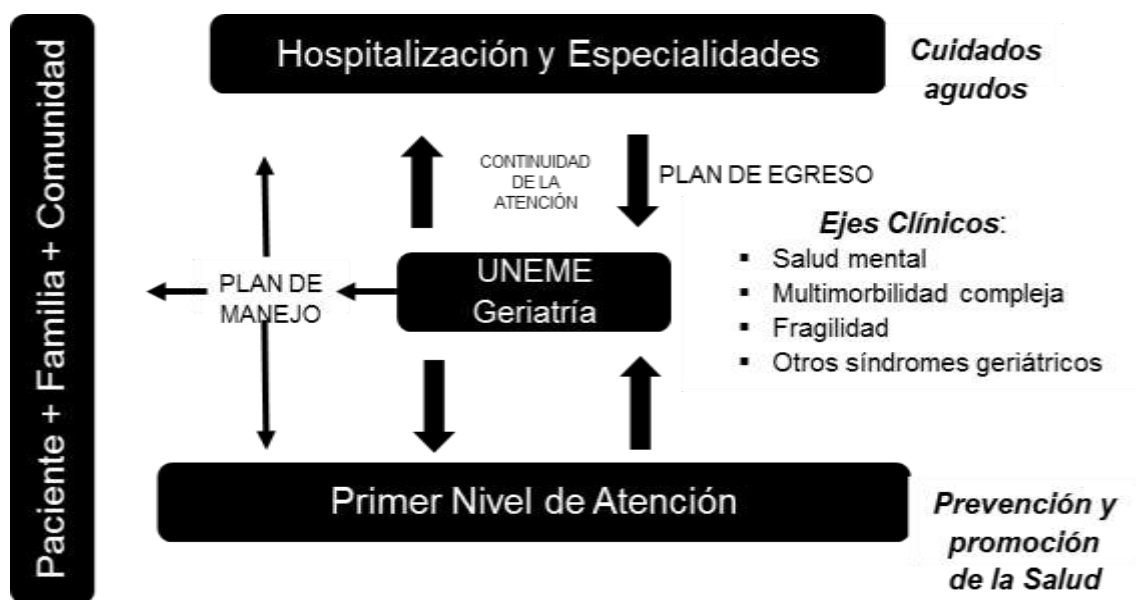
El objetivo es desarrollar y llevar a cabo un plan coordinado, estandarizado e integrado para el tratamiento, la rehabilitación, el apoyo y seguimiento a largo plazo del AM. La VGI al ser un proceso de evaluación individual estandarizado, busca potenciar que el paciente AM quede como eje central del proceso, así como su familia o cuidadores cuando sea necesario. Se integrará por tres niveles de evaluación, buscando se establezca como política de cada uno de los establecimientos que implementen el modelo. Las evaluaciones podrán ser generales, específicas o integrales; con cada nivel de evaluación se determinarán los problemas específicos así como el sitio de atención y seguimiento a realizar. Las evaluaciones se realizan de manera objetiva con herramientas estandarizadas, diseñadas para identificar la presencia o gravedad de un problema o necesidad, y servir como parámetro de referencia, algunas de ellas para, saber que tan eficaces han resultado las intervenciones. Debemos siempre considerar que esta evaluación tendrá una frecuencia acorde al contexto y situación específica del AM así como a los criterios referidos en los ejes clínicos de atención y de gestión de casos.

El trabajo interdisciplinario e interinstitucional con la red asistencial de servicios

La evaluación geriátrica integral permite obtener un panorama completo del estado de salud del adulto mayor con una visión holística. Constituye, a la vez, el punto de partida para realizar intervenciones y tomar decisiones sobre el manejo del mismo. Idealmente el manejo del adulto mayor debe consistir en un ciclo de evaluación, planeación, intervención y reevaluación.

Posterior a realizar la evaluación geriátrica integral, debe integrarse un plan de atención o plan de cuidados con la aportación de todos los miembros del equipo multidisciplinario. Dicho plan de cuidados funciona como la guía rectora para las intervenciones a realizarse en el paciente adulto mayor, y permite que todos los miembros del equipo multidisciplinario actúen bajo los mismos principios y con los mismos objetivos, independientemente de la naturaleza de su participación.

Proceso de atención interinstitucional en relación de la unidad con el resto de la red asistencial



Fuente propia diseño por INGER

La atención orientada por ejes clínicos.

Se sustenta en la evidencia del agrupamiento de los padecimientos en las personas adultas mayores, constituyendo grupos de enfermedades o condiciones con comportamientos similares y posiblemente con implicaciones de pronóstico. El paradigma del modelo de atención vigente en la actualidad es la atención orientada por guías de práctica clínica diseñadas para entidades patológicas individuales. Sin embargo, la evidencia científica sugiere que la atención orientada por guías de práctica clínica es potencialmente dañina para los adultos mayores, resultando en

prescripciones contradictorias, polifarmacia, confusión para los pacientes, eventos adversos relacionados al tratamiento y pobre control de las enfermedades. La atención orientada por ejes clínicos permitirá abordar con enfoque apropiado a grupos de sujetos con condiciones similares, sin caer en el paradigma de guías de práctica clínica orientadas por patología. Mediante la agrupación de condiciones de salud en ejes clínicos, es posible dirigir las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y paliativas de una manera que se ajuste a las necesidades del usuario según sus características, siempre sin olvidar el abordaje integral, multidisciplinario y centrado en la persona y su entorno.

El gestor de casos.

La consecución de la calidad en la atención al adulto mayor, requiere de la convergencia de un equipo multidisciplinario cuyos miembros actúen de manera oportuna, coordinada y en sintonía con el plan de cuidados previamente establecido. El equipo multidisciplinario será coordinado por el gestor de casos. Es conveniente que el equipo multidisciplinario se reúna por lo menos una vez por semana para discutir los casos nuevos y el seguimiento de casos seleccionados por su complejidad u otras particularidades. En cada sesión los casos nuevos serán presentados por el médico que realizó la valoración geriátrica y el resto de los miembros del equipo multidisciplinario emitirán a continuación sus opiniones, diagnósticos y propuestas de tratamiento. El miembro asignado como gestor para el caso que se esté tratando recogerá todas las impresiones relevantes, los acuerdos y las propuestas de manejo, e integrará un plan de cuidado que a su vez será revisado y aprobado por todos los miembros del equipo. Para el seguimiento de casos el encargado de presentarlos será el gestor asignado. Al cumplir 12 semanas de manejo en la unidad, cada caso deberá ser reevaluado para definir su permanencia o referencia a otro nivel de atención. Esta evaluación deberá repetirse posteriormente cada 6 meses.

Para concluir, el envejecimiento de la población requiere de respuestas decisivas en su trayectoria para poder brindar servicios integrados. Implica ver a los AM como personas con necesidades, preferencias, contexto en el cual viven y se desarrollan. Siendo necesaria la organización de los servicios ambulatorios y hospitalarios de manera integral que garantice la continuidad de la atención en cualquier etapa o condición de salud que curse el AM. Los cambios son múltiples dirigidos a mejorar el modelo de atención vigente. Estos reajustes requieren de la formación de equipos multidisciplinario, el desarrollo de competencias de medicina geriátrica en el personal que brinda atención al AM, tener un sistema de información confiable que permita dar continuidad de la atención al AM en los servicios ambulatorios y hospitalarios, contar con espacios de atención y comunidades amigables con el AM, incluir al envejecimiento saludable en la trayectoria del AM, y por último deberemos poder alinear la atención médica y social ya que ambas dan frente a múltiples condiciones del AM, con lo cual se podrá hacer la tan necesaria integración y coordinación de los servicios ambulatorios, hospitalarios y de la comunidad para un modelo de atención integral hacia el adulto mayor.

Sala de terapia física y rehabilitación.

La rehabilitación es el conjunto de procedimientos de atención médica encaminados a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades de la vida diaria⁹. Este espacio está integrado por dos componentes, el área de rehabilitación física donde se da especial atención a los individuos que presenten específicamente problemas motores, derivados de accidentes o de problemas congénitos específicos y rehabilitación social donde se brindan tratamientos al paciente que no necesariamente tiene problemas motores sino que requiere tratamiento para su incorporación a las actividades de la vida diaria.

- **Electroterapia.** La electroterapia consiste en la utilización de corrientes eléctricas aplicadas al paciente con fines terapéuticos a través de electrodos. La corriente pasa de un electrodo a otro estimulando fibras nerviosas y originando efectos analgésicos, relajantes, estimulantes y espasmolíticos. En esta sección los pacientes reciben tratamientos por medio de aparatos eléctricos (electroestimulación) en diversas características: diatermia, luz ultravioleta, rayos infrarrojos, corrientes interferenciales, etc.
- **Sección de ultrasonoterapia.** La terapia ultrasónica consiste en la aplicación de ondas ultrasónicas a través de un transductor, cuyo cabezal puede ser de diferentes superficies y frecuencias. La aplicación del ultrasonido favorece las modificaciones en la velocidad de la síntesis proteica desempeñando un papel importante en la estimulación de la reparación de los tejidos.
- **Sección de laserterapia.** Se tienen equipos de media y baja potencia, mismos que tienen gran aplicación en la medicina por la variedad de efectos biológicos que produce su interacción con los tejidos. Los más utilizados han sido los que emiten en la porción visible del espectro de las radiaciones electromagnéticas y en la porción del infrarrojo.
- **Sección de hidroterapia.** La hidroterapia trata a los pacientes utilizando tratamientos a base de agua, ya sea fría o caliente, dependiendo del tratamiento. (En esta sección los aparatos de uso más común son los tanques de remolino para extremidades superiores, para extremidades inferiores, tinas de cuerpo entero, ya sea rectangulares o tipo Hubbard (en forma de mariposa), tanque terapéutico, baños de parafina, compresores para compresas calientes y frías).
- **Sección de mecanoterapia.** En esta sección, tipo gimnasio, se ponen rutinas de ejercicios personalizados a cada paciente, encaminados a mejorar funcionalidad motriz, habilidades manuales, fuerza muscular, coordinación, etc. Para realizar estos tratamientos, se dispone de una sala equipada tipo gimnasio.

