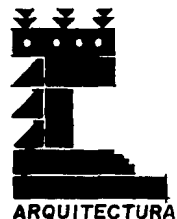


238

Lej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA

ALTERNATIVA DE SOLUCION AL PROBLEMA DE
LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAHUAYO
MICHUACAN Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS



CLINICA

HOSPITAL

TESIS PROFESIONAL PRESENTADA
PARA OBTENER LA LICENCIATURA
EN LA CARRERA DE ARQUITECTO

VILLASANA ARCHUNDIA JUAN JOSE
MAGALLANES PICAZO MARIO.

CIUDAD UNIVERSITARIA 1993

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



JURADO:

ARQ. TEODORO OSEAS MARTINEZ PAREDES

ARQ. ELIA MERCADO MENDOZA

ARQ. ACUALMEZTLI ALI CRUZ MARTINEZ

ARQ. JOSE ANTONIO RAMIREZ DOMINGUEZ

ARQ. JANY EDNA CASTELLANOS LOPEZ



INDICE

1.-	Objetivos.....	1
2.-	Marco de Referencia Estatal.....	2
3.-	Marco de Referencia Municipal.....	3
4.-	Datos Históricos y Etimológicos.....	5
5.-	Zona de Estudio.....	6
6.-	Aspectos Físico Naturales.....	7
	a). topografía	
	b). edafología	
	c). geología	
	d). clima	
	e). hidrología	
7.-	Uso del Suelo.....	14
	a). plano síntesis	
8.-	Estructura Urbana.....	19
	a). aspectos demográficos	
	b). aspectos socio-económicos	
	c). crecimiento histórico	
	d). estructura general de la ciudad	
	e). problemática de la vivienda	

9.- Infraestructura.....	35
a). vialidad y pavimentación	
b). drenaje	
c). electricidad	
d). transporte	
e). agua potable	
10.-Equipamiento Urbano.....	38
a). inventarios	
b). déficit y superavit	
c). demanda	

CLINICA HOSPITAL

11.-Introduccion.....	47
12.-Antecedentes Históricos.....	48
13.-Planes y Políticas en Torno al Problema de Salud.....	51
14.-Delimitación Conceptual.....	55
15.-Determinación del Tema.....	57
16.-Localización del Terreno.....	58
17.-Breve Descripción del Proyecto	59



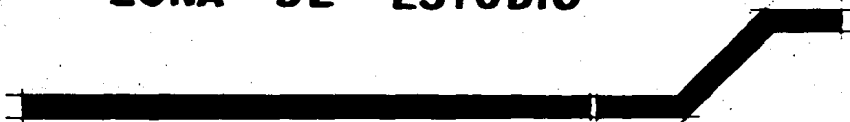
18.-Programa Arquitectónico por Funciones.....60

- a). recepción
- b). archivo clínico
- c). consulta externa
- d). farmacia
- e). laboratorio clínico
- f). banco de sangre
- g). radiodiagnóstico
- h). fisioterapia
- i). urgencias
- j). gineco-obstetricia
- k). cirugía
- l). central de esterilización y equipo
- m). admisión hospitalaria
- n). hospitalización
- o). anatomía patológica
- p). cocina general y comedor de personal
- q). lavandería
- r). almacén general
- s). departamento de mantenimiento
- t). vestidores de personal
- u). intendencia
- v). oficinas de gobierno
- w). enseñanza

19.- Programa Arquitectónico por Áreas.....89



ZONA DE ESTUDIO



OBJETIVOS:

El análisis del metabolismo urbano que se describe a continuación. está enfocado básicamente a los aspectos fundamentales del sistema urbano.

En el presente trabajo se representa la recopilación y ordenación tanto cualitativamente como cuantitativamente de la cabecera municipal de Sahuayo de Morelos en el estado de Michoacán.

El propósito de este análisis es estudiar la problemática que se ha originado a partir del crecimiento urbano, acarreado problemas de equipamiento urbano como son: vivienda, salud, recreación, educación, servicios urbanos que en general demanda la población y las interrelaciones de este municipio con su contorno urbano.

Como objetivos primarios se deberá atender primordialmente los siguientes puntos:

Elevar los bajos índices de bienestar social por medio de planteamiento de equipamiento urbano en la localidad.

Aprovechamiento de los recursos naturales para generar fuentes de empleo.

Mejorar los niveles de capacitación y adiestramiento de la población para crear mano de obra eficiente.

Defender y conservar la cultura, tradiciones y costumbres de la población.



MARCO DE REFERENCIA ESTATAL:

El estado de Michoacán se encuentra ubicado en la región centro occidental de la república mexicana entre los 17º 56' y 23º 23' latitud norte y 102º 16' y 103º 46' de latitud oeste de greenwich. Limita al norte con el estado de Queretaro, al este con el estado de México, al sur con el estado de Guerrero y al suroeste con los estados de Jalisco, Colima, y con el océano pacífico.

Su extensión territorial es de 59,928 km² que representa el 3.1 % del territorio nacional, ocupando por este motivo el sexto lugar de los estados con mayor territorio, cuenta con una población de 3'048,704 habitantes repartidos en 113 municipios teniendo como capital del estado a la ciudad de Morelia.

Hidrologicamente está drenado por varios sistemas tales como la cuenca del río Balsas; la del río Lerma además por los ríos Grande, Tepactepac y Cutzamala.

Su clima es un 52 % de su territorio es trópicol y en un 38 % templado y el 10 % restante es de otros tipos de clima.

El estado de Michoacán es uno de estados con mayor emigración, principalmente a los Estados Unidos y para la ciudad de México este fenómeno se ha dado en las últimas décadas donde emigraron 438,154 habitantes y tan solo inmigraron 269,952 habitantes lo que implica un saldo negativo de 169,202 habitantes.



MARCO DE REFERENCIA MUNICIPAL:

El municipio de Sahuayo de Morelos está ubicado dentro de la Cienega de Chapala teniendo como coordenadas máximas los 20° 00' 05" de latitud norte y 102° 51' 53" de longitud oeste, cercano al límite del estado de Michoacán con el estado de Jalisco, situado a una altura de 1,530 mts sobre el nivel del mar, limita al norte con el municipio de Regules y en la parte oriental con el municipio de Villamar, en tanto al sureste y la porción occidental lo enmarca el municipio de Jiquilpan.

Sahuayo cuenta con la zona de riego # 28 la Cienega de Chapala beneficiada por las aguas de la laguna de Chapala conducidas a trevez del canal de Sahuayo. En la zona se práctica una agricultura de tipo intensivo siendo está zona productiva y de alto rendimiento en el municipio.

El municipio de Sahuayo de Morelos tiene como cabecera municipal a la ciudad del mismo nombre, que cuenta con una superficie de 555.50 hectarias y una población de 32,240 habitantes que representan el 91 % de la población total del municipio que es de 35,423 habitantes

MICHOACÁN

MARCO REFERENCIAL



MICHOACÁN SE ENCUENTRA RELAJADO EN LA REGIÓN CENTRO OCCIDENTE DE LA REPÚBLICA MEXICANA (VERB. AL NORTE CON GUERRERO, AL ESTE CON EL ESTADO DE MICHOACÁN, SUR CON GUERRERO Y AL SUROESTE CON MICHOACÁN Y EL ESTADO DE GUERRERO). EN SU EXTREMO NOROCCIDENTAL SE ENCUENTRA EL OCEANO PACÍFICO.

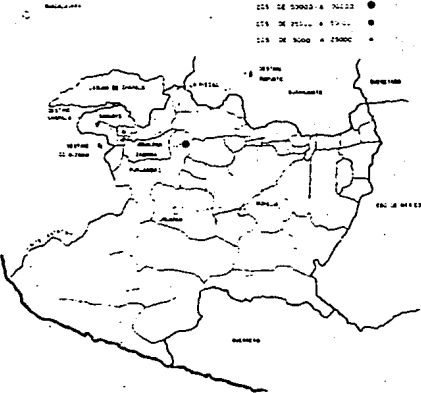
SE ENCUENTRA TRANSCURRIDO EL RÍO LA LERMA POR SU NOROCCIDENTAL Y EL RÍO LA LERMA POR SU SUROCCIDENTAL. EN SU NOROCCIDENTAL SE ENCUENTRA EL RÍO LA LERMA POR SU NOROCCIDENTAL Y EL RÍO LA LERMA POR SU SUROCCIDENTAL. EN SU NOROCCIDENTAL SE ENCUENTRA EL RÍO LA LERMA POR SU NOROCCIDENTAL Y EL RÍO LA LERMA POR SU SUROCCIDENTAL.

NO SE ENCUENTRA OCUPIA EL ESPACIO QUE CORRESPONDE AL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE LOS RÍOS EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE LOS RÍOS. EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE LOS RÍOS SE ENCUENTRA UN SALIDA RELAJADA DE LA LERMA.

DE LOS 60 MUNICIPIOS SE ENCUENTRA PRECISAMENTE 60 DE POBLACION MEXICANA

LOCALIDADES

- DE 100 000 A 400 000
- DE 50 000 A 100 000
- DE 25 000 A 50 000
- DE 10 000 A 25 000



SAHUAYO

SAHUAYO

MARCO REFERENCIAL

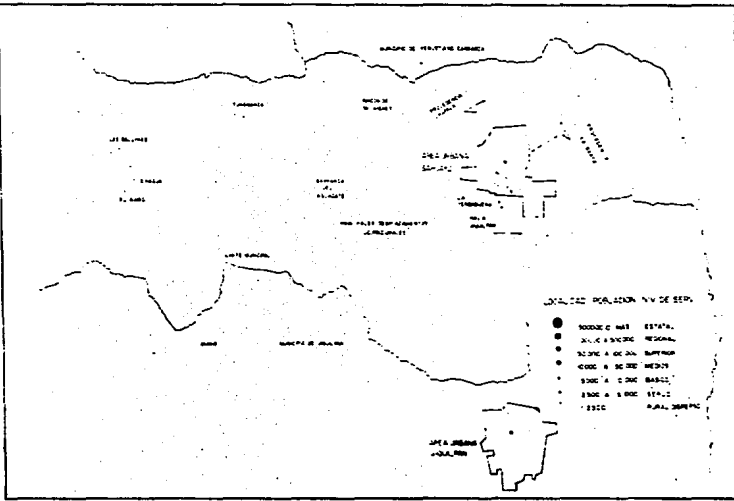
SAHUAYO SE ENCUENTRA EN LA REGIÓN CENTRO OCCIDENTE DE LA REPÚBLICA MEXICANA (VERB. AL NORTE CON GUERRERO, AL ESTE CON EL ESTADO DE MICHOACÁN, SUR CON GUERRERO Y AL SUROESTE CON MICHOACÁN Y EL ESTADO DE GUERRERO).

EN SU EXTREMO NOROCCIDENTAL SE ENCUENTRA EL OCEANO PACÍFICO.

SE ENCUENTRA TRANSCURRIDO EL RÍO LA LERMA POR SU NOROCCIDENTAL Y EL RÍO LA LERMA POR SU SUROCCIDENTAL. EN SU NOROCCIDENTAL SE ENCUENTRA EL RÍO LA LERMA POR SU NOROCCIDENTAL Y EL RÍO LA LERMA POR SU SUROCCIDENTAL.

NO SE ENCUENTRA OCUPIA EL ESPACIO QUE CORRESPONDE AL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE LOS RÍOS EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE LOS RÍOS. EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE LOS RÍOS SE ENCUENTRA UN SALIDA RELAJADA DE LA LERMA.