⁹ NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

El área de rehabilitación social es un módulo, en el cual se incorpora la opción de brindar tratamiento al paciente que no necesariamente tiene problemas motrices, sino aquel paciente que requiere tratamiento para su incorporación a las actividades de la vida diaria, ya sea motrices por secuelas de alguna enfermedad o problemas de lenguaje y audición.

- Sección de terapia ocupacional y de la vida diaria. Esta sección incorpora instalaciones similares a las de una casa con aditamentos o accesorios especiales para personas con discapacidad física, como pueden ser barandales o rampas, muebles de baño a alturas especiales, cocina, etc.
- Terapia psicológica. En el caso de existir, serán objeto de programas particulares.
- Terapia de lenguaje. Manejo de adultos con problemas de audición, voz y habla, así como retraso o dificultad en la adquisición del lenguaje y habilidades de comunicación, proporcionándoles un manejo terapéutico integral.

PLANTILLA

PLANTILLA						
Tipo de servicio	Servicio	Área	Descripción genérica del puesto	Cant.	Mat.	Vesp.
Servicio administrativo / médico administrativo	Dirección	Vestibulo	No aplica	-	-	-
		Dirección	Director	1	1	-
		Apoyo administrativo	Asistente de la dirección	2	1	1
		Administración	Administrador	1	1	-
	Informática	Informática y sistemas	Técnico de informática	1	1	-
		Site	No aplica	-	-	-
	Recursos materiales	Almacén	Técnico en almacén	1	1	-
	Servicios generales y mantenimiento	Mantenimiento	Personal de mantenimiento	1	1	-
		Intendencia	Personal de intendencia	-	-	-
		RPBI	No aplica	-	-	-
	Vigilancia	Vigilancia	Vigilancia	-	-	-
	Consulta externa	Sanitarios personal H/M	No aplica	-	-	-
		Archivo clínico electrónico	Archivista	3	2	1
		Clínica de heridas	Lic. Enfermería	6	3	3
		Consultorio de nutrición	Lic. Nutrición	2	1	1
		Consultorio de estomatología	Lic. Odontología	4	2	2
		Trabajo social	Lic. Trabajo social	3	1	1
		Consultorio de psicología	Lic. Psicología	2	1	1
		Consultorio de geriatría	Médico especialista en Geriatría	2	1	1

Tipo de servicio	Servicio	Área	Descripción genérica del puesto	Cant.	Mat.	Vesp.
Servicios de atención al paciente	Consulta externa	Consultorio de gerontología	Lic. en Gerontología	2	1	1
		Ventanilla de atención única	Valoración	2	1	1
		Consultorio de medicina física y rehabilitación	Médico especialista en medicina física y rehabilitación	2	1	1
		Sala de terapia física y rehabilitación	Técnico en fisioterapia	6	3	3
		Farmacia	Técnico de farmacia	2	1	1
		Sala de espera general	No aplica	-	-	-
		Sanitario público H/M	No aplica	-	-	-
		Sala de usos múltiples	No aplica	-	-	-
TOTAL				43	25	17

PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO

UNEME DE GERIATRÍA			
Listado de componentes	Cant.	m2	m2/total
1. ACCESO			
Vestíbulo	1	45.78	45.78
Sala de espera	1	175.36	175.36
Ventanilla de atención única	1	17.70	17.70
Sanitarios públicos hombres	1	17.39	17.39
Sanitarios públicos mujeres	1	17.95	17.95
Subtotal			274.18

2. ÁREA DE ATENCIÓN			
Consultorio de estomatología	1	17.69	17.69
Consultorio de gerontología	1	17.86	17.86
Consultorio de geriatría	1	17.86	17.86
Consultorio de psicología	1	17.86	17.86
Consultorio de nutrición	1	17.86	17.86
Consultorio de medicina física y rehabilitación	1	17.86	17.86
Sala de terapia física y rehabilitación			
Mecanoterapia	1	35.32	35.32
Parafinas y compresas	1	5.12	5.12
Electroterapia	1	4.64	4.64
Clínica de heridas básica	1	17.86	17.86
Trabajo social	1	7.08	7.08
Subtotal			159.32

3. ÁREA DE APOYO			
Archivo clínico	1	14.84	14.84
Farmacia	1	15.23	15.23
Sala de usos múltiples	1	32.79	32.79
Subtotal			62.86

4. ÁREA DE SERVICIOS			
Mantenimiento (Servicios generales) Incluye R.P.B.I.	1	15.40	15.40
Almacén	1	13.80	13.80
Intendencia (Aseo)	2	3.62/1.56	5.18
Sanitarios del personal hombres	1	1.55	1.55
Sanitarios del personal mujeres	1	1.55	1.55
Vigilancia	1	3.30	3.30
Subtotal			40.78

5. ÁREA DE GOBIERNO			
Oficina del director	1	15.30	15.30
Sanitario	1	1.55	1.55
Apoyo administrativo	1	2.28	2.28
Administración	1	10.77	10.77
Informática y sistemas	1	7.89	7.89
Site	1	3.79	3.79
Subtotal			41.58

RESUMEN

RESUMEN DE SUPERFICIES A CUBIERTO

SUPERFICIE EN M²

1. Acceso	274.18
2. Área de atención	159.32
3. Área de apoyo	62.86
4. Área de servicios	40.78
5. Área de Gobierno	41.58
SUBTOTAL	578.72
CIRCULACIONES	134.03
TOTAL	712.75

MATRIZ DE RELACIÓN

Gráfico de filas y columnas que permite organizar cierto número de datos en un formato de manera que puedan relacionarse estos entre sí, en los cuales se colocan todos los espacios que conforman el proyecto arquitectónico.

El análisis de relaciones es un método de inducción lógica que permite aclarar las razones y la importancia relativa de esta cercanía. ¿Por qué una debe estar cerca de otra? Las razones pueden ser diversas:

- Por la frecuencia.
- La complejidad.
- Porque comparten recursos, etc.

Relación necesaria: Es la relación indispensable entre dos o más espacios, implica una dependencia total de un espacio con otro, sin el primero no funciona el segundo; Condición: los espacios con este tipo de relación NUNCA se deben de separar.

Relación deseable: En este tipo de relación la **dependencia no es total** y la **proximidad de los espacios es solamente “deseable”** o conveniente, los espacios funcionan sin necesidad de la presencia del otro. Condición: Estos espacios pueden estar separados por otro espacio.

Relación inexistente: Cuando no existe ningún tipo de relación entre los espacios.

Nota Importante: en la matriz de relaciones no se colocan espacios de circulación.

ÁREA		DE ACCESO			DE ATENCIÓN CONSULTORIO										DE APOYO			DE SERVICIOS						DE GOBIERNO				
		Vestíbulo	Sala de espera	Sanitarios públicos	Ventanilla de atención única	Gerontología	Nutrición	Estomatología	Psicología	Geriatría	Medicina física y rehabilitación	Sala de terapia física y rehabilitación	Clínica de heridas	Trabajo social	Archivo clínico	Farmacia	Sala de usos múltiples	Matenimiento (servicios generales)	Almacén	RPBI	Intendencia (aseo)	Sanitarios del personal	Vigilancia	Oficina del director	Administración	Apoyo administrativo	Informática y sistemas	Site
DE ACCESO	Vestíbulo		3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	0	1	0	0	0	0	2	0	3	2	1	1	0	0
	Sala de espera	3		3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	1	2	0	0	0	2	0	3	2	1	1	0	0
	Sanitarios públicos	2	3		2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	2	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0
DE ATENCIÓN CONSULTORIO	Ventanilla de atención única	2	3	2		2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	1	1	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0
	Gerontología	3	2	1	2		2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Nutrición	3	2	1	2	2		2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Estomatología	3	2	1	2	2	2		2	2	2	1		1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Psicología	3	2	1	2	2	2	2		2	2	1	2	1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Geriatría	3	2	1	2	2	2	2	2		2	1	3	1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Medicina física y rehabilitación	3	2	1	2	2	2	2	2	2		3	2	1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Sala de terapia física y rehabilitación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3		2	1	1	1	1	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0
	Clínica de heridas	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2		1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0
	Trabajo social	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	3	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0

ÁREA		DE ACCESO			DE ATENCIÓN CONSULTORIO										DE APOYO			DE SERVICIOS						DE GOBIERNO				
		Vestíbulo	Sala de espera	Sanitarios públicos	Ventanilla de atención única	Gerontología	Nutrición	Estomatología	Psicología	Geriatría	Medicina física y rehabilitación	Sala de terapia física y rehabilitación	Clínica de heridas	Trabajo Social	Archivo clínico	Farmacia	Sala de usos múltiples	Servicios generales	Almacén	RPBI	Aseo	Sanitarios del personal	Vigilancia	Oficina del director	Administración	Asistente del director	Informática	Site
DE APOYO	Archivo clínico	0	0	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0
	Farmacia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0
	Sala de usos múltiples	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	0	0	0	2	0	1	2	1	1	0	0
DE SERVICIOS	Matenimiento (Servicios Generales)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	0	0
	Almacén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	0	0
	RPBI	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Intendencia (aseo)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	1	2	2	2	0	0
	Sanitarios del personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	1	2	2	2	0	0
	Vigilancia	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	1	0	0
DE GOBIERNO	Oficina del director	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	3	3	1	0
	Administración	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	3	0	3	1	0
	Apoyo administrativo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	3	3	0	1	0
	Informática y sistemas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3
	Site	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0

SIMBOLOGÍA	VALOR A	RELACIÓN
	3	DIRECTA: Comunicación física directa para efectuar correctamente su función.
	2	INDIRECTA: Comunicación física próxima.
	1	RELATIVA: Comunicación existente sin importar su ubicación.
	0	NO RECOMENDABLE: No debe existir relación física con el fin de obtener el correcto funcionamiento.

INFRAESTRUCTURA (PLANO)



UNEME DE GERIATRÍA

EQUIPAMIENTO

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
DIRECCIÓN	OFICINA DIRECCIÓN	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			s/c 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			s/c 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora b/n	1.00	2,129.91	2,129.91
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.268.0052	Credenza de madera	2.00	5,007.67	10,015.34
			511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
			511.339.0958	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
	APOYO ADMINISTRATIVO	BIENES DE APOYO	511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
			522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			s/c 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			s/c 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
			511.339.0958	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
DIRECCIÓN	ADMINISTRACIÓN	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
		511.268.0052	Credenza de madera	2.00	5,007.67	10,015.34	
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
			511.339.0958	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
511.814.0101	Silla para visitas		2.00	464.79	929.58		
FARMACIA	FARMACIA	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.026.0378	Anaqueles de guarda	3.00	3,526.37	10,579.11
			511.026.0444	Anaqueles fijo de 45 cm	1.00	3,804.59	3,804.59
			515.957.0232	Vitrina de 90 cm contra muro	2.00	1,334.41	2,668.82
			511.339.0206	Escritorio	1.00	2,641.98	2,641.98
		511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34	
MOBILIARIO CLINICO	533.787.0181	Refrigerador para laboratorio uso rutinario 14 pies cúbicos	1.00	110,715.96	110,715.96		
INFORMÁTICA Y SISTEMAS	INFORMÁTICA Y SISTEMAS	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	2.00	5,544.99	11,089.98

*No es facultad de CENETEC la revisión de mobiliario de tipo administrativo, equipo de informática, aparatos electrodomésticos, y bienes de servicios generales.

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
INFORMÁTICA Y SISTEMAS	INFORMÁTICA Y SISTEMAS	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
			511.339.0958	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
SITE	SITE	BIENES DE APOYO	S/C 840	Servidor para almacenamiento de imágenes y ECE	1.00	45,000.00	45,000.00
			522.580.0100	Computadora de escritorio (Servidor para expediente clínico y para información hospitalaria)	2.00	8,827.50	17,655.00
			S/C	Equipo de conmutador	1.00	0.00	0.00
ALMACÉN	ALMACÉN	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	2.00	5,544.99	11,089.98
			511.026.0337	Anaqueles de 7 entrepaños	4.00	3,644.99	14,579.96
			511.026.0410	Anaqueles de carga pesada	1.00	2,343.67	2,343.67
			519.315.0017	Escalera de tijera de 3 peldaños	1.00	854.80	854.80
			511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
			511.339.0206	Escritorio	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	2.00	5,544.99	11,089.98
			513.621.1892	Mesa de trabajo	2.00	2,000.00	4,000.00
			S/C 1002	Arco para segueta	2.00	196.00	392.00

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO	BIENES DE APOYO	S/C 1005	Caja de herramientas	2.00	320.00	640.00
			S/C 1011	Cautín tipo pistola	2.00	485.00	970.00
			S/C 1019	Esmeril eléctrico de banco	2.00	649.00	1,298.00
			S/C 1030	Juego de desarmadores	2.00	54.50	109.00
			S/C 1034	Juego de limas	2.00	114.00	228.00
			S/C 1024	Juego de llaves españolas	2.00	74.00	148.00
			S/C 1036	Juego de llaves stillson	2.00	238.00	476.00
			S/C 1049	Martillo de uña	2.00	124.00	248.00
			S/C 1054	Pinzas de electricistas	2.00	147.00	294.00
			S/C 1056	Pinzas de mecánico	2.00	64.00	128.00
			S/C 1067	Prensa de banco	2.00	1,256.00	2,512.00
			S/C 1074	Taladro Manual	2.00	2,544.00	5,088.00
			511.109.0055	Banco alto	2.00	278.33	556.66
			511.814.0101	Silla	4.00	464.79	1,859.16
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
INTENDENCIA	ASEO	BIENES DE APOYO	517.013.0057	Alacena alta de 90 cm	1.00	890.14	890.14
			519.160.0104	Carro aseo forma tijera	1.00	847.69	947.69
VIGILANCIA	VIGILANCIA	BIENES DE APOYO	S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.0206	Escritorio	1.00	5,641.98	5,641.98

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
VIGILANCIA	VIGILANCIA	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	519.196.0052	Casillero 2 puertas	1.00	1,216.62	1,216.62
			511.814.0291	Silla giratoria secretarial	1.00	845.04	845.04
			513.810.0051	Silla de ruedas plegables	6.00	3,237.13	19,422.78
ARCHIVO CLÍNICO	ARCHIVO CLÍNICO ELECTRÓNICO	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.026.0337	Anaquele de 7 entrepaños	2.00	3,644.99	7,289.98
			511.232.0022	Cesto para papeles	1.00	181.34	181.34
			511.339.0206	Escritorio	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	2.00	5,544.99	11,089.98
CLÍNICA DE HERIDAS	ENTREVISTAS / EXPLORACIÓN	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.0958	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CLÍNICA DE HERIDAS	ENTREVISTAS / EXPLORACIÓN	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00	0.00	0.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	1.00	5,544.99	5,544.99
			513.130.0054	Báscula con estadímetro	1.00	8,277.53	8,277.53
			531.862.0052	Termómetro infrarrojo que permite medir la temperatura del cuerpo humano por acercamiento a la piel en diversas partes	2.00	122.15	244.30
			531.345.0016	Glucómetro	2.00	6,119.04	12,238.08
			513.621.2429	Mesa para exploración universal (altura variable)	1.00	29,802.05	29,802.05
			531.116.0369	Esfigmomanómetro anerolde portátil	2.00	2,168.58	4,337.16
			531.375.0126	Estetoscopio de cápsula doble	1.00	2,545.00	2,545.00
	CURACIONES	EQUIPO MÉDICO	370.206.4001	Cinta métrica	1.00	130.88	130.88
			533.787.0181	Refrigerador para laboratorio uso rutinario 14 pies cúbicos	1.00	110,715.96	110,715.96
			531.562.1457	Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica	1.00	4,594.83	4,594.83
			531.295.1162	Estuche de diagnóstico hospitalario	1.00	11,394.11	11,394.11
		INSTRUMENTAL	S/C 420	Set de instrumental para curación	3.00	18,493.91	55,481.73
			S/C 674	Set de instrumental para retirar puntos	3.00	1,140.52	3,421.56
			S/C 675	Set de instrumental para sutura	3.00	20,964.61	62,893.83
		MOBILIARIO CLÍNICO	513.108.0052	Banco giratorio con respaldo	1.00	1,467.33	1,467.33
			513.191.0308	Carro de curaciones	1.00	4,764.24	4,764.24
			513.352.0105	Escalerilla de dos peldaños	1.00	650.96	650.96
			513.360.0022	Estante guarda estéril 90 cm	1.00	3,820.50	3,820.50
			513.621.1405	Mesa Mayo	1.00	1,959.78	1,959.78

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CLÍNICA DE HERIDAS	CURACIONES	MOBILIARIO CLÍNICO	513.634.0030	Negatoscopio (doble)	1.00	2,567.69	2,567.69
			531.862.0052	Termómetro infrarrojo que permite medir la temperatura del cuerpo humano por acercamiento a la piel en diversas partes	1.00	477.00	477.00
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
		EQUIPO MÉDICO	513.191.0803	Carro camilla transfer	2.00	22,728.01	45,456.02
			531.619.0403	Monitor de signos vitales (básico)	2.00	235,000.00	470,000.00
			531.295.1162	Estuche de diagnóstico hospitalario	1.00	11,394.11	11,394.11
			531.329.0032	Electrocardiógrafo multicanal (3 canales 12 derivaciones)	1.00	105,226.09	105,226.09
				Autoclave, olla de presión o esterilizador eléctrico de operación manual	1.00		
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00		
			511.026.0378	Anaqueles de guarda	1.00	3,526.37	3,526.37
CONSULTORIO	NUTRICIÓN	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTORIO	NUTRICIÓN	EQUIPO MÉDICO	513.130.0054	Báscula con estadímetro	1.00	8,277.53	8,277.53
			370.206.4001	Cinta métrica	1.00	130.88	130.88
			531.678.0013	Plicómetro	1.00	14,149.94	14,149.94
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.1014	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
			513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00	0.00	0.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	1.00	5,544.99	5,544.99
	ESTOMATOLOGÍA	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
		EQUIPO MÉDICO	S/C 1014	Compresora de aire, portátil	2.00	855.00	1,710.00
			531.291.0028	Unidad estomatológica con módulo integrado	2.00	320,486.00	640,972.00
			531.341.2305	Unidad radiológica dental	1.00	75,850.00	75,850.00
			531.385.1080	Esterilizador de vapor autogenerado dental y maxilofacial	1.00	255,710.80	255,710.80
			531.807.0017	Selladora térmica para bolsas de esterilización	1.00	92,655.99	92,655.99
		INSTRUMENTAL	S/C 909	Odontología, set de	2.00	934,244.89	1,868,489.78
			531.032.0055	Amalgador y dosificador estomatológico	2.00	2,443.05	4,886.10