DE LOS 60 MUNICIPIOS SE ENCUENTRA PRECISAMENTE 60 DE POBLACION MEXICANA



LOCALIDAD POBLACION Y N.º DE SERVICIOS

- 100000 o mas ESTATA
- 50000 a 100000 REGIONAL
- 25000 a 50000 SUPLENTO
- 10000 a 25000 MEDIO
- 5000 a 10000 BASICO
- 1000 a 5000 SPTA-C
- 0000 PATA SUPLENTO

MICHOACÁN



SIMBOLOGÍA

UNAM



Autores

PLANO

MARCO DE REFERENCIA

ESTADO: MICHOACÁN
MUNICIPIO: TZUCACUAN
MR-01

HEMEROTIPO: PUBLICACION EN LA ZONA DE SERVICIOS
DISEÑADOR: PUBLICACION

ETIMOLOGIA:

Etimologicamente la palabra Sahuayo proviene de dos palabras aztecas yuxtapuestas que son: TZACUATLAYOTL las cuales significan, TZACUATL-MOLCAJETE o VASIJA y AYOTL- TORTUGA. El sonido de estas palabras fue cambiando con el paso de tiempo hasta llegar a cambiar TZA por SA, CUATL por HUA y AYOTL por YO y así formar en definitiva la palabra SAHUAYO.

DATOS HISTORICOS:

Alrededor del siglo X una de las primeras corrientes migratorias efectuadas hacia el sur se estableció en las margenes del lago de Chapala, que en aquella época abarcaba hasta donde actualmente es la cabecera del municipio de Sahuayo, la caza y la pesca era abundantes, la flora era exuberante por lo que varios integrantes de esta corriente NAHUATLACA se establecieron en este lugar fundando la ciudad de Sahuayo.

Se constituyó en municipio por ley el 10 de diciembre de 1831, el 13 de abril de 1891 su cabecera municipal fue elevada al rango de villa, con el nombre de villa Sahuayo de Porfirio Díaz, en 1935 recortaron el municipio a 212 km² en este año se dividió el terreno para contruir el municipio de Venustiano Carranza cuya superficie es de 238 km², el 28 de noviembre de 1952 le fue otorgado el título de ciudad, el 28 de noviembre de 1967 a su cabecera municipal le fue cambiado el nombre al de Sahuayo de José Ma. Morelos.



ZONA DE ESTUDIO:

Está parte de la investigación efectuada en la ciudad de Sahuayo de Morelos, cabecera municipal del municipio del mismo nombre.

Está enfocada a mostrar las características físicas, sociales y económicas, así como las demandas de bienes y servicios urbanos de esta ciudad.

DELIMITACION DE LA ZONA DE ESTUDIO:

La zona de estudio está limitada al sur por el cruce del dren la yerbabuena y la carretera que une a la ciudad de Sahuayo con la de Jiquilpan, al norte está delimitada por el cruce de la carretera que une a Sahuayo con la Barca y el lago de Chapala, al oriente delimita con el dren matas verdes, canal Sahuayo y el dren la yerbabuena, al poniente limita con el cerro de los metateros y el cerro de loma el trozado.



ASPECTOS FISICO NATURALES:

TOPOGRAFIA:

Orograficamente en la zona de estudio se presentan tres formas características de relieve; la primera corresponde a las zonas accidentadas y abarca aproximadamente el 10 % de la superficie de la zona de estudio, teniendo pendientes mayores del 5 %. La segunda corresponde a la zona semi-plana y abarca aproximadamente el 20 % de la superficie de la zona de estudio, teniendo pendientes que van del 2 % al 5 %. La tercera corresponde a las zonas planas y abarcan aproximadamente el 60 % de la superficie de la zona de estudio, teniendo pendiente de 0 % a 2 %.

Las zonas más accidentadas se localizan al oeste y suroeste formadas por barrancas y pendientes muy elevadas. La zona semi-plana se localiza al suroeste formada por la falda del cerro de Cristo Rey. La zona plana se localiza al norte, sur y este formada por planicies fértiles.

EDAFOLOGIA:

La zona de estudio presenta las siguientes características edafológicas; el castañozen luvico y el luvisol cromico.

El castañozen luvico: (literalmente tierra castaña) son

suelos que se encuentran en zonas semiáridas ó de transición hacia climas más lluviosos, en condiciones naturales tienen vegetación de pastizal con algunas áreas de matorral. Se caracterizan por tener una capa superior de color pardo ó rojizo oscuro, rica en materia orgánica, nutrientes y acumulación de caliche suelto ó ligeramente cementado en el subsuelo.

En México se usa este tipo de suelo para la ganadería extensiva mediante el pastoreo ó intensiva con pastos cultivados con rendimientos de medios a altos además se usan en agricultura con cultivos de granos, oleaginosas y hortalizas con rendimiento generalmente altos sobre todo si se están sometidos a riego, esto se debe a que son suelos con alta fertilidad, pero son muy susceptibles a la erosión, este tipo de suelo ocupa aproximadamente un 20 % de la superficie de la zona de estudio.

El luvisol cromico: (literalmente; suelo lavado) son suelos que se encuentran en zonas templadas ó tropicales lluviosas pero se pueden encontrar en climas algo más secos su vegetación es de bosque ó selva, se caracterizan por tener semejanza con los acrisoles, un enriquecimiento de arcilla en el subsuelo, pero son más fértiles y menos ácidos que estos.

Son suelos frecuentemente rojos ó claros, pero los hay de color pardo ó grises sin ser muy oscuros. En México se usa este tipo de suelo con fines agrícolas y rendimientos moderados, pero en zonas tropicales se obtienen rendimientos más altos en cultivos tales como el café y algunos frutos tropicales, su rendimiento en el cultivo de frutos como el aguacate también pueden ser altos en algunas zonas templadas, con pastizales cultivados ó inducidos pueden dar buenos rendimientos en la ganadería, en el uso forestal de estos suelos es muy importante y sus rendimientos muy altos. Los principales aserraderos del país se encuentran en áreas en donde los luvisoles son abundantes, son suelos de susceptibilidad alta a la erosión y es muy importante indicar que en México muchos de estos suelos se encuentran



erosionados debido al uso agrícola y pecuario que se ha hecho en ellos sin tomar las precauciones necesarias para evitar este fenómeno, este tipo de suelo ocupa aproximadamente el 80 % de la superficie de la zona de estudio.

GEOLOGIA:

En la zona de estudio se presentan las siguientes características geológicas: rocas ígneas basálticas y el suelo aluvial.

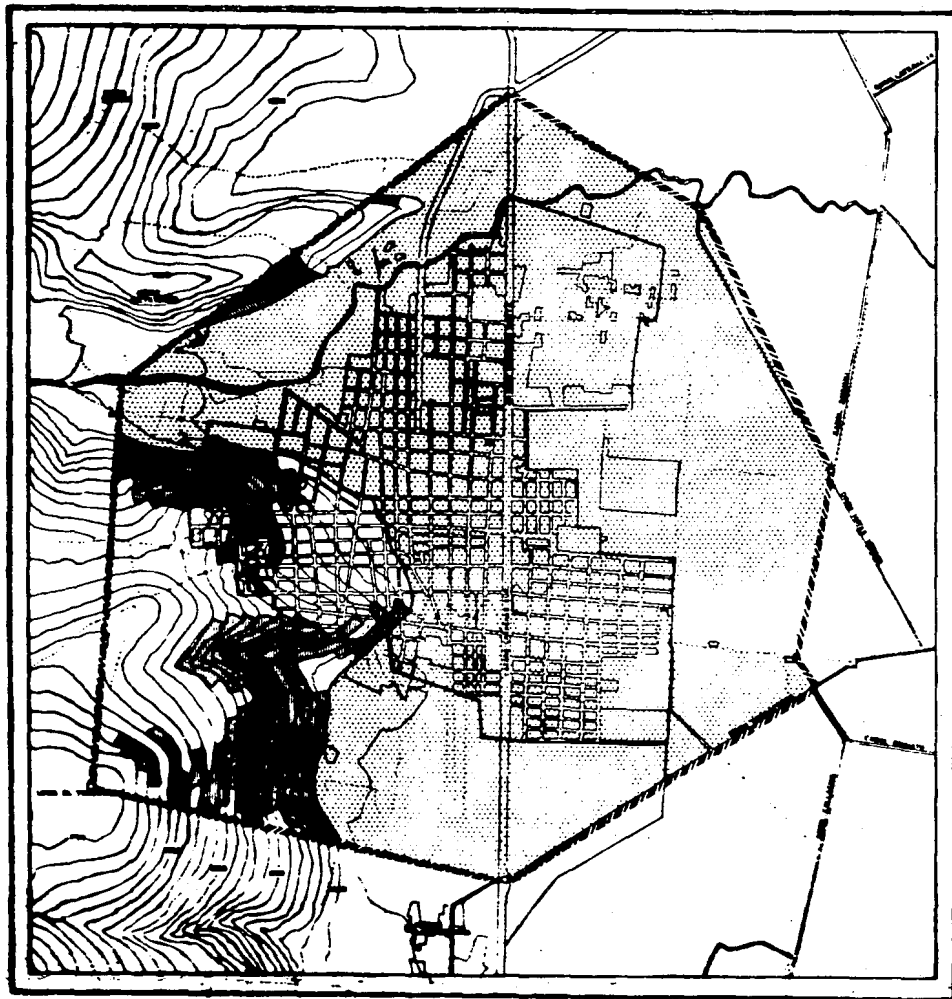
Las rocas ígneas son las rocas que han sido formadas por la consolidación de un magno fluido sobre ó a una cierta profundidad bajo la superficie terrestre.

Las rocas ígneas basálticas son: rocas volcánicas de textura afanítica y estructura vecicular, sus principales componentes son las plagioclasas calcicas y como accesorios clivinos y piroxenos es de color gris oscuro.

Suelo es el material superficial suelto, producto de la desintegración de las rocas y descomposición de materia orgánica por su origen pueden ser transportados ó residuales.

Suelo aluvial: es el resultado del acarreo y depósito de materiales detritos transportados por corrientes de agua, los sedimentos que constituyen estos suelos van desde arcilla a bloques.







M
I
C
H
O
A
C
A
N





S I M B O L O S

ANALISIS DE PENDIENTES

 DE 0 A 2% = 250 mts

 DE 2 A 5% = 100 mts

 DE 5 A 15% = 33.3 mts

 DE 15 A 30% = 16.6 mts

U
S
A



PLANO **TOPOGRAFIA**

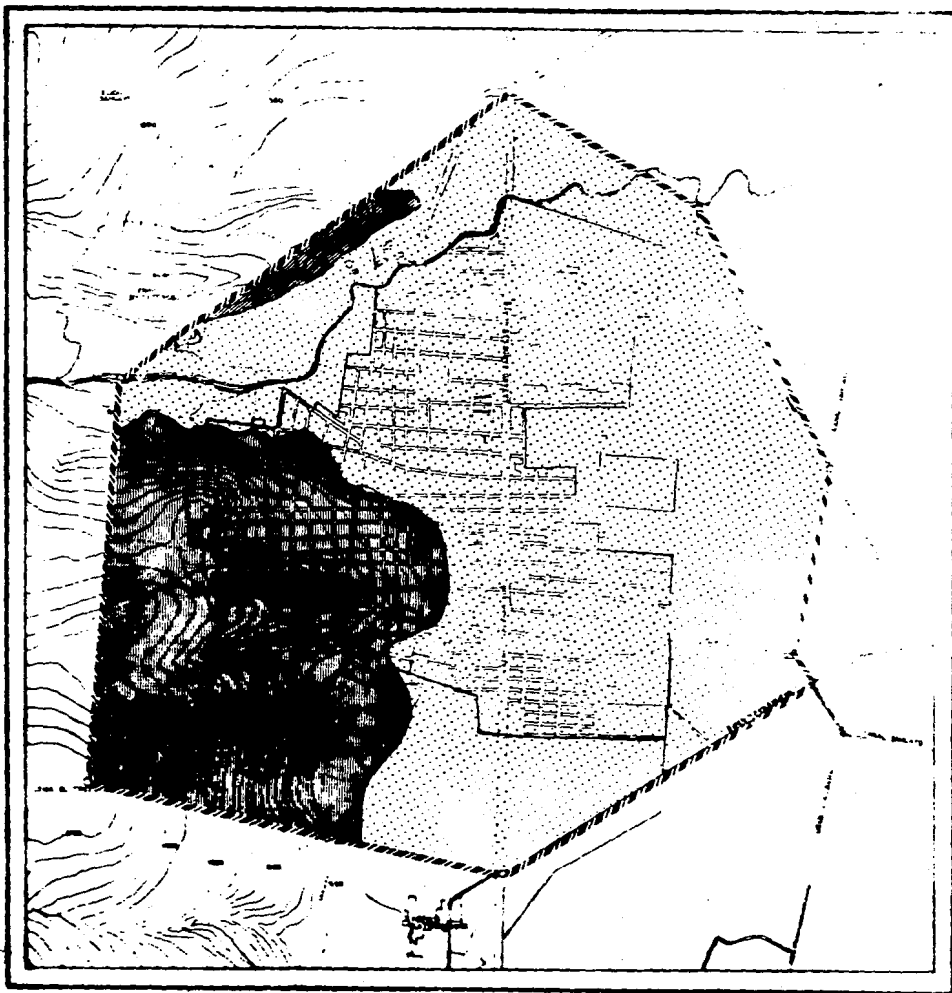
FECHA: 1972

FECHA: 1972


FN-1

ELABORADO POR: SAPIVA S.A.