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTORIO	ESTOMATOLOGÍA	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	513.887.0059	Torundero de 250 cm³ con tapa	2.00	112.09	224.18
			511.339.1014	Escritotio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
			513.138.0056/51 9.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00		
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	1.00	5,544.99	5,544.99
			513.360.0022	Estante guarda estéril 90 cm	1.00	3,820.50	3,820.50
			515.619.0877	Mesa alta con respaldo 120 cm	1.00	2,284.20	2,284.20
			513.108.0268	Banco giratorio con respaldo	2.00	949.10	1,898.20
ÁREA	TRABAJO SOCIAL	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	2.00	8,827.50	17,655.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
			S/C 381	Regulador de voltaje	2.00	846.00	1,692.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	2.00	1,860.18	3,720.36
			511.814.0101	Silla para visitas	4.00	464.79	1,859.16
			519.695.0058	Pizarrón magnético 150 cm	2.00	924.90	1,849.80
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	2.00	5,544.99	11,089.98
			513.138.0056/51 9.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	2.00		
			511.339.1014	Escritotio modular 150 cm	2.00	5,641.98	11,283.96

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTORIO	PSICOLOGÍA	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.1014	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
			513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00		0.00
		MOBILIARIO CLÍNICO	513.219.0017	Diván	1.00	1,955.10	1,955.10
	GERIATRÍA	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	3.00	8,827.50	26,482.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	3.00	846.00	2,538.00
			S/C 922	Teléfono	3.00	500.00	1,500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	3.00	2,129.91	6,389.73
		EQUIPO MÉDICO	513.130.0054	Báscula con estadímetro	3.00	8,277.53	24,832.60
			513.621.2429	Mesa para exploración universal	3.00	29,802.05	89,406.14
			531.116.0369	Esfigmomanómetro aneroide portátil	3.00	2,168.58	6,505.73
			531.375.0126	Estetoscopio de cápsula doble	3.00	2,545.00	7,635.00
			531.295.1162	Estuche de diagnóstico hospitalario	3.00	11,394.11	34,182.33
			513.567.0106	Lámpara de pie rodable	3.00	6,664.76	19,994.28
			513.634.0030	Negatoscopio (doble)	3.00	2,567.69	7,703.07

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTORIO	GERIATRÍA	INSTRUMENTAL	S/C	Caja con tapa para soluciones desinfectantes	2.00		0.00
			513.618.0710	Martillo percusor	2.00	2,877.80	5,755.60
			513.887.0059	Torundero de 250 cm³ con tapa	2.00	112.09	224.18
			531.862.0052	Termómetro infrarrojo que permite medir la temperatura del cuerpo humano por acercamiento a la piel en diversas partes	2.00	477.00	954.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.1014	Escritorio modular 150 cm	2.00	5,641.98	11,283.96
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	2.00	1,860.18	3,720.36
			511.814.0101	Silla para visitas	4.00	464.79	1,859.16
			513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	2.00		0.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	2.00	5,544.99	11,089.98
		MOBILIARIO TELEMEDICINA		Equipo de video conferencia		0.00	0.00
				Videogradora		0.00	0.00
				Televisor con entrada de video		0.00	0.00
				Cámara fotográfica		0.00	0.00
		MOBILIARIO CLÍNICO	513.108.0102	Banco giratorio	3.00	1,517.13	1,517.13
			513.123.0244	Banqueta de altura	3.00	527.54	527.54
			S/C 001	Bote para RPBI	3.00	37.77	37.77
			513.360.0022	Estante guarda estéril 90 cm	3.00	3,820.50	3,820.50
			513.621.1405	Mesa mayo	3.00	1,959.78	1,959.78

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTORIO	GERONTOLOGÍA considerara el espacio de marcha de mínimo lineal 6 m	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
		EQUIPO MÉDICO	S/C	Dinamómetro	1.00	0.00	0.00
			S/C 872	Cartilla de Snellen	1.00	342.00	342.00
			S/C	Audiómetro para screen portátil	1.00	80,781.00	80,781.00
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.1014	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	4.00	464.79	1,859.16
		MOBILIARIO CLÍNICO	513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00		0.00
			S/C	Silla con descansabrazos	1.00	0.00	0.00
	DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTORIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	EQUIPO MÉDICO	513.130.0054	Báscula con estadiómetro	1.00	8,277.53	8,277.53
			513.621.2429	Mesa para exploración universal	1.00	29,802.05	29,802.05
			531.116.0369	Esfigmomanómetro aneroide portátil	1.00	2,168.58	2,168.58
			531.375.0126	Estetoscopio de cápsula doble	1.00	2,545.00	2,545.00
			564.002.0987	Espejo para valorar postura.	1.00	3,126.73	3,126.73
			535.461.0122	Goniómetro.	1.00	92.80	92.80
			531.698.0019	Plantoscopio	1.00	2,360.21	2,360.21
			564.002.1084	Plomada para valorar postura.	1.00	440.80	440.80
			531.295.1162	Estuche de diagnóstico hospitalario	1.00	11,394.11	11,394.11
			513.567.0106	Lámpara de pie rodable	1.00	8,141.16	8,141.16
			513.634.0030	Negatoscopio (doble)	1.00	2,569.69	2,569.69
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.1014	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
			513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00		0.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	1.00	5,544.99	5,544.99
		MOBILIARIO CLÍNICO	513.108.0102	Banco giratorio	1.00	1,242.00	1,242.00
			513.123.0244	Banqueta de altura	1.00	527.54	527.54
			513.360.0022	Estante guarda estéril 90 cm	1.00	3,820.50	3,820.50
			513.621.1405	Mesa mayo	1.00	1,959.78	1,959.78

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ÁREA DE REHABILITACIÓN	MOBILIARIO CLÍNICO	564.002.0086	Andadera sin asiento	1.00	3,013.77	3,013.77
			564.002.0219	Andadera.	1.00	1,914.00	1,914.00
			519.051.0262	Atril	1.00		0.00
			564.002.0631	Banda sin fin con rutinas programadas	1.00	139,342.68	139,342.68
			564.002.0862	Bandas elásticas	1.00	1,324.94	1,324.94
			531.107.0139	Baño con remolino fijo.	1.00	41,531.78	41,531.78
			531.107.0022	Baño de parafina en fisioterapia.	1.00	67,593.53	67,593.53
			564.002.0920	Barras paralelas fijas para deambulaci3n	1.00	10,468.67	10,468.67
			564.002.0979	Barras suecas (espalderas)	1.00	4,147.25	4,147.25
			564.002.0573	Bicicleta ergométrica	1.00	91,506.11	91,506.11
			564.002.0904	Bicicleta para extremidades superiores.	1.00	214,987.41	214,987.41
			220.030.0412	Colch3n de poliuretano	1.00	15,668.02	15,668.02
			531.222.0014	Compresas calientes o frias, unidad de	1.00		0.00
			531.218.0119	Conos de plástco	1.00	19,952.00	19,952.00
			513.263.0046	Cuña de relajaci3n.	1.00	1,733.00	1,733.00
			531.304.0072	Dinam3metro de bulbo graduado (este equipo esta en consultorio de gerontología)	1.00	7,325.28	7,325.28
			531.380.0103	Electroestimulador de alto voltaje, corriente pulsátil y detecci3n.	1.00	8,564.00	8,564.00
			531.380.0806	Electroestimulador neuromuscular de bajo voltaje y corrientes diadinámicas	1.00	33,956.31	33,956.31
			531.107.0170	Equipo de fluidoterapia para miembros inferiores.	1.00	92,476.11	92,476.11

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ÁREA DE REHABILITACIÓN	MOBILIARIO CLÍNICO	564.002.1159	Equipo de láser terapéutico para rehabilitación.	1.00	51,840.15	51,840.15
			531.343.0174	Ergómetro para miembros inferiores	1.00	134,457.42	134,457.42
			531.343.0182	Ergómetro para miembros superiores.	1.00	134,457.42	134,457.42
			564.002.0433	Escalera con rampa y barandal	1.00	16,841.78	16,841.78
			564.002.0540	Escalerilla de madera.	1.00	5,008.75	5,008.75
			564.002.0466	Espejo de una sección	1.00	3,057.88	3,057.88
			564.002.0854	Estación de trabajo para actividades cognitivas	1.00	124,195.00	124,195.00
			531.350.0109	Flexoextensor para movilización continua y pasiva de cadera y rodilla *	1.00	58,000.00	58,000.00
			535.461.0122	Goniómetro	1.00	92.80	92.80
			564.002.1175	Helper	1.00	1,300.00	1,300.00
			564.002.0722	Juego de balones de plástico	1.00	2,784.00	2,784.00
			564.002.0342	Juego de cilindros de poliuretano	1.00	9,051.84	9,051.84
			564.002.0714	Juego de pelotas de gel	1.00	2,864.81	2,864.81
			564.002.0730	Juego de pelotas de unicel	1.00	394.40	394.40
			564.002.0102	Juego de pesas tipo mancuerna	1.00	9,694.35	9,694.35
			564.002.0615	Juego de polainas	1.00	166.13	166.13
			564.002.0565	Mesa de madera	1.00	5,352.98	5,352.98
			564.002.1050	Mesa kanavel.	1.00	14,415.60	14,415.60
			564.002.1068	Muleta tipo canadiense	1.00	1,796.00	1,796.00

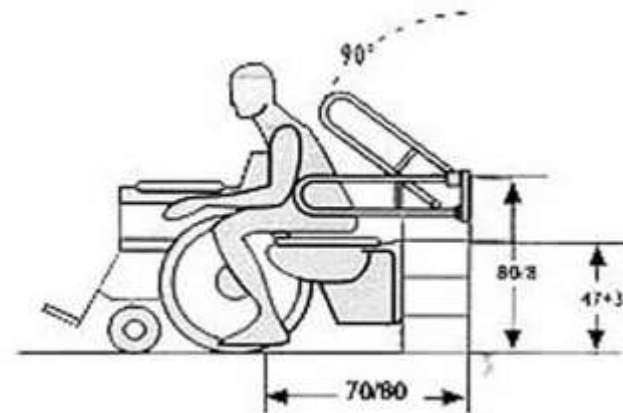
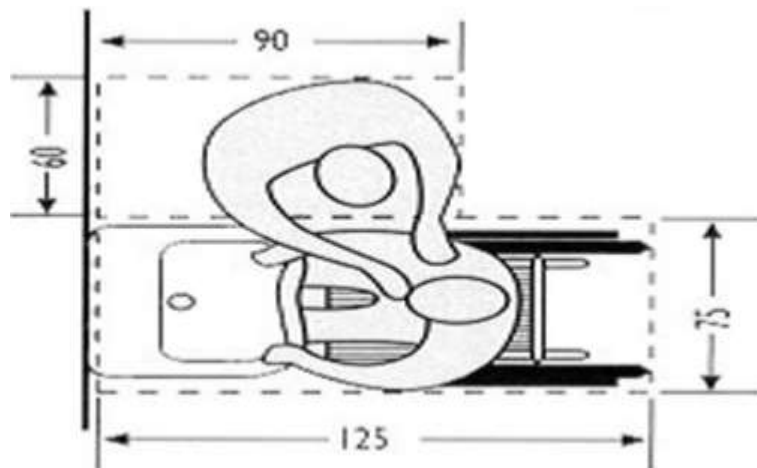
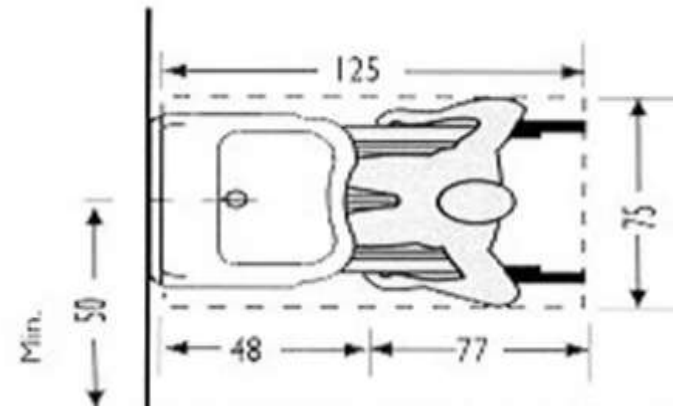
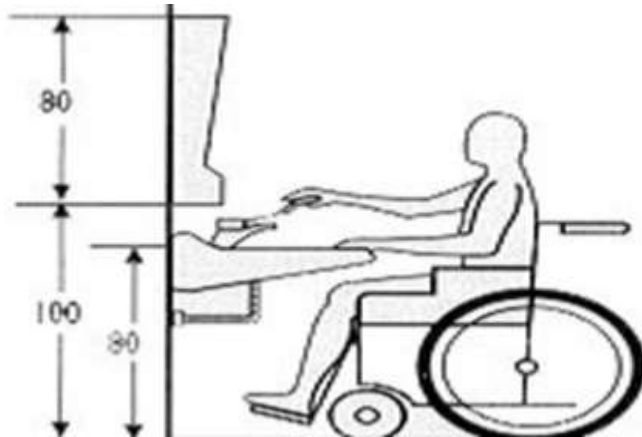
*No indispensable pero si deseable.

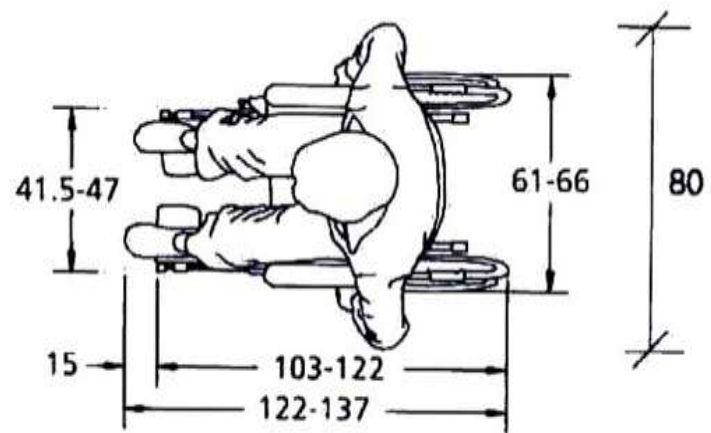
ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ÁREA DE REHABILITACIÓN	MOBILIARIO CLÍNICO	564.002.0128	Muletas de metal.	1.00	363.00	363.00
			531.698.0019	Plantoscopio	1.00	2,360.21	2,360.21
			564.002.1084	Plomada para valorar postura.	1.00	374.00	374.00
			564.002.1100	Rueda para ejercicio de brazo y hombro.	1.00	11,031.57	11,031.57
			564.002.1118	Silla con asiento ajustable	1.00	29,754.00	29,754.00
			564.002.1274	Sistema de soporte para entrenamiento de marcha	1.00	12,117.94	12,117.94
			564.002.0821	Tablero semicircular	1.00		0.00
			564.002.0839	Tubos elásticos	1.00	600.00	600.00
			564.002.0037	Colchón para gimnasio modular	2.00	9,860.00	19,720.00
			564.002.0342	Juego de cilindros de poliuretano	1.00	9,051.84	9,051.84
			564.002.1092	Poleas dobles fijas a la pared	1.00	12,125.71	12,125.71
			531.107.0022	Baño de parafina en fisioterapia	1.00	67,593.53	67,593.53
			531.223.0021	Unidad de compresas frías	1.00	21,829.28	21,829.28
			531.222.0014	Compresas unidad de	1.00	20,631.83	20,631.83
			S/C	Escalerilla para dedos	1.00	650.96	650.96
			511.076.0708	Archivero 2 gavetas	1.00	7,697.38	7,697.38
			513.108.0102	Banco giratorio	3.00	1,517.13	4,551.39
			531.616.5066	Mesa de tratamiento fisiátrico	1.00	16,704.14	16,704.14
			531.923.0305	Ultrasonido terapéutico unidad de	1.00	48,951.74	48,951.74

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ÁREA DE FÍSICA Y REHABILITACIÓN	MOBILIARIO CLÍNICO	531.380.0137	Estimulador neuromuscular de corriente interferencial, sin sistema de vacío. (Equipo de electroterapia)	1.00	38,093.19	38,093.19
			564.002.0334	Barras paralelas	1.00	287,583.63	287,583.63
			564.002.0243	Rueda para ejercicios de hombro	1.00	3,892.24	3,892.24
			564.002.0326	Bicicleta fija	1.00	91,507.33	91,507.33
			564.002.0987	Espejo para valorar postura	1.00	3,126.73	3,126.73
			513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	3.00	0.00	0.00
VENTANILLA ÚNICA		BIENES DE APOYO	522.580.0100	Computadora de escritorio	1.00	8,827.50	8,827.50
			S/C 381	Regulador de voltaje	1.00	846.00	846.00
			S/C 922	Teléfono	1.00	500.00	500.00
			522.470.0228	Impresora B/N	1.00	2,129.91	2,129.91
		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.339.1014	Escritorio modular 150 cm	1.00	5,641.98	5,641.98
			511.836.0287	Sillón giratorio de respaldo alto	1.00	1,860.18	1,860.18
			511.814.0101	Silla para visitas	2.00	464.79	929.58
			513.138.0056/ 519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	1.00	0.00	0.00
			511.076.0351	Archivero de 4 gavetas	1.00	5,544.99	5,544.99
		MOBILIARIO CLÍNICO	513.108.0102	Banco giratorio	1.00	1,517.13	1,517.13
			513.123.0244	Banqueta de altura	1.00	527.54	527.54
			S/C 001	Bote para RPBI	1.00	37.77	37.77
			513.360.0022	Estante guarda estéril 90 cm	1.00	3,820.50	3,820.50
			513.621.1405	Mesa mayo	1.00	1,604.37	1,604.37

ÁREA	LOCAL	TIPO DE BIEN	CLAVE DE CUADRO BÁSICO	DESCRIPCIÓN DE CUADRO BÁSICO	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
SALA DE ESPERA		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	S/C 833	Monitor de 40" (monitor de 26" o mayor, sistema de telemedicina)	1.00	2,835.00	2,835.00
			529.803.0056	Reproductor de DVD y MP3	4.00	2,000.00	8,000.00
			513.138.0056/519.132.0059	Bote sanitario con pedal o campana	10.00	0.00	0.00
			519.104.0103	Banca tandem 4 lugares	10.00	3,434.78	34,347.80
SALA DE USOS MÚLTIPLES		MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	511.619.1080	Mesa sala usos múltiples	6.00	1,100.00	6,600.00
			525.752.0576	Proyector audiovisual	1.00	6,000.00	6,000.00
			525.682.0050	Pantalla fija techo a pared retractil	1.00	4,000.00	4,000.00
			511.076.0708	Archivero 2 gavetas	1.00	7,697.38	7,697.38
		MOBILIARIO CLÍNICO	S/C	Sillas geriátricas	40.00	0.00	0.00