MANUAL DE TOPOGRAFIA



 CASTANOEZ LUVICO
(Tierra Castana)

 LUMISOL CROMICO
(Sueto Lebado)

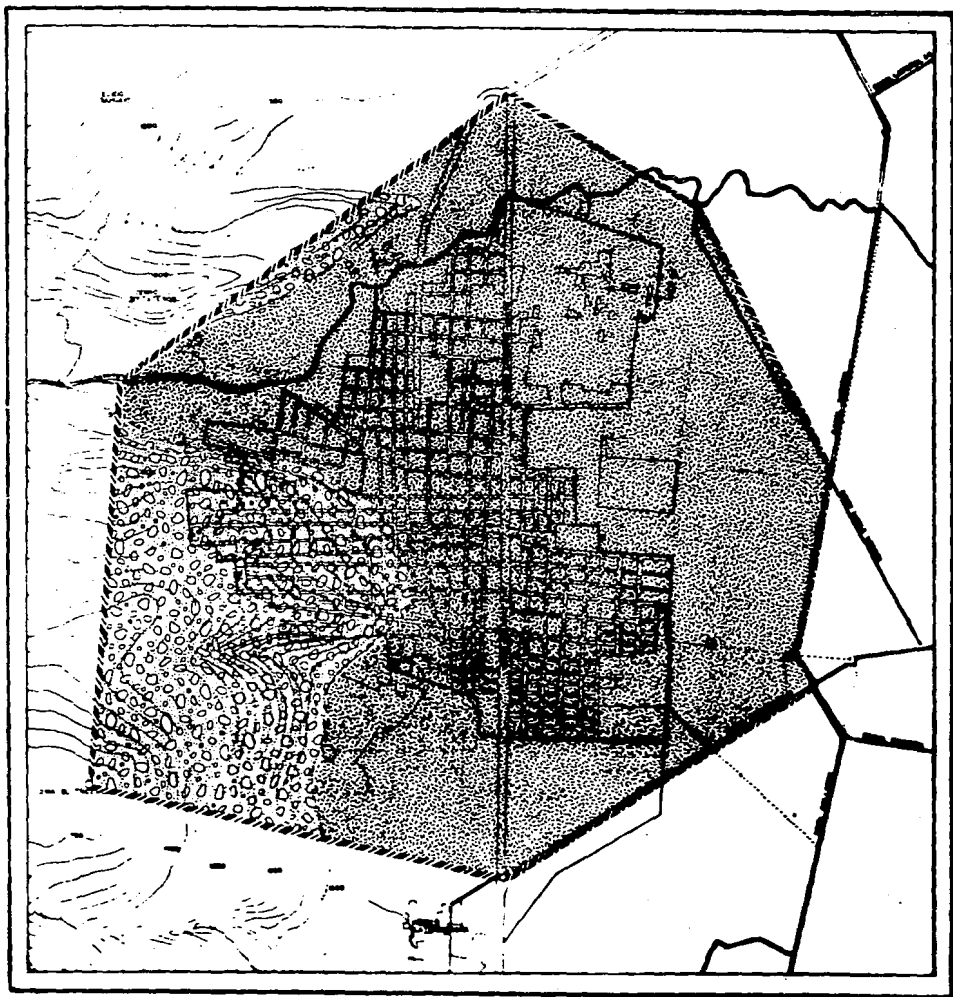
E P C U



EDAFOLOGIA

FN-2

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CHILE
Santiago, Chile



MICHOCÁCAN



SIMBOLOGIA



BASALTO
ROCAS ÍGNEAS



SUELO ALUVIAL

GEOLÓGICA



GEOLÓGICA

1950

1950

FN-5

INSTITUTO GEOLÓGICO Y MINERO DE MÉXICO

CLIMA :

El clima en la zona de estudio es templado, sub-humedo con regimen de lluvia en los meses de junio y julio, los meses más calurosos se presentan en marzo, abril, mayo y junio, además de los aspectos climaticos se presentan las siguientes características; temperatura máxima de 26o C con una m inima de 12o C y una media de 17o C.

Las precipitaciones pluviales se presentan en los meses de junio y julio con una media de 129 mm y una máxima de 243 mm.

HIDROLOGIA:

La zona de estudio cuenta con el distrito de riego # 23 denominado la Ciénega de Chapala que se localiza al noroeste del estado de Michoacán con una superficie de 46,172 hectareas de las cuales 27,000 hectareas son regables para esto cuenta con las presas Tarecuato, Jaripeo Gualacha y los sistemas de bombeo denominados la Guerra, Lerma e Ibarra.

De los numerosos canales que cruzan la Ciénega de Chapala son los de mayor importancia, El Centro, El Cerro Loco, Ibarra, La Yerbabuena y Sahuayo.

USO DEL SUELO:

La zona de estudio se encuentra dividida en diferentes usos del suelo tales como:

- Uso habitacional y comercial.
- Vegetación alofita
- Agricultura de riego
- Agricultura de temporal
- Vegetación de matorral subinerme

El uso habitacional ocupa aproximadamente el 45 % de la superficie de la zona de estudio y se encuentra ubicada en la zona centro de la misma.

La vegetación alofita se localiza al norte de la zona de estudio en las zonas en las cuales el gobierno municipal está generando los nuevos asentamientos humanos. La vegetación alofita es una comunidad de plantas gramíneas ó sea plantas que tienen el tallo hueco divididos por nudos y flores en espiga (como los cereales) que se desarrollan sobre suelos que contienen gran cantidad de sales conocidos estos como salino-sódicos. este tipo de vegetación se desarrolla generalmente en el fondo de las cuencas cerradas de zonas aridas y cerca de la costa, algunas de las principales especies que se pueden encontrar son el zacate salado, zacate jihuite y el zacate espinal.

La agricultura de riego semi-permanente se localiza en la zona centro dentro de la zona habitacional y comercial. La agricultura de riego semi-permanente es la que se practica en aquellos terrenos donde el ciclo vegetativo de los cultivos está asegurado totalmente mediante el agua de riego, los cultivos semi-permanentes son aquellos que permanecen en el

terreno por un periodo que varian entre los 2 y 10 años.

La agricultura de riego semi-permanente anual se localiza en la parte suroeste de la zona de estudio y es igual a la agricultura semi-permanente con la excepción de que el periodo de permanencia en el terreno es de un año.

La agricultura de temporal permanente se localiza en el suroeste de la zona de estudio. La agricultura de temporal permanente es la que se práctica en aquellos terrenos en donde el ciclo vegetativo de los cultivos que se siembran dependen del agua de lluvia, los cultivos permanentes son los que permanecen en el terreno por un periodo de varios años generalmente más de 10 años tales como árboles frutales, nopal, magüey etc.

Vegetación de matorral subinermes de temporal permanente se localiza en la parte sureste, noroeste y noreste de la zona de estudio. La vegetación de matorrales subinermes es el tipo de vegetación que se desarrolla en una gran zona de transición ecológica entre la selva baja caducifolia, los bosques de clima templado y los matorrales de condiciones más secas, se localizan principalmente en las regiones occidente y centro de país, alguna de las especies más frecuentes en este tipo de matorrales son el casahuate, el tepame. El mayor uso que el hombre ha hecho de las zonas cubiertas por este tipo de vegetación es el dedicar las principalmente a la agricultura de temporal o bien a la ganadería

PLANO SINTESIS:

En el presente plano se observan las áreas aptas para la agricultura de riego, agricultura de temporal y las zonas aptas para el desarrollo urbano, todo esto en base a los estudios realizados a la topografía, edafología, geología, hidrología y el uso de suelo.

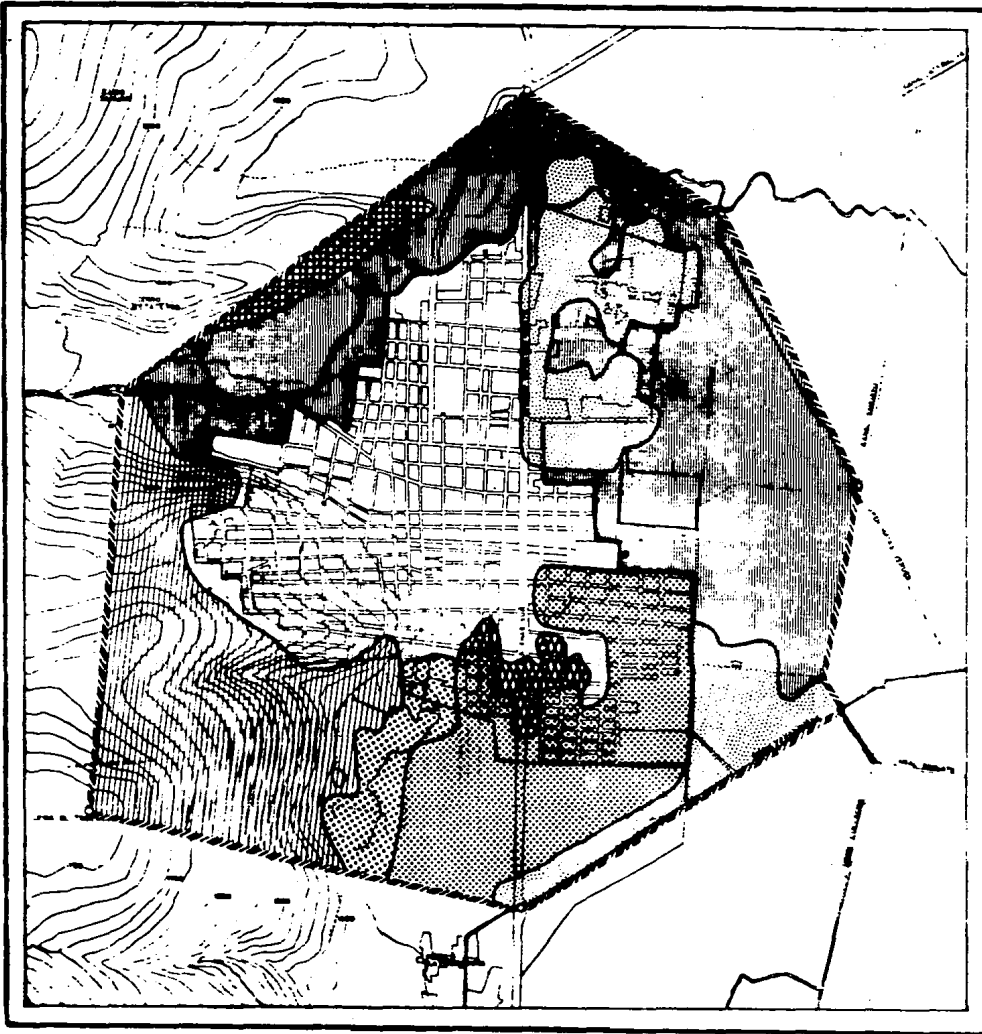
1.- Suelo apto; geologicamente y topograficamente para uso agrícola de temporal.

2.- Suelo apto; hidrologicamente, geologicamente y topograficamente para el uso de agricultura de riego.

3.- Suelo apto; topograficamente, geologicamente, edafologicamente para el desarrollo urbano.

3.1: Zona de prioridad para la primera etapa de desarrollo urbano, por contar con infraestructura existente.

3.2: Zona para la segunda etapa de desarrollo urbano



MICHOACÁN



SIMBOLOGÍA

-  USO HABITACIONAL
-  VEGETACION HALOFITA
-  AGRICULTURA DE RIEGO SEMIPERMANENTE
-  AGRICULTURA DE RIEGO ANUAL SEMIPERMANENTE
-  AGRICULTURA DE TEMPORAL PERMANENTE
-  VEGETACION DE MATORRAL SUBIMERME DE TEMPORAL PERMANENTE
-  AGRICULTURA DE RIEGO ANUAL
-  AGRICULTURA DE RIEGO ANUAL SEMIPERMANENTE

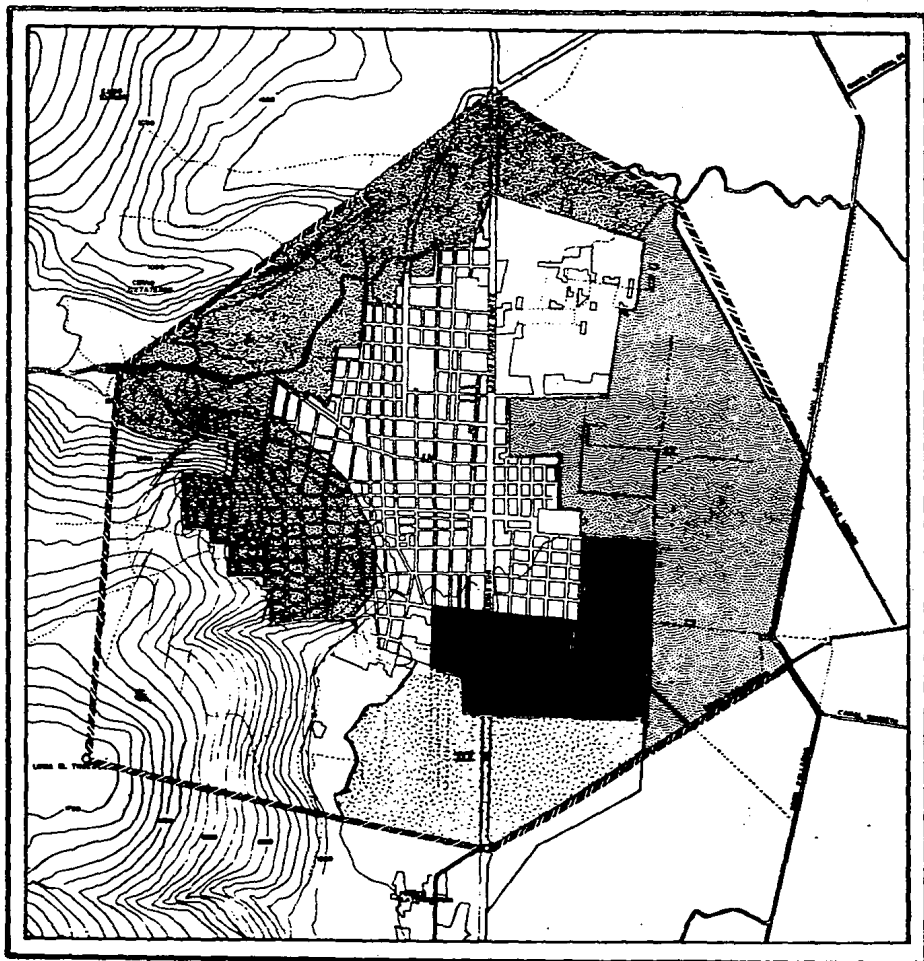
URBAM



USO DEL SUELO

ESCALA 1:1000 EST. 983 FN-4

SECRETARÍA DE URBANISMO Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



MICHOCACAN



SIMBOLOGIA

AREAS APTAS PARA EL DESARROLLO

- I. SUELO APTO GEOLOGICAMENTE Y TOPOGRAFICAMENTE, PARA USO AGRICOLA DE TEMPORAL.
- II. APTO MOROLOGICAMENTE, GEOLOGICAMENTE, TOPOGRAFICAMENTE PARA USO AGRICOLA DE REGO.
- III. SUELO APTO POR: GEOLOGIA TOPOGRAFIA, MOROLOGIA, EDAPOLOGIA PARA LA PRIMERA ETAPA DE DESARROLLO URBANO.
- 2. SEGUNDA ETAPA DE DESARROLLO URBANO
- IV MANCHA URBANA

URBANO



PLANO SINTESIS

ESCALA: 1:1000 FEB. 1983 FN-5

PREPARE: **COLLEGE OF ENGINEERING**
TOLUACA, MEXICO

ESTRUCTURA URBANA

ASPECTOS DEMOGRAFICOS:

La población es uno de los factores principales que ha determinado el gobierno actual.

De una población de 12.900 habitantes que constaba la ciudad de Sahuayo en el año de 1940 se ha incrementado a una población de 32.240 habitantes en 1982.

La tasa de crecimiento presenta una tendencia creciente, observando los periodos de 1940 a 1950 y de 1950 a 1960 se presenta una tasa de crecimiento de 5.7 y 6.8 respectivamente en los periodos de 1960 a 1970 se presenta una tasa anual de crecimiento de 5.0 y 5.7 respectivamente.

La población actual que habita la ciudad de Sahuayo es de 32.240 habitantes de los cuales 16.475 son hombres y 15.765 mujeres, que representan el 91 % de la población municipal que es de 35.423 habitantes.

De los 16,475 hombres; 15.765 oscilan entre los 0 a 9 años, 4.333 entre los 10 y 19 años, 2.191 entre los 20 y 29 años y los 4.069 restantes son mayores de los 30 años. De las 15,765 mujeres: 4997 oscilan entre los 0 a 9 años, 3.784 entre los 10 a 19 años, 2.428 entre los 20 y 29 años y las 4.556 restantes son mayores de 30 años.

En Sahuayo habitan 5.468 familias con una composición familiar promedio de 6 miembros por familia. De las 5.468 familias; 825 están formadas por 2 miembros, 741 por 3 miembros, 627 por 4 miembros, 533 por 5 miembros, 588 por 6 miembros, 486 por 7 miembros, 456 por 8 miembros y 1.212 por 9 ó más miembros.

Actualmente el área urbana cuenta con 555.50 hectarias con una densidad de población de 58 habitantes por hectaria, con una tasa de crecimiento de 5.4 %.

Para realizar las proyecciones de población urbana y rural se ha tomado los metodos: geometrico, aritmetico y de interes compuesto cuyos resultados aparecen en el plano de concentración de datos.

El metodo geometrico es el que arroja resultados mayores y es el cual se tomara como base para las proyecciones al año de 1988 y 2000.

La población urbana para el año de 1988 será de 34,166 habitantes y para el año 2000 será de 38,370 habitantes. La población municipal para el año de 1988 será de 37,370 habitantes y para el año 2000 será de 42,938 habitantes.

ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS:

La población total del municipio de Sahuayo es de 35,423 habitantes de los cuales 32,240 habitan en la cabecera municipal del mismo nombre, es decir el 91 % de la población, está concentración corresponde a varias razones, basicamente determinadas por la distribución geográfica de los recursos naturales. Los 3,183 habitantes restantes que corresponde al 9 % se distribuyen en los 8 asentamientos rurales y algunos caserios dispersos pertenecientes al municipio.

La concentración poblacional a hecho de la ciudad de Sahuayo el centro económico político y social no solamente del municipio, sino también de los municipios aledaños.

La población económicamente activa en la ciudad de Sahuayo es de 7,102 habitantes que consttuyen el 22 % de la población urbana: de los cuales 2,251 habitantes que representa el 32 % de la población económicamente activa, practican la agricultura, ganaderia y avicultura la mayoría de la gente adulta mayor de los 45 años está dedicada a la agroganaderia y representa al sector primario.

El sector secundario cuenta con una población económicamente activa de 1,776 habitantes que representan el 22 % de la población económicamente activa de los cuales la mayoría son del sexo masculino, las principales industrias son manufactureras, artesanales y algunas de transformación, existen fabricas dedicadas a la producción de sombreros de palma, la industria del calzado que es una de las principales fuentes de empleo de Sahuayo ya que se producen huaraches y zapatos de todo tipo que son exportados a los Estados Unidos y algunos otros países de América Latina

El sector terciario cuenta con una población de 2,128 habitantes que representan el 30 % de la población económicamente activa de los cuales en su mayoría estan empleados en establecimientos comerciales y en las 5 instituciones bancarias que prestan servicio en Sahuayo y la otra pequeña parte presta sus servicios en las dependencias de gobierno municipal. Esto hace de Sahuayo un centro dispersador de servicios.

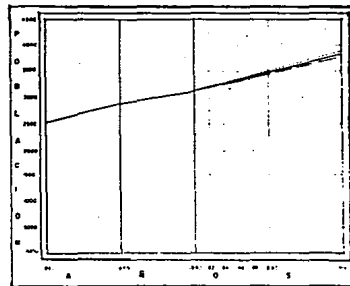
Los sectores primarios y terciarios son los sectores con mayor perspectiva de crecimiento para mediano plazo 1988 y para largo plazo el año 2000 debido a las condiciones económicas y físicas que rigen a la población. Es decir las actividades con mayor con mayor perspectiva de desarrollo son la agricultura y ganaderia en el sector primario y el comercio en el sector terciario, estas actividades deben generar nuevas fuentes de empleo que permitan absorber a los 922 desempleados que existen actualmente y que son el 13 % de la población económicamente activa.

POBLACION MUNICIPAL								
METODO	1960	1970	1980	1982	1984	1988	1990	2000
ARITMETICO	28184	31564	34988	35400	38377	37728	38440	44978
GEOMETRICO	28184	31564	34988	35423	38288	37728	38383	44938
MAYORES COMP.	28184	31564	34982	35804	38319	37794	38333	42587

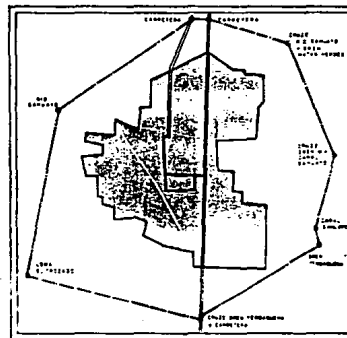
POBLACION URBANA								
METODO	1960	1970	1980	1982	1984	1988	1990	2000
ARITMETICO	25681	28727	31629	32200	33790	33391	34028	37411
GEOMETRICO	25681	28727	31629	32290	32870	34158	34828	38772
MAYORES COMP.	25681	28727	31629	32200	32763	33979	34582	37411

DATOS DE POBLACION

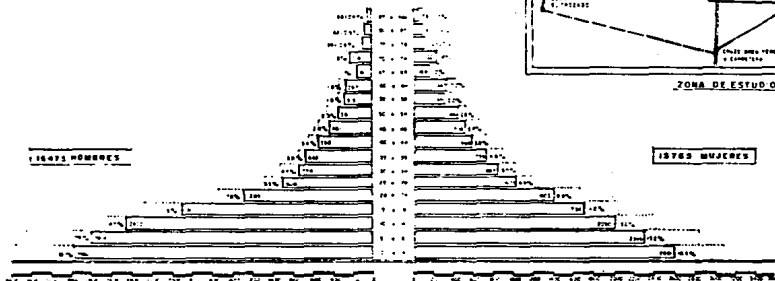
P.E.A	I	II	III	NO ESPEC	
22 %	32%	22%	30%	13%	
POB	7093	2270	1773	2128	922



GRAFICA CRECIMIENTO DE POB



ZONA DE ESTUDIO



PIRAMIDE DE EDADES ZONA URBANA 1982

M
I
C
H
O
A
C
A
N



U
N
A
M



PLANO
SOCIO-ECONOMICO
ESCALA 5/8" = 1' FECHA: MAR / 1983 SE-01

UBICACION: WILLAGUA GUICHINDA MUN. JUBA
MUNICIPALIDAD: PIZCOS MUN. JUBA

CRECIMIENTO HISTORICO:

La ciudad de Sanuayo en el estado de Michoacán ha presentado una tendencia de crecimiento muy baja en el aspecto demografico y muy alta en su crecimiento territorial. esto lo podemos observar desde el año de 1940 y sus sucesivas décadas.