ANEXO 1
FIGURAS ILUSTRATIVAS

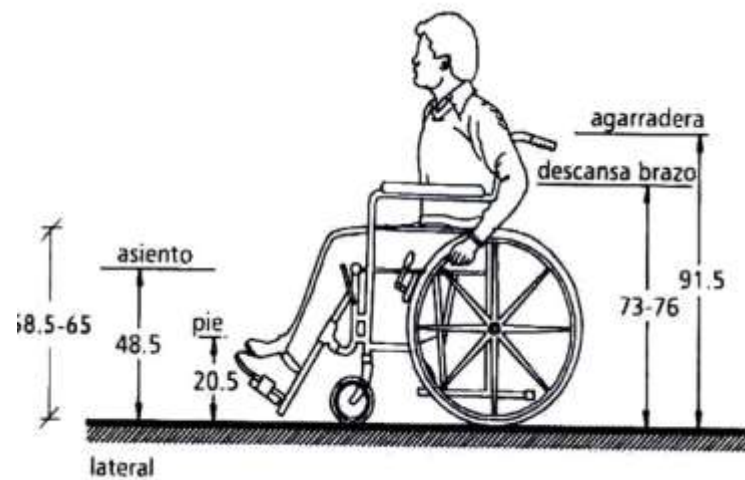




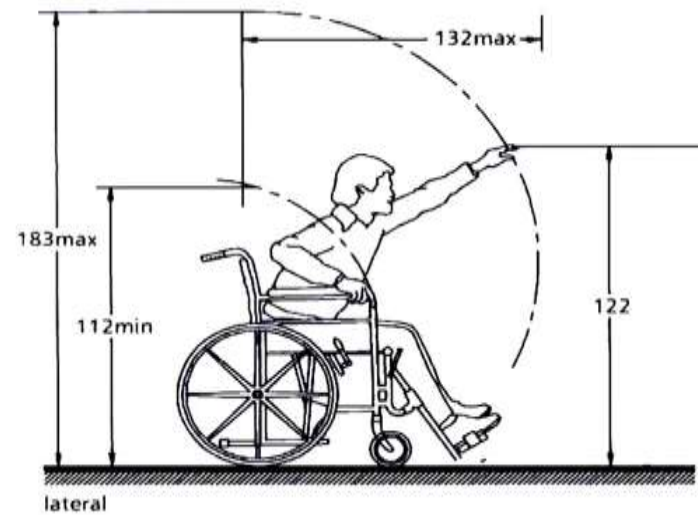
planta



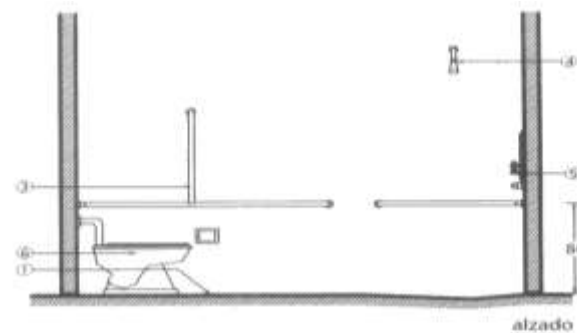
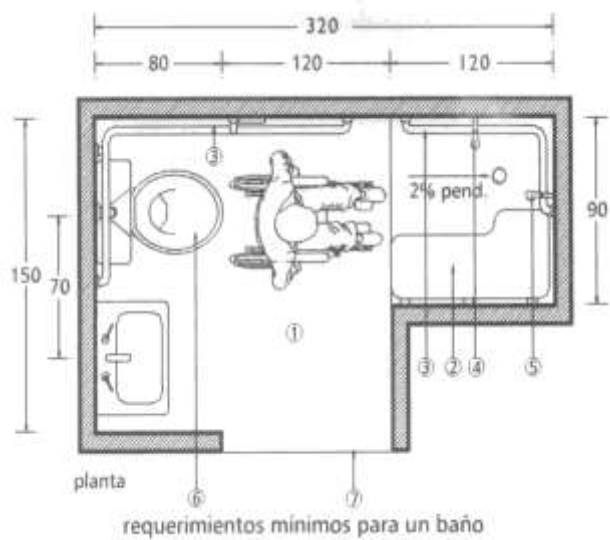
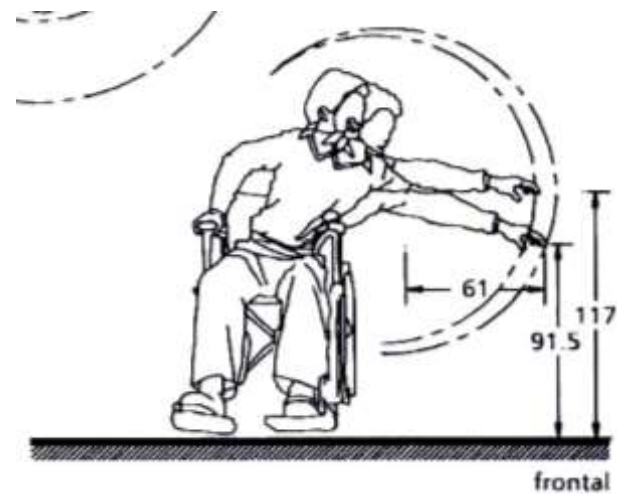
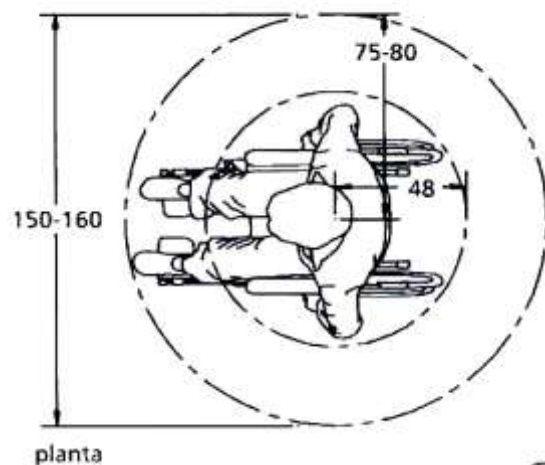
frontal



lateral

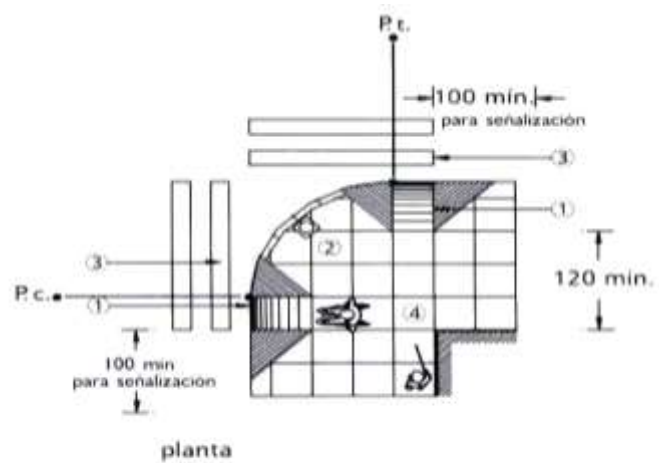


lateral

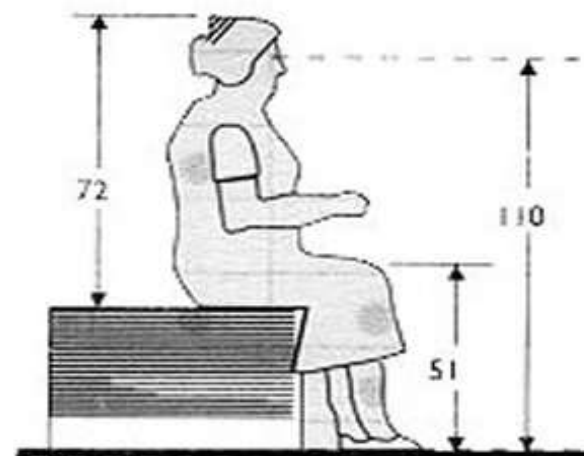
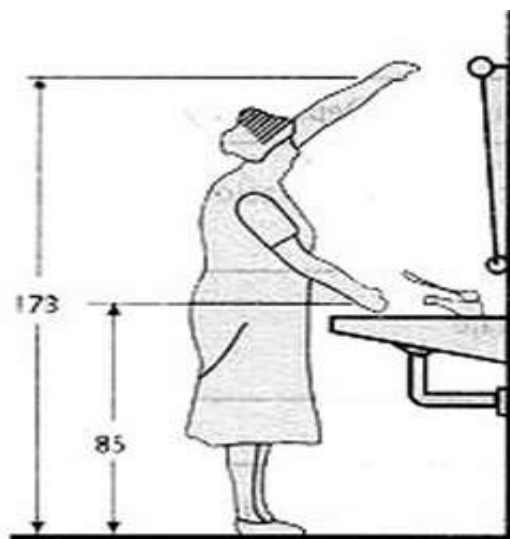
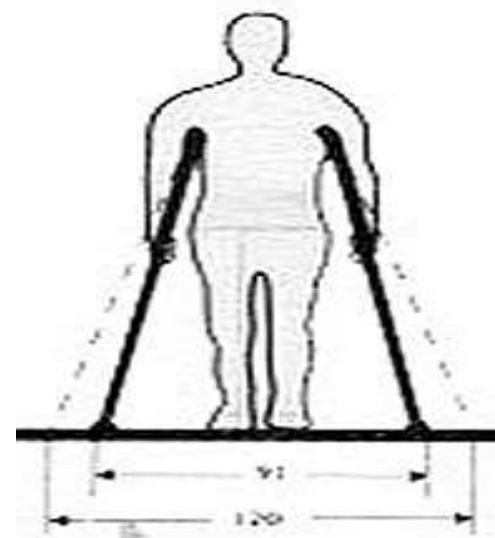


Especificaciones:

1. Piso uniforme y antiderrapante.
2. Banca fija o plegadiza.
3. Barras de apoyo en tubo de acero inoxidable, diámetro 38 mm (1 1/2").
4. Regadera fija.
5. Regadera de teléfono.
6. Wc colocado a 45 - 50 cm de altura.
7. Puerta con un ancho mínimo libre de 90 cm. Abatimiento hacia el exterior corrediza o con doble abatimiento.