En el año de 1940 la ciudad contaba con una población de 10,465 habitantes y ocupaban una superficie de 12.8 hectareas con una densidad de población de 817 hab/ha

En el año de 1950 incremento su superficie de 12.8 ha a 66.85 este aumento tan considerable en su superficie no fue proporcional al nuevo número de habitantes que tan solo se incremento de 10,465 habitantes a 12,511 habitantes, dando como resultado una baja considerable en la densidad de población de 817 hab/ha en 1940 a 187 hab/ha en esta década el crecimiento se efectua a la parte norte, sur y poniente de la ciudad.

En el año de 1960 se duplica su población y su territorio en relacion a la década de los cincuentas en donde contaba con una población de 12,511 habitantes para tener en esta década 25,661 habitantes en cuanto a su territorio esta se duplica de 66.85 ha a 143 ha teniendo una estabilidad en su densidad de población de 179 hab/ha en relacion a los 187 hab/ha de la década anterior este crecimiento se desarrolla en la parte norte, sur y poniente de la ciudad.

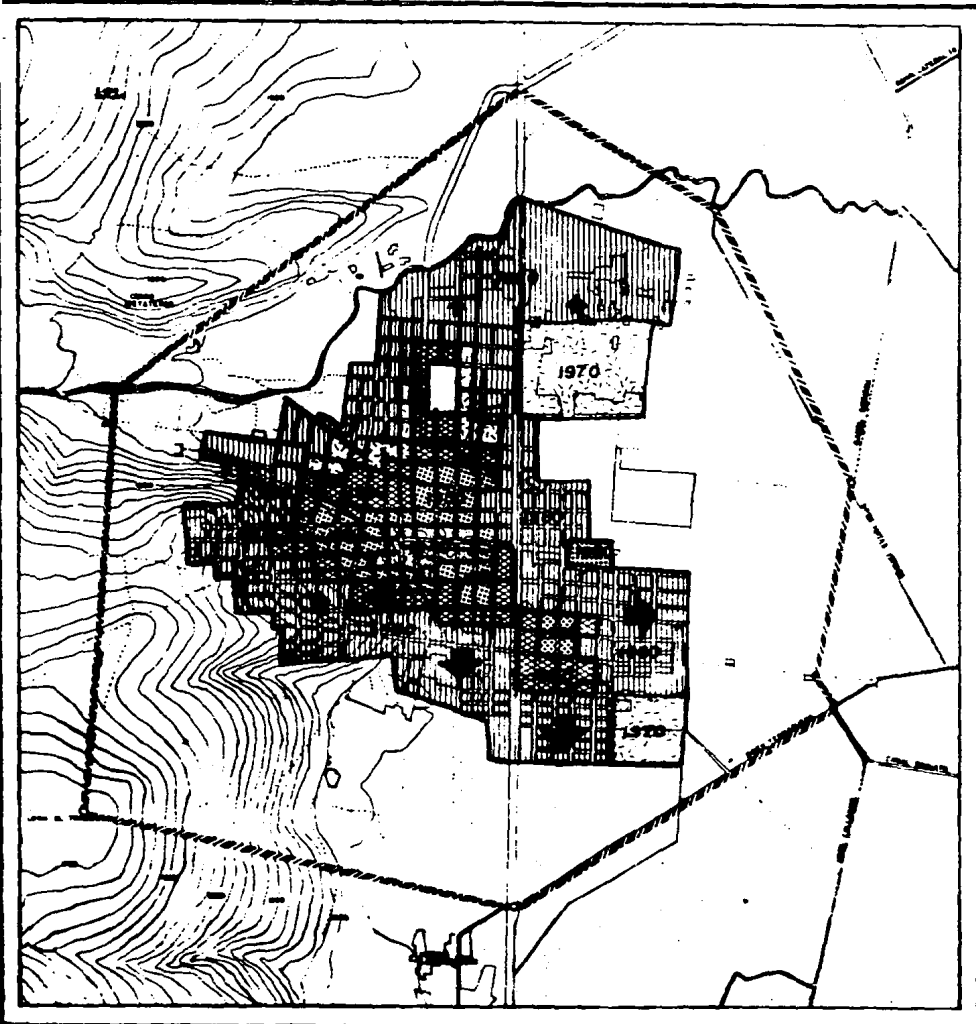
En el año de 1970 presenta un bajo crecimiento poblacional ya que de los 25,661 habitantes de la década de los sesentas solo se incrementa a 28,727 habitantes, en su crecimiento territorial se incrementa de 143.25 ha a 181.35 ha esto hace que de nuevo se presente una baja en su densidad de 179 hab/ha a 158 hab/ha esto se debe al

bajo crecimiento poblacional y al alto crecimiento territorial. - Este factor se aprecia mejor en 1980 en donde su población mantiene el bajo crecimiento de 28,727 habitantes de 1970 a tan solo 32,24 habitantes en 1980 y su crecimiento territorial el mayor de 181.35 ha a 555.5 ha, dando como resultado que el índice de densidad baje de 158 hab/ha a tan solo 58 hab/ha, este crecimiento desmedido se da a los cuatro puntos cardinales en mayor medida a la parte suroeste.

En base a las proyecciones para el año de 1988 y para el año 2000 el crecimiento poblacional mantendrá el bajo índice de crecimiento de las últimas décadas en base a esto el crecimiento territorial existente es suficiente, ya que en la actualidad la parte suroeste es la zona que el gobierno municipal a dotado de infraestructura necesaria para crear los nuevos asentamientos humanos a corto, mediano y largo plazo.

Para el año de 1988 la población será de 34,370 habitantes que ocupará la superficie de 555.55 ha con una densidad de población de tan solo 61 hab/ha. Para el año 2000 la población será de 38,370 habitantes en una superficie de 555.55 ha con una densidad de población de tan solo 69 hab/ha. Como podemos observar en el aspecto demográfico y de densidad poblacional la ciudad de Sahuayo no cuenta con ningún problema ya que si el crecimiento demográfico sufriera una gran variante en las próximas décadas su extensión territorial absorbería el crecimiento no planeado, dando como resultado que su densidad poblacional incrementara de una densidad baja (50 a 100 hab/ha) a una densidad media (101 a 200 hab/ha).

Por conclusión observamos que la ciudad de Sahuayo continuara con su densidad de población baja por las décadas restantes.



MICHOACÁN



S I M B O L O G Í A

CRECIMIENTO HISTÓRICO.

AÑO AREA INCREMENTO.

1940	12.8 Ha	
1950	66.93 Ha	54.05 Ha.
1960	143.30 Ha	76.45 Ha.
1970	181.35 Ha	38.10 Ha.
1980	585.85 Ha.	374.20 Ha.

AÑO POBL. AREA DENSIDAD.

1940	10468	12.8 Ha	817 Hab/Ha.
1950	12811	66.96 Ha	187 Hab/Ha.
1960	23660	143.25 Ha	179 Hab/Ha.
1970	28727	181.35 Ha.	158 Hab/Ha.
1980	32240	585.95 Ha.	58 Hab/Ha.



TENDENCIA DE CRECIMIENTO ALTA



TENDENCIA DE CRECIMIENTO MEDIA



TENDENCIA DE CRECIMIENTO BAJA.

UNAM



PLANO CRECIMIENTO HISTÓRICO.

ESCALA: 1:700 1977-1981
 INSTITUTO DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y ESTADÍSTICA
 ESTADÍSTICA DEPENDIENDO DEL ISTAT
 DISEÑADO POR: J. G. G.

EU-1

ESTRUCTURA GENERAL DE LA CIUDAD:

La ciudad de Sahuayo Michoacán cuenta con: 11 colonias
6 barrios
3 fraccionamientos

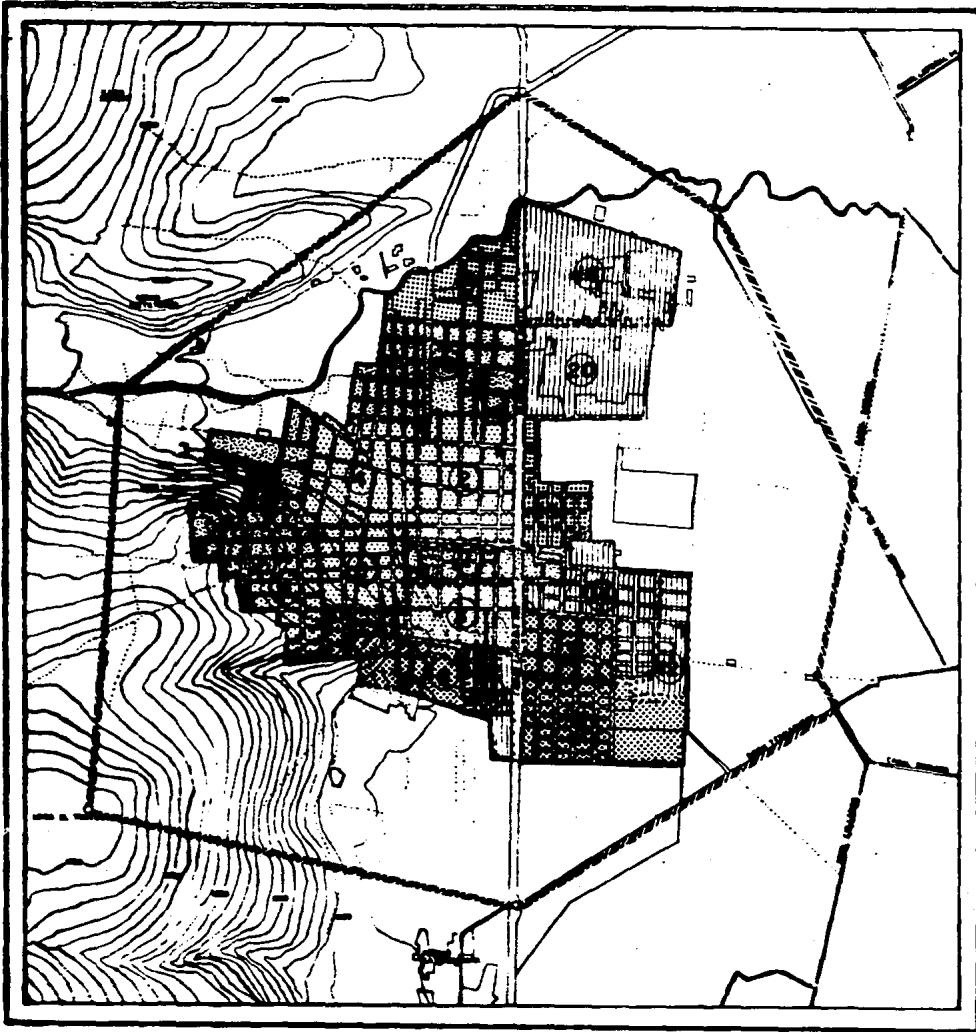
Los cuales ocupan una superficie de 555.55 ha con una población de 32,240 habitantes dando como resultado una baja densidad de población de 58 hab/ha. A continuación desglosamos la población por colonia ó barrio.

nombre	poblacion	superf.	densidad
Barrio I	1,635 hab	19.70 ha	85 hab/ha -baja
Barrio II	4,458 hab	39.80 ha	112 hab/ha -media
Barrio III	3,602 hab	26.10 ha	138 hab/ha -media
Barrio IV	5,019 hab	42.90 ha	117 hab/ha -media
Barrio V	3,119 hab	16.50 ha	189 hab/ha -media
Barrio VI	2,145 hab	19.50 ha	110 hab/ha -media
Fracc.Bella Vista	561 hab	14.77 ha	38 hab/ha -m.baja
Col. Las Rosas	537 hab	17.33 ha	31 hab/ha -m.baja
Col. Las Alfalfas	0 hab	3.80 ha	0 hab/ha -rustica
Col. Noria de Montes	0 hab	11.90 ha	0 hab/ha -rustica
Fracc.Popular	10,863 hab	34.50 ha	19 hab/ha -m.baja
Fracc.Marcos castellanos	13 hab	12.53 ha	1 hab/ha -rustica
Col.Damaso Cardenas	1,380 hab	27.60 ha	50 hab/ha -m.baja
Col. Trinidad Barragan	296 hab	42.27 ha	7 hab/ha -m.baja

nombre	población	superf.	densidad
Col. Las Brisas	259 hab	21.60 ha	12 hab/ha -m.baja
Col. San Isidro	295 hab	42.20 ha	7 hab/ha -m.baja
Col. La Limonera	924 hab	28.00 ha	33 hab/ha -m.baja
Col. Lazaro Cardenas	4,159 hab	47.80 ha	87 hab/ha -baja
Col. La Cruz	3,148 hab	46.30 ha	68 hab/ha -baja
El Seminario	0 hab	20.00 ha	0 hab/ha -rustica

Como podemos observar existen 5 colonias con una densidad media que va de los 101 hab/ha a 200 hab/ha estas se localizan en el centro de la ciudad siendo esta zona la de mayor densidad de población. Con una densidad baja de 51 hab/ha a 100 hab/ha se encuentran 3 colonias que son las que rodean hacia el norte, sur y poniente a la zona centro de la ciudad. Con una densidad muy baja de 11 hab/ha a 50 hab/ha se localizan 6 colonias las cuales en su mayoría se localizan en la parte sur que es la zona donde se proponen los nuevos asentamientos para hacer que estas colonias aumenten su densidad de población de muy baja a una densidad de población media para mediano y largo plazo. Por último encontramos a 6 colonias con una densidad de población rústica que va de 0 hab/ha a 10 hab/ha estas se localizan al norte, sur y oriente de la zona centro de la ciudad, estas colonias por la falta de infraestructura permanecieron como un colchón de posible crecimiento urbano no contemplado en las proyecciones de crecimiento poblacional.

Como propuesta de desarrollo urbano a corto y largo plazo se considera a la Col. Damaso Cardenas y al Fracc. Popular como las zonas con mayor perspectivas de desarrollo, ya que en la actualidad cuentan con la infraestructura necesaria para incrementar su población.



MICHOACÁN



SIMBOLOGIA

HOMBRE	SUP. Ha	DER. Hec
1.- BARRIO I	19.70	88
2.- BARRIO II	39.00	112
3.- BARRIO III	26.10	138
4.- BARRIO IV	42.90	117
5.- BARRIO V	16.50	109
6.- BARRIO VI	19.50	110
7.- FRACC. BELLA VISTA	14.77	38
8.- COL. LAS ROSAS	17.33	31
9.- COL. LAS ALFALFAS	3.80	0
10.- COL. NORIA DE MONTES	11.90	0
11.- FRACC. POPULAR	34.50	18
12.- FRACC. MCO. CASTELLANOS		12.98
13.- COL. DAMASO CARDENAS	27.60	80
14.- COL. TRINIDAD BARRAGAN		42.27
15.- COL. LAS BRISAS	21.60	12
16.- COL. SAN ISIDRO	42.20	7
17.- COL. LA LIMONERA	28.00	33
18.- COL. LAZARO CARDENAS		47.80
19.- COL. LA CRUZ	48.30	68
20.- EL SEMINARIO	25.00	0
TOTAL	355.38	54

DENS MEDIA 101 a 200 HAB/HA	DENS BAJA 51 a 100 HAB/HA
DENS MUY BAJA 1 a 50 HAB/HA	DENS JUSTICA MENOS DE 11 HAB/HA

UNAM



DENS. POR COLONIAS

ESCALA GRÁFICA 1:10000

ESCALA GRÁFICA 1:20000

EU-2

WILLIAMS & Morrow, Inc. 1968
 MEXICO, D.F.

PROBLEMATICA DE LA VIVIENDA:

La crisis de la vivienda en México se expresa por un lado en el deficit cuantitativo creciente de número de viviendas de que puede disponer la población, en el nivel de deterioro físico de hacinamiento y la falta de equipamiento adecuado de que adolece la mayoría de las viviendas existentes.

La causa fundamental del deficit de vivienda que presenta la ciudad de Sahuayo se debe principalmente a la inadecuación entre la oferta y la demanda de vivienda que presenta esta ciudad, por parte de una población cuyos salarios no permiten para la inmensa mayoría cubrir los precios excesivamente elevados, necesarios para remunerar el capital invertido en la producción y comercialización de la vivienda.

La incapacidad de la masa de asalariados para satisfacer los niveles de los precios y alquiler de las viviendas requeridos por el capital invertido, se agrega la imposibilidad para una sección creciente de la población que dispone de un empleo mínimamente estable, sin lo cual no puede ni siquiera aspirar a los programas de prestamo a largo plazo para vivienda social.

Comparando los ingresos para acceder a los distintos mercados de vivienda tan solo un 10 % de la población económicamente activa de la ciudad de Sahuayo pueden acceder al mercado privado de la vivienda y formar parte del programa de prestamo a largo plazo. Un 25 % de la población económicamente activa que es la que persive de 2 a 4 veces el salario mínimo acude a los programas de vivienda de interés social proporcionado por el estado, en cambio el 65 % restante que es la población económicamente activa que persive de 1 a 2 vces el salario mínimo queda excluido de cualquier tipo de programa de vivienda y entra a formar parte del llamado sector popular.

De hecho se puede hablar de tres canales diferentes de producción y distribución de vivienda:

El capitalista privado

El publico

El popular

El capitalista privado: Al cual puede acceder la población económicamente activa con ingresos superiores a 4 veces el salario mínimo (burguesía y pequeña burguesía) este servicio lo otorga la iniciativa privada.

El publico: Al cual puede acceder la población económicamente activa con ingresos de 2 a 4 veces el salario mínimo este servicio es proporcionado por el gobierno municipal, estatal y organismos relacionados a la construcción de vivienda por medio de la vivienda de interés social

El popular: Es el sistema en al cual se encuentra la población con ingresos de 1 a 2 veces el salario mínimo. Este sistema se caracteriza por el aporte considerable de trabajo por parte de los propios habitantes (autoconstrucción)

El municipio de Sahuayo no escapa a esta crisis, en base a los estudios realizados en la ciudad de Sahuayo cuenta en la actualidad con

5,261 viviendas de las cuales representan el 56 % del total de viviendas y se encuentran ubicadas en la zona centro de la mancha urbana, un 13 % que son 684 viviendas requieren de pequeñas remodelaciones y se localizan en las orillas de la mancha urbana. Las 1631 viviendas que faltan requieren de reposición completa ya que carecen de estructura estable para considerarlas habitables y representan el 31 % de las viviendas y se localizan en las faldas del cerro de Cristo Rey y al norte de la mancha urbana.

En cuanto a la tipología de la vivienda está se caracteriza por sus viviendas contruidas a base de muros tabique rojo, losa de vigueta de acero y tabique rojo, piso de loseta de pasta, muros con aplanado de mezcla está tipología corresponde a la zona de vivienda en buen estado. También existen las viviendas de muros de adobe, con techumbre de teja y pisos de loseta de pasta está tipología rodea la mancha urbana y por último una tipología realizada a base de muros de tabique rojo, techumbres de lamina de asbesto ó de cartón y pisos de tierra, en estas dos últimas tipologías es en donde se requiere de una reposición inmediata de 1631 viviendas y la remodelación de 684 viviendas.

En base a que en la actualidad existen 5,261 viviendas en la ciudad de Sahuayo y que en ella habitan 32,240 habitantes y considerando como composición familiar de 6 personas/familia/vivienda tendremos 5,373 viviendas, dando como resultado un déficit de 112 viviendas más las 1,631 viviendas que se requieren nuevas por reposición, tendremos un déficit de 1,743 viviendas nuevas de las cuales 1,133 se construirán con el sistema de autoconstrucción esto es en base a que un 65 % de la población obtiene ingresos de 1 a 2 veces el salario mínimo, 436 viviendas ingresaran al programa de interés social para familias con ingresos de 2 a 4 veces el salario mínimo y que representan el 25 % y para las 174 viviendas faltantes serán construidas por la burguesía que obtiene salarios mayores a 4 veces el

salario mínimo. El crecimiento de la población impone multiples necesidades a futura de vivienda y de equipamiento urbano, para corto plazo (1984) se preve un incremento de 630 habitantes y siguiendo con una composición familiar de 6 habitantes/vivienda se obtiene que se tienen que contruir 105 viviendas nuevas más el 10 % anual de las viviendas existentes en la actualidad por reparación, así se obtienen 107 viviendas por reposición esto significa 212 viviendas nuevas más 1,743 viviendas existentes obtendremos un total 1,955 viviendas, de las 212 viviendas nuevas, 138 viviendas serán contruidas por autoconstrucción por familias con ingresos de 1 a 2 veces el salario mínimo, 53 viviendas serán construidas por el gobierno bajo el programa de vivienda de interés social para familias con ingresos de 2 a 4 veces el salario mínimo y las 21 viviendas restantes serán construidas por la burguesia que obtiene ingresos mayores a 4 veces el salario mínimo. Para mediano plazo (1988) se preve un incremento de 1,296 habitantes y siguiendo con la composición familiar de 6 habitantes/vivienda se obtiene un déficit de 216 viviendas nuevas más el 4 % de las viviendas existentes en la actualidad por reparación, así se obtienen 219 viviendas por reposición más las 216 viviendas nuevas más las 1,955 viviendas existentes se obtendra 2,390 viviendas en la ciudad de Sahuayo, de las 216 viviendas nuevas, 140 viviendas serán contruidas por autoconstrucción por familias con ingresos de 1 a 2 veces el salario mínimo, 54 viviendas serán construidas por el gobierno bajo el programa de vivienda de interés social para familias con ingresos de 2 a 4 veces el salario mínimo y las 22 restantes serán construidas por la burguesia que obtiene ingresos mayores a 4 veces el salario mínimo. Para largo plazo (2000) se preve un incremento de 4,204 habitantes y siguiendo con una composición familiar de 6 habitantes/vivienda se obtiene un déficit de 701 viviendas nuevas más el 10 % de las viviendas existentes en la actualidad por reparación, así se obtienen 683 viviendas

POBLACION ACTUAL 32,240
 COMPOSICION FAMILIAR 6 hab / fam.
 VIVIENDAS EXISTENTES 5,261
 HIPOTESIS 1 viv/fam.