P.t. principio de curva
P.c. principio de tangencia



ANEXO 2

TABULADOR RAMA MÉDICA, PARAMÉDICA Y GRUPO AFIN (VIGENCIA 1 DE MAYO DEL 2014)

CODIGO	NIVEL	PUESTO	ZONA				ZONA			
			II				III			
			SUELDO BRUTO MENSUAL	ASIGNACIÓN BRUTA MENSUAL	A.G.A BRUTA MENSUAL	TOTAL BRUTO MENSUAL	SUELDO BRUTO MENSUAL	ASIGNACIÓN BRUTA MENSUAL	A.G.A BRUTA MENSUAL	TOTAL BRUTO MENSUAL

01 RAMA MÉDICA

M01004	SN	MÉDICO ESPECIALISTA "A"	15,741.00	7,351.00	10,223.00	33,315.00	17,417.00	9,200.00	10,109.00	36,726.00
--------	----	----------------------------	-----------	----------	-----------	-----------	-----------	----------	-----------	-----------

02 RAMA PARAMÉDICA

M02081	SN	ENFERMERA GENERAL TITULADA "B"	9,268.00	5,101.00	4,060.00	18,429.00	10,241.00	5,686.00	4,490.00	20,417.00
M02085	SN	TRABAJADORA SOCIAL EN ÁREA MÉDICA "B"	8,435.00	4,714.00	3,623.00	16,772.00	9,235.00	5,101.00	3,822.00	18,158.00
M02104	S/N	TERAPISTA PROFESIONAL	8,932.50	4,726.00	2,019.50	15,678.00	9,878.19	5,125.69	2,312.17	17,316.05

03 RAMA AFIN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

04 RAMA AFIN ADMINISTRATIVA

M03020	SN	APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD - A6	6,945.00	1,818.00	1,200.00	9,963.00	7,290.00	2,286.00	1,200.00	10,776.00
--------	----	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

05 CF CONFIANZA ADMINISTRATIVO AFIN

CF40003	SN	SOPORTE ADMINISTRATIVO "B"	7,606.00	6,745.00	1,733.00	16,084.00	8,773.00	7,210.00	1,915.00	17,898.00
---------	----	-------------------------------	----------	----------	----------	-----------	----------	----------	----------	-----------

CF CONFIANZA MÉDICA

CF41004	SN	JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA "D"	18,666.00	9,738.00	9,896.00	38,300.00	20,610.00	10,278.00	11,406.00	42,294.00
CF41015	SN	COORD. MÉDICO EN ÁREA NORMATIVA "A"	13,506.00	10,299.00	4,150.00	27,955.00	14,942.00	11,350.00	4,511.00	30,803.00

ANEXOS 3

Percepciones ordinarias

PARTIDA PTAL.	CONCEPTO	BASE JURÍDICA	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULACIÓN
11301	Sueldo base	Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014. Tabulador autorizado por la SHCP	Tabulador por número de plazas
12301	Beca a médicos residentes	Tabulador autorizado por la SHCP	Tabulador por número de plazas
13101	Prima quinquenal por años de servicios efectivos prestados	Artículo 24 Fracción I del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014	Se tomó como media el importe del A3 = \$150.00 x 12 meses por total de plantilla. A1= 100, A2=125, A3=150, A4=175, A5=200
13201	Prima vacacional	Artículo 24 Fracción II del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014	10 días de sueldo tabular y/o beca del total de plantilla más 15% I.S.R. (ISR no aplica a personal de mando y enlaces de alta responsabilidad)
13202	Aguinaldo	Artículo 24 Fracción III del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014	40 días sobre sueldo tabular y/o beca del total de plantilla más 15% I.S.R. (ISR no aplica a personal de mando y enlaces de alta responsabilidad)
13202	Aguinaldo compensación garantizada	Oficio No. 307-A.- 3924 10 de noviembre de 2014 de la SHCP	40 días sobre compensación garantizada para personal de mando y enlaces de alta responsabilidad más 30% de I.S.R.
13407	Compensaciones adicionales por servicios especiales (concepto 30 - riesgos)	Artículo 209 de las Condiciones Generales de Trabajo	Se tomó como media el 13.0% del sueldo base (partida 11301) sobre rama médica y paramédica y el 20% de la partida 12301 "beca para médicos residentes" (20% alto, 10% mediano y 7% bajo)
13410	Ayuda para gastos de actualización (AGA)	Tabulador único autorizado por la SHCP	Tabulador de rama médica, paramédica y afín por número de plazas
13411	Compensaciones a médicos residentes	Tabulador autorizado por la SHCP	Tabulador por número de plazas
15402	Compensación garantizada	Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014. Tabulador autorizado por la SHCP	Tabulador por número de casos

PARTIDA PTAL.	CONCEPTO	BASE JURÍDICA	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULACIÓN
15403	Ayuda para servicios y pasajes	Artículo 32 Fracción II del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014, Artículo 127, Fracción XXII de las Condiciones Generales de Trabajo, así como Of. 307-A-2021 del 11-07-2014 de la SHCP	\$230.00 mensuales por trabajador sobre la rama médica y apoyos administrativos (no considera personal de mando, enlaces de Alta responsabilidad, soportes administrativos, subdirectores y jefes de departamento de área médica y médicos residentes)
15403	Despensa	Artículo 30 del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014, así como Of. 307-A-2021 del 11-07-2014 de la SHCP	\$77.00 mensuales al personal de mando y enlace de alta responsabilidad \$225.00 mensuales a todo el personal (con excepción de médicos residentes)
15403	Previsión social múltiple	Artículo 32 Fracción I del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. D.O.F. 31/05/2014, así como Of. 307-A-2021 del 11-07-2014 de la SHCP	\$225.00 mensuales por trabajador sobre la rama médica y apoyos administrativos (no considera personal de mando, enlaces de alta responsabilidad, soportes administrativos, subdirectores y jefes de departamento de área médica y médicos residentes)
15601	Asignación bruta	Tabulador autorizado por la SHCP	Tabulador único por número de casos

Seguridad Social

PARTIDA PTAL.	CONCEPTO	BASE JURÍDICA	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULACIÓN
14101	Aportaciones al ISSSTE (Cuota Social)	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 42, Fracción III	Cuota social 13.9 % del salario mínimo general 277.22 x número de plazas x 12 (cifra que proporciona la SHCP)
14101	Aportaciones al ISSSTE (factor de aportación)	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 42, Fracción II Incisos a) y b), Art. 75 Fracción II y Art. 199 Fracción II de la Ley del ISSSTE	Sueldos (11301, 12101, 12201, 12301), riesgos (13407), compensaciones bajo desarrollo (15403) x 9.970% x número de plazas x 12
14105	Aportaciones al Seguro por Cesantía (cuota social)	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 102, Fracción III	Cuota social 5.5 % del salario mínimo general 109.69 x número de plazas x 12 (cifra que proporciona la SHCP)
14105	Aportaciones al Seguro por Cesantía (factor de aportación)	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 42, Fracción II Incisos a) y b), Art. 75 Fracción II y Art. 199 Fracción II	Sueldos (11301, 12101, 12201, 12301), riesgos (13407), compensaciones bajo desarrollo (15403) x 3.175% x número de plazas x 12
14201	Aportaciones al FOVISSSTE	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 194 de la Ley del ISSSTE	Sueldos (11301, 12301), riesgos (13407), compensaciones bajo desarrollo (15403) x 5.0% x número de plazas x 12
14301	Aportaciones al Sistema de Ahorro para el Retiro	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 102, Fracción II	Sueldos (11301, 12301), riesgos (13407), compensaciones bajo desarrollo (15403) x 2.0% x número de plazas x 12
14302	Aportaciones al Ahorro Solidario	Artículo 100 de la Ley del ISSSTE y en el Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales del ISSSTE en el Capítulo IX “Del Ahorro Solidario” en su Artículo 32	Sueldos (11301, 12101, 12201, 12301) x 6.5% x número de plazas