TOTAL	100 %	5,261
BUENA	56 %	2,946
REGULAR	13 %	684
MALA	31 %	1,631

32,240 hab = 5,373 viviendas
 6 hab / viv. menos
5,261 viviendas existentes
 112 viviendas faltantes

1982

DEFICIT DE VIVIENDA 112
 VIVIENDA MALA PARA REPOSICION. 1,631
1,743 viviendas nuevas
 VIVIENDA REGULAR 684 vivienda a mejorar

1984

1988

2000

32,870
 6 hab / viv = 5,478
 5,373
 105 viv. nuevas
 107 viv. reposicion
 212 viv. nuevas
 1,743 viv. exist.
 1,955 total

34,116
 6 hab / viv = 5,694
 5,478
 216 viv nuevas
 219 viv reposicion
 435 viv nuevas
 1,955 viv existentes
 2,390 total

38,370
 6 hab / viv = 6,395
 5,694
 701 viv nuevas
 683 viv reposicion
 1,384 viv nuevas
 2,390 viv existentes
 3,774 total



NUMERO DE VIVIENDAS EN BASE AL SALARIO MINIMO.

ACCIONES NIVELES DE INGRESOS	ACTUAL 1982				CORTO PLAZO 1984				MEDIANO PLAZO 1988				LARGO PLAZO 2000			
	HAB		VIV		HAB		VIV		HAB		VIV		HAB		VIV	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1-2 V.S.M. AUTOCONSTRUCCION	20,956	65	1,133	65	21,365	65	1,270	65	22,208	65	1,553	65	24,940	65	2,453	65
2-4 V.S.M INTERES SOCIAL	8,060	25	436	25	8,218	25	488	25	8,542	25	598	25	9,693	25	943	25
+ 4 V.S.M. BURGUESIA	3,224	10	174	10	3,287	10	196	10	3,416	10	239	10	3,857	10	477	10
TOTAL	32,240	100	1,743	100	32,870	100	1,954	100	34,166	100	2,390	100	38,370	100	3,774	100

por reparacion más las 701 viviendas nuevas más las 2.390 viviendas existentes se obtendra 3.774 viviendas en la ciudad de Sahuayo, de las 701 viviendas nuevas. 456 viviendas serán construidas por autoconstrucción por familias con ingresos de 1 a 2 veces el salario mínimo, 175 viviendas serán construidas por el gobierno bajo el programa de vivienda de interes social con ingresos de 2 a 4 veces el salario mínimo y las 70 restantes serán contruidas por la burguesia que obtiene ingresos mayores a 4 veces el salario mínimo.

INFRAESTRUCTURA

VIALIDAD Y PAVIMENTACION

La zona de estudio cuenta con una via de comunicación regional que une a la ciudad de Sahuayo con la población de Jiquilpan y La Barca, está via de comunicación divide a la ciudad y cuenta con una vialidad alta y una pavimentación en buen estado. Las vias de comunicación primaria forma un circuito en la zona centro de la población y cuenta con una vialidad media y pavimentación en buen estado. Las vias de comunicación secundarias se dividen en 2 zonas como son zona centro: que cuenta con una vialidad baja y una pavimentación en regular estado y las zonas que rodean la mancha urbana las cuales cuentan con una vialidad baja y una muy mala pavimentación, empedrado ó carentes de pavimentación. Las vias de comunicación microregionales que unen a la población de Sahuayo con algunos caserios dispersos y que son brechas con una vialidad baja y carentes de pavimentación.

DRENAJE

La zona de estudio cuenta en su totalidad con servicio de drenaje a excepción de la Col. San Isidro y El Seminario que se localizan en la parte norte de la mancha urbana y El Fraccionamiento Popular y la colonia Las Rosas en la parte sur de la mancha urbana. Cuenta con un colector principal el cual desemboca en la laguna de desechos que se localiza a las afueras de la comunidad de la Yerbabuena, con los respectivos problemas que esto ocasiona a dicha comunidad.

ELECTRICIDAD

La zona de estudio cuenta en su totalidad con servicio de energía eléctrica domiciliaria, en el servicio de alumbrado público la zona centro es la única que cuenta con este servicio quedando sin alumbrado público todas las colonias de la orilla de la mancha urbana.



TRANSPORTE

La ciudad de Sahuayo cuenta con un terreno baldío que funje como central camionera para transporte interregional que comunica a Sahuayo con algunas poblaciones de municipios aledaños y además cuenta con una corrida cada hora que recorre toda la ciudad. la mayor movilización de personas dentro de la ciudad se realiza por medio del sistema de taxis y el transporte foráneo a las principales ciudades del país carecen de lugar en donde concentrar estas paradas de autobuses. los cuales se concentran en la avenida principal con los respectivos problemas para los ciudadanos.

AGUA POTABLE

La agua potable no la suministra el municipio ya que está concesionada a una empresa privada la cual cuenta con 3 fosos de captación y una planta de bombeo y 2 tanques de almacenamiento que se localizan en la parte alta de la ciudad a la falda del Cerro de Cristo Rey. Toda la ciudad cuenta con servicio de agua potable sin contar a las colonias El Seminario y San Isidro que se localizan en la parte norte de la zona de estudio. La zona centro es la que cuenta con un perfecto servicio de agua potable con una sobreutilización del servicio. en las zonas que rodean la zona centro de la mancha urbana llega a ser un servicio con grandes carencias la cual se encuentra en una subutilización.



EQUIPAMIENTO URBANO PROPORCIONADO POR EL ESTADO

EDUCACION:

- 1 Jardin de Niños
- 7 Escuelas Primarias
- 1 Escuela Secundaria Federal
- 1 Escuela Secundaria Tecnologica
- 1 Bachillerato Tecnologico

COMERCIO:

- 1 Mercado Público de 200 puestos
- 1 Tienda Conasupo tipo A
- 1 Tienda Tepepan

SERVICIOS:

- Comandancia de Policia
- Cementerio
- 2 Estaciones de Gasolina

COMUNICACIONES:

Oficina de Correos
Oficina de Telegrafos
Oficina de Telefonos

SALUD:

Clinica Hospital del IMSS de 6 camas
Clinica Hospital del ISSSTE de 10 camas

RECREACION:

4 Plazas con Jardin
3 Salas Cinematograficas
1 Casa de la Cultura
1 Unidad Deportiva

INVENTARIO DE SALUD

ELEMENTO	UBICACION.	UNIDAD DE SERVICIO	NUMERO DE UNIDADES	SUPERFICIE M ²		POBL. ATENDIDA	CALIDAD DE CONST.	OBSERVACIONES
				TOTAL	CONST.			
CLINICA HOSPITAL I.M.S.S	HERIBERTO JARA Y LIC. IGNACIO RAMOS COL. LAZARO CARDENAS.	CONSULTORIO.	6	1140	440	7000 DERECHO HABIENTES	BUENA	ESTA CLINICA, SOLAMENTE CUENTA CON CONSULTAS DE PEDIATRIA, MEDICINA GENERAL, GINECO OBSTRETICIA, ODONTOLOGIA, URGENCIAS Y TRABAJO SOCIAL.
		CAMA	6					
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E.	CONSTITUCION Y FCO HIGUERAS. COL. BARRIO I	CONSULTORIO CAMAS	6 10	860	480	7382 DERECHO HABIENTES	BUENA	ESTA CLINICA SOLAMENTE CUENTA CON CONSULTAS DE GINECOLOGIA, MEDICINA GENERAL, PEDIATRIA ODONTOLOGIA Y URGENCIAS.

DEFICIT Y SUPERAVIT DE EQUIPAMIENTO URBANO.

ELEMENTO	UNIDAD DE SERV.		DEFICIT	SUPER - HABIT	NORMA POB. A ATENDER	OBSERVACION.
	EXISTE	NECESITA				
CLINICA HOSPITAL I.M.S.S	6.-CONSUL- TORIOS	6.-CONSUL- TORIOS	—	—	7000 DERECHO HABIENTES	ATIENDE UNICAMENTE A DERECHO HABIENTES.
	6.-CAMAS	6.-CAMAS.				
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E.	6.-CONSUL- TORIOS	6.-CONSUL- TORIOS	—	—	7382 DERECHO HABIENTES.	ATIENDE UNICAMENTE A DERECHO HABIENTES
	10.-CAMAS	10.-CAMAS.				

NOTA - ESTAS DOS CLINICAS HOSPITAL SOLO ATIENDEN, 14382 HABITANTES DE LOS 32240 CON LOS QUE CUENTA EL POBLADO DE SAHUAYO, QUEDANDO 17858 HABITANTES SIN SERVICIO ASISTENCIAL DE SALUD POR PARTE GOBIERNO, TENIENDO QUE RECURIR A LA MEDICINA PRIVADA.

DEMANDA DE SALUD

COMPONENTE	CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO	TOTAL.
	1982 — 1984.	1985 — 1988	1999 — 2000	
CLINICA HOSPITAL DE 27 CAMAS	1.- UNIDAD 27 CAMAS 2550 M ² TERR./UNID. 1350 M ² CONST./UNID.	DEMANDA CUBIERTA	DEMANDA CUBIERTA	1.-UNIDAD, CLINICA HOSPITAL DE 27 CAMAS 2550 M ² TERRENO / UNIDAD 1350 M ² CONST./ UNIDAD
UNIDAD MEDICA DE PRIMER CONTACTO.	1.- UNIDAD 3 CONST. / 2 TURNOS. 570 M ² TERR./UNID. 225 M ² CONST./UNID.	DEMANDA CUBIERTA	1.- UNIDAD 3 CONST. / 2 TURNOS 570 M ² TERR./UNID. 225 M ² CONST./UNID.	2- UNID. MED. 1er. CONTACTO. 3 CONSULTORIOS / TURNOS 570 M ² TERRENO / UNIDAD. 225 M ² CONST. / UNIDAD

LA CLINICA HOSPITAL DEBE SER DE LA S.S.A., PARA CUBRIR EL DEFICIT DE CAMAS PARA LA POBLACION DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS QUE REURRE A LA MEDICINA PRIVADA, POR NO ESTAR AFILIADA LOS ORGANISMOS DE SALUD PUBLICA TALES COMO I.M.S.S. O I.S.S.S.T.E.

INVENTARIO DE COMERCIO

ELEMENTO	UBICACION	UNIDAD DE SERVICIO	NUMERO DE UNIDADES	SUPERFICIE M ²		POBL. ATENDIDA	CALIDAD DE CONST.	OBSERVACIONES
				TOTAL	CONST.			
CONASUPO TIPO "A"	BULEVAR LAZARO CARDENAS Y PROLONGACION GALEANA.	M ² CONST.	35 HAB/M ²	1000 M ²	900 M ²	31,500	BUENA	SE ENCUENTRA EN PERFECTO ESTADO.
MERCADO PUBLICO	FCO. I MADERO Y MATAMOROS.	PUESTOS	140 HAB/PUES	2,400 M ²	2,100 M ²	2,800 HAB.	MALA	SE REQUIERE LA REMODELACION INMEDIATA DEL LOCAL.
TIENDA TEPEPAN	AV. CONSTITUCION	M ² /CONST.	185 HAB./M ²	160 M ²	160 M ²	29,600 HAB.	BUENA	NO REQUIERE MEJORA

DEFICIT Y SUPERAVIT DE EQUIPAMIENTO URBANO

ELEMENTO	UNIDAD DE SERV.		DEFICIT	SUPER - HABIT	NORMA POB. A ATENDER	OBSERVACION
	EXISTE	NECESITA				
CONASUPO TIPO "A"	900 M ²	921 M ²	21 M ²	—	35 HAB./M ² DE CONSTRUCCION	COEFICIENTE DE USO: ES DE 35 HAB. x M ² DE CONSTRUCCION
MERCADO PUBLICO	200 PUESTOS	230 PUESTOS	30 PUESTOS	—	140 HAB./ PUESTO	COEFICIENTE DE USO: 140 - HAB. x PUESTO (ES NECESARIO PLANTEAR UN NVO. MERCADO).
TIENDA TEPEPAN	160 M ²	174 M ²	14 M ²	—	185 HAB / M ²	COEFICIENTE DE USO: 185 - HAB. x M ² DE CONSTRUCCION.

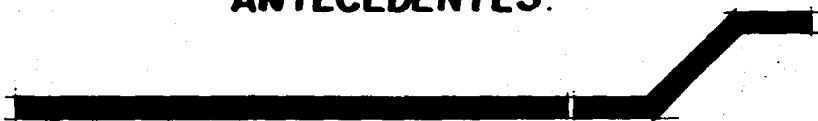
INVENTARIO DE EDUCACION

ELEMENTO	UBICACION	UNIDAD DE SERVICIO	NUMERO DE UNIDADES	SUPERFICIE M ²		POBL. ATENDIDA	CALIDAD DE CONST.	OBSERVACIONES
				TOTAL	CONST.			
JARDEN DE NIÑOS	LUIS ECHEVERRIA A. SUR COL. NORIA MONTES.	AULA	7	3,600 M ²	750 M ²	245 ALUM.	BUENA	TRABAJA UN TURNO Y TIENE POSIBILIDAD DE AMPLIARSE.
ESCUELAS PRIMARIAS PROFESORA RGEZ. CASTELLANOS	MORELOS Y DON VASCO	AULA	12	2,400 M ²	1,700 M ²	906 ALUM.	MALA	TRABAJA DOS TURNOS Y ES POSIBLE TENER MEJORA
LEONA VICARIO Y LAZARO CARDENAS	PARQUE LENEDY S/N.	AULA	12	9,000 M ²	1,800 M ²	1,017 ALUM.	REGULAR	TRABAJA DOS TURNOS
GRAL. FCO. J. MOJICA	PARQUE MORELOS S/N.	AULA	13	3,500 M ²	1,900 M ²	1,216 ALUM.	REGULAR	TRABAJA DOS TURNOS
AGUSTIN A RIVERA Y FCO. I MADERO	AZUETA Y PEDRO ROMERO	AULA	15	7,000 M ²	2,100 M ²	1,117 ALUM.	BUENA	TRABAJA DOS TURNOS
NIÑOS HEROES	INDEPENDENCIA Y MONTERDE	AULA	9	8,000 M ²	1,600 M ²	791 ALUM.	BUENA	TRABAJA DOS TURNOS
JOSE MARIA MORELOS Y ADOLFO RUIZ.	IGNACIO RAMOS Y CAYETANO CORREA	AULA	10	8,000 M ²	1,600 M ²	908 ALUM.	MALA	TRABAJA DOS TURNOS Y NECESITA MEJORAS
HERMENEGILDO GARCIA	COL. LAS ROSAS	AULA	10	8,000 M ²	1,600 M ²	840 ALUM.	BUENA	TRABAJA DOS TURNOS
ESCUELAS SECUNDARIAS								
ESCUELA SECUNDARIA GENERAL	ADALFO LOPES MATEOS Y BRASIL COL. DAMASO CARDENAS	AULA	18	10,000 M ²	2,300 M ²	8500 ALUM.	BUENA	TRABAJA UN SOLO TURNO Y EN DADO CASO PODRIA TRABAJAR DOS TURNOS
SECUNDARIA TECNICA No 55	CALLE BRASIL S/N. FRACCIONAMIENTO POPULAR	AULA	17	6,600 M ²	2,300 M ²	800 ALUM. 230 ALUM.	BUENA	TURNO MATUTINO TURNO VESPERTINO
BACHILLERATO TECNICO	AV. LAZARO CARDENAS E IGNACIO ALLENDE	AULA	7	5,600 M ²	1,500 M ²	250 ALUM.	BUENA	TRABAJA UN SOLO TURNO

DEFICIT Y SUPERAVIT DE EQUIPAMIENTO URBANO

ELEMENTO	UNIDAD DE SERV.		DEFICIT	SUPER- HABIT	NORMA POB. A ATENDER	OBSERVACION (COEFICIENTE DE USO)
	EXISTE	NECESITA				
JARDIN DE NIÑOS	7 AULAS	42 AULAS	35 AULAS	—	NIÑOS DE 4 y 5 AÑOS 4.5 % POB. TOTAL	COEFICIENTE DE USO ES DE 35 ALUM./AULA x TURNO 212 M ² /AULA
ESCUELA PRIMARIA	162 AULAS 2 TURNOS	135 AULAS 2 TURNOS	—	27 AULAS	POB. 6-14 AÑOS 21 % POB. TOTAL	50 ALUM./AULA, 117 M ² /AULA 390 M ² /AULA, EN 2 TURNOS
ESCUELAS SECUNDARIAS						
SEC. GENERAL	18 AULAS 1-TURNO	28 AULAS 1-TURNO	10	—	POB. 12-16 AÑOS 4.3 % POB. TOTAL	50 ALUM./AULA, 125 M ² /AULA 500 M ² /AULA, UN TURNO, EL DEFICIT SE CUBRE CON DOS TURNOS.
SEC. TECNICA	34 AULAS	22 AULAS	—	12 AULAS	POB. 12-16 AÑOS 3.5 POB. TOTAL	50 ALUM./AULA, 150 M ² /AULA 600 M ² /AULA, 1 TURNO
BACHILLERATO TECNOLÓGICO	7 AULAS	—	—	—	POB. 16-19 AÑOS 1.1 % POB. TOTAL	50 ALUM./AULA, 200 M ² /AULA 900 M ² /AULA-1 TURNO

ANTECEDENTES.



INTRODUCCION:

Los problemas de salud y su distribución clasista, el acceso diferencial de la población a los servicios sanitarios asistenciales y el grado de protección social de los habitantes son indicadores del bienestar general de la población.

La práctica médica y sanitaria, el saber y las interpretaciones dominantes pondera excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad.

Se oculta o menosprecia la existencia de un proceso colectivo de salud-enfermedad, cuya expresión en daños a la salud producen las condiciones sociales existentes y el tipo de relación de una sociedad dada con la naturaleza.

Independientemente de las aproximaciones individualistas y biológicas en torno a la problemática de salud, la base material y el carácter histórico del proceso salud-enfermedad reflejan con fidelidad el grado de desarrollo y bienestar de una ciudad, su composición interna y su estructura de clases.

La situación de salud de un país depende de las condiciones generales de la vida de la población, en mucho menor grado la práctica médico-sanitaria, en consecuencia la revisión de las condiciones de salud explora en última instancia la forma en que está se traduce a fenómeno de masas.

ANTECEDENTES HISTORICOS:

A muy grandes resgos se puede decir que en época de la colonia la atención médica y la ayuda a los menesterosos, era realizada por las instituciones clericales ó en lugares patrocinados por el gobierno virreynal ó por algunos particulares. La ideología cristiana de la ayuda al prójimo y la caridad determinó la aparición de asilos, hospitales, casas de asistencia y orfanatorios.

Tras la independencia la noción cristiana de caridad se vio cambiada en lo nominal más no en lo sustancial, por la idea de la beneficencia pública; el estado ejercía una obra filantrópica en materia hospitalaria sin que esto implicara obligación alguna para llevarla a cabo.

Las formas privadas de beneficencia continuaron vivas pero en menor importancia, después de un abandono y una crisis que duró décadas, el porfiriato vio resurgir a las ideas de beneficencia y salubridad, todavía bajo el régimen ideológico de la atención médica como expresión filantrópica, se fundó en esa época el Hospital General de la Ciudad de México.

Pasada la revolución las organizaciones y las instituciones de beneficencia pública y privada continuarón inalteradas pero con cambios de nombre. Al mismo tiempo fueron creados el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad, pero no fué sino apartir de la tercera década de este siglo que se modificó el concepto de beneficencia, surgiendo entonces la idea de asistencia social como una función obligatoria del estado, lo que aparentemente suponía la terminación del filantropismo.

El derecho a la salud comenzó como un derecho de todos los individuos, al mismo tiempo que se gastaba la idea de la seguridad social.

En 1937 se creó la Secretaria de Asistencia Pública teóricamente destinada a brindar asistencia médica a todos los sectores de la población. En 1943 se fusionaron la Secretaria de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad y así nació la Secretaria de Salubridad y Asistencia Pública (S.S.A).

Hasta fines de los años treinta los servicios de salud no eran obligación del estado quedando está al albitrio de la beneficencia pública y privada, las acciones que emprendía el estado a nivel nacional era primordialmente de saneamiento y en segundo término la de asistencia médico social

En el régimen de Lazaro Cardenas se dió inicio a una política de atención para la salud al medio rural, mediante el servicio social de los pasantes de medicina y los servicios médico-sanitarios ejidales que en 1941 pasaron a ser los servicios rurales cooperativos, también se impulsaron acciones para la integración de los pueblos indígenas que incluían la presentación de servicios médicos.

A partir de los años cuarenta, la creciente industrialización y la política de protección al capital por parte del estado, propiciaron una racionalización de los servicios públicos de salud con fines de producción de las fuerzas de trabajo, esto se sumo a la creciente demanda obrera en materia de salud que fué capitalizada a corto plazo por la clase dominante, todo esto dió lugar en 1943 a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social que comenzó a proporcionar servicio médico al sector más productivo del país; los asalariados urbanos y el proletariado industrial.

El Instituto Mexicano del Seguro Social concentro recursos públicos para atender una pequeña fracción de la clase trabajadora, el ejidal, modelo económico de desarrollo del país, a los que había en buenas condiciones para la producción preservando su salud o rehabilitándola para la vida productiva. Unos años después en 1960 dado el crecimiento de la

burocracia estatal y de sus demandas asistenciales se creó el I.S.S.S.T.E que entre sus funciones cuenta con la de dar servicio de salud a los trabajadores de la federación. Sobre las mismas bases fueron creándose los servicios de salud de algunos organismos y empresas descentralizadas tales como: PEMEX, F.F.C.N.M. etc y las dependencias estatales selectivas como la Secretaria de Marina y la Secretaria de Hacienda y Crédito Público etc, también en los años sesentas surgieron instituciones de asistencia médico-social para la población infantil tales como: El Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, que apartir de 1977 han sido reunidos en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La salud de las masas campesinas quedó asignada a la Secretaría de Salubridad Asistencia Pública a través de los servicios coordinados de salud pública en los estados (antes servicios rurales por cooperación). La seguridad social comenzó con pasos muy lentos, desde fines de los años cincuentas a cubrir algunos sectores campesinos con capacidad contributiva, a través del régimen de extensión del campo, pero éste se ha encaminado únicamente hacia los núcleos de trabajadores agrícolas más organizados y más relevantes para la producción nacional.

En el año de 1973 se hecho a andar el programa de solidaridad social del I.M.S.S. y CONASUPO que tuvo alcances muy cortos y que desde 1977 estuvo en fase de congelación hasta que fué semi-resusitado a mediados de 1979 por el programa de servicios médicos I.M.S.S. COPLAMAR que pretender proporcionar atención médica a núcleos indígenas y marginados del campo y las ciudades.

PLANES Y POLITICAS EN TORNO AL PROBLEMA DE SALUD:

Los lineamientos de politica establecidas en el plan global de desarrollo, tales como la extención de la cobertura para proporcionar mínimos de salud en áreas prioritarias y las estrategias definidas en base de la instrumentación de un sistema por niveles de atención (sistema de servicios de salud) con énfasis en las actividades preventivas y sobre la reubicación de recursos y tecnologia disponible, requiere del acuerdo desarrollo de las redes de servicio cuya proyección debe estar estructurada por etapas definidas en el mediano y largo plazo