Seguros

PARTIDA PTAL.	CONCEPTO	BASE JURÍDICA	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULACIÓN
14401	Seguro de Vida Institucional	Artículo 29 Fracción I del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. DOF: 31/05/2014	1.27 % sobre sueldos (11301, 12301), compensación garantizada (15402) del total de la plantilla
14405	Seguro de Retiro	Artículo 29 Fracción II del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. DOF: 31/05/2014	\$39.45 mensual por cada servidor público sobre el total de plantilla incluso residentes
14403	Cuotas para el Seguro de Gastos Médicos del Personal Civil	Artículo 29 Fracción IV del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. DOF: 31/05/2014	Montos proporcionados por el área de Seguros para el personal de mando y enlaces de alta responsabilidad de conformidad a los montos de la póliza contratada.
14404	Cuotas para el Seguro de Separación Individualizado	Artículo 29 Fracción V del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. DOF: 31/05/2014	El 8.6 % sobre sueldos (11301, 12201) x número de plazas x 12 para personal de mando y enlaces de alta responsabilidad, es el indicado en los parámetros de la SHCP para la elaboración de los anteproyectos de presupuesto más 30 % de I.S.R. porcentajes posibles a cubrir 2, 4, 5 Y 10%
14406	Seguro de Responsabilidad Civil	Artículo 29 Fracción III del Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. DOF: 31/05/2014	\$ 170.00 x número de plazas x 12 meses para personal de mando y enlaces de alta responsabilidad
14406	Seguro de Responsabilidad Profesional	Artículo 132, Fracción XXIV de las Condiciones Generales de Trabajo	\$58.00 x 12 meses x trabajador sobre médicos generales, especialistas, residentes y enfermeras

Prestaciones Adicionales

PARTIDA PTAL.	CONCEPTO	BASE JURÍDICA	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULACIÓN
15401	Ayuda de anteojos	Artículo 130, Fracción XXXIV de las Condiciones Generales de Trabajo	\$1,000.00 por trabajador sobre 53% de la plantilla base más 30% de I.S.R. (1,000 x 53% x número de plazas + 30% de ISR))
15401	Ayuda de tesis	Artículo 130, Fracción XXVIII de las Condiciones Generales de Trabajo	\$5,000.00 x número de casos sobre 1% de la plantilla base (5,000 x 1% x número de plazas)
15401	Día de la madres	Artículo 222 de las Condiciones Generales de Trabajo	\$1,350.00 x número de madres sobre 54% de la plantilla base más 30% de I.S.R. (1,350 x 54% x número de plazas + 30% de ISR))
15401	Día de reyes	Artículo 130, Fracción XXX de las Condiciones Generales de Trabajo	\$1,150.00 x número de casos sobre 63% de la plantilla base más 30% de I.S.R. (1,150 x 63% x número de plazas + 30% de ISR))
15401	Día del trabajador	Artículo 223 de las Condiciones Generales de Trabajo	\$1,000 x número de trabajadores de base más 30% de I.S.R. (1,000 x número de plazas operativas + 30% de ISR))
15401	Estímulo por productividad	Artículo 220, 3er. Párrafo de las Condiciones Generales de Trabajo	1 Estímulo mensual por cada 20 trabajadores de base (10 días de SMG) ((62.33 x 10 x 12 / 20) x número de plazas)
15401	Licencia de manejo	Artículo 130, Fracción XXXIII de las Condiciones Generales de Trabajo	\$1,000 x 1.14 % de la plantilla administrativa de base
15601	Medidas de fin de año	Oficio circular 307-A.-3924 del 10-10-2014 de la SHCP	\$9,300 + 4.3% = \$ 9,700 por el total de la plantilla operativa más 19% I.S.R.
17102	Asistencia perfecta	Artículo 221 de las Condiciones Generales de Trabajo	Se obtuvo un costo promedio sobre el concepto 07 de \$332.00, debiéndose aplicar este costo a 1 día de sueldo tabular (07) x (21 días). (332 x 21 x número de plazas)
17102	Asistencia puntualidad	Artículo 220 de las Condiciones Generales de Trabajo	Se obtuvo un costo promedio sobre el concepto 07 de \$332.00, debiéndose aplicar este costo a 1 día de sueldo tabular (07) por cada mes calendario (12 días). 332 x 12 x número de plazas
17102	Asistencia y permanencia	Artículo 220 de las Condiciones Generales de Trabajo	Se obtuvo un costo promedio sobre el concepto 07 de \$332.00, debiéndose aplicar este costo a 1 día de sueldo tabular (07) x (10 días). 332 x 10 x número de plazas

PARTIDA PTAL.	CONCEPTO	BASE JURÍDICA	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULACIÓN
17102	Estímulo al personal médico, enfermería, etc.	Anexo I (Nota Técnica para la Actualización de la Norma) referido en el Numeral 5.3 de la Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.	6.2% de la partida 11301 sueldo base del total de la plantilla de la rama médica y paramédica.
17102	Premios, estímulos y recompensa	Artículo 213 de las Condiciones Generales de Trabajo, así como el Numeral 8.3.4 de la Norma para el sistema de Evaluación del Desempeño de los Servidores Públicos del Nivel Operativo. Y Oficio Circular Núm. SFP/URHP/408/005/2011 de la Secretaría de la Función Pública	Un estímulo de \$9,368.51 por cada 250 trabajadores del total de la plantilla excepto mandos medios más 30% de I.S.R. ($9,368.51 / 250 \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 20 años	Artículo 215, Fracción I de las Condiciones Generales de Trabajo	20 AÑOS = $\$12,000 \times 4.025\%$ más 30 % de ISR ($12,000 \times 4.025\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 25 años	Artículo 215, Fracción II de las Condiciones Generales de Trabajo	25 años = $\$15,000 \times 3.801\%$ más 30 % de ISR ($15,000 \times 3.801\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 30 años	Artículo 215, Fracción III de las Condiciones Generales de Trabajo	30 años = $\$18,000 \times 1.6485\%$ más 30 % de ISR ($18,000 \times 1.6485\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 35 años	Artículo 215, Fracción IV de las Condiciones Generales de Trabajo	35 años = $\$25,000 \times 0.61952\%$ más 30 % de ISR ($25,000 \times 0.61952\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 40 años	Artículo 215, Fracción V de las Condiciones Generales de Trabajo	40 años = $\$45,000 \times 0.1260\%$ más 30 % de ISR ($45,000 \times 0.1260\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 45 años	Artículo 215, Fracción VI de las Condiciones Generales de Trabajo	45 años = $\$52,500 \times 0.6300\%$ más 30 % de ISR ($52,500 \times 0.6300\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)
17102	Reconocimiento de antigüedad 50 años	Artículo 215, Fracción VI de las Condiciones Generales de Trabajo	50 años = $\$60,000 \times 0.3150\%$ más 30 % de ISR ($60,000 \times 0.3150\% \times \text{número de plazas} + 30\% \text{ de ISR}$)

¹⁰ Oficios de consulta.

¹⁰ http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/serv_personales/normas/307-A-3924_aguinaldo_2014.pdf
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5346861&fecha=30/05/2014
http://sindet-sedatu.org.mx/web/doctos/vales_2014_307-A-41631.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ GATS 2009.
- ✓ Diario oficial de la Federación DOF. (1984). Ley General de Salud LGS. 2015 actualizada. México.
- ✓ Secretaría de Salud (2006). Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas. México.
- ✓ Programa Nacional de Infraestructura (2014 – 2018). México.
- ✓ Secretaría de Salud (2006). Modelo Integrador de Atención a la Salud. México.
- ✓ Modelo de Unidades Médicas.
- ✓ Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- ✓ Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- ✓ Programa de Acción Específico 2007-2012, Unidades de Especialidades Médicas “UNEMES”. Secretaría de Salud, 2006.
- ✓ Programa de Acción Específico de Adicciones.
- ✓ Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México, 2010.
- ✓ Programa de Acción Específico 2007 – 2012: Arranque Parejo en la Vida. Secretaría de Salud, México, 2008.
- ✓ Programa de Acción Específico 2007 – 2012: Interculturalidad en Salud. Secretaría de Salud, México, 2008.
- ✓ Reglamento Interno de la Secretaría de Salud.
- ✓ Redes Sociales. Guía para la Organización. Secretaría de Salud, México, 2009.
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud. México, 1986.
- ✓ Diario oficial de la Federación DOF. (2010). Reglamento Interno de la Secretaría de Salud. México.
- ✓ Aguilar S, Amieva H, Gutiérrez LM, et al. (2015) Frailty among Mexican community-dwelling elderly: a story told 11 years later. The Mexican Health and Aging Study. Salud Pública; 57 (sup 1): 62-69.
- ✓ Boeckxstaens P, De Graaf P. (2011) Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. Quality in Primary Care; 19 (6): 369-389.
- ✓ Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. (2013) Frailty in elderly people. Lancet; 381: 752–62.
- ✓ González C. (2012) Los determinantes: los cambios demográficos. En Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, México. Instituto Nacional de Geriátría, pp 81-94.
- ✓ Instituto Nacional de Geriátría (2014) Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. Disponible: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/plan_alzheimer.pdf
- ✓ Lee L, Heckman G. (2015) Physicians’ perceptions of capacity building for managing chronic disease in seniors using integrated interprofessional care models. Canadian Family Physician; 61 (3): E148-E157.

-
- ✓ Manrique B, Salinas A, Moreno KM, et al. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México, México. Salud Pública; 55 (sup 2) :S323-S331.
 - ✓ Oliver D, Pie C, Humphries R. (2014) **Making our health and care systems fit for an ageing population. The King's Fund.** Available at: [www.kingsfund.org.uk /sites /files / kf/ field/ field_publication_file/ making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf)
 - ✓ Royal College of Physicians (2013) Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. Available at: www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/future-hospital-commission-report.pdf
 - ✓ Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. (2014) Comprehensive geriatric assessment a guide for the non-specialist. International Journal of Clinical Practice; 68 (3): 290–293.
 - ✓ Anne W. Ekdahl, Ann-Britt Wirehn, et al. Costs and Effects of an Ambulatory Geriatric Unit (the AGe-FIT Study): A Randomized Controlled Trial. Journal of American Medical Directors Association 16 (2015): 497-503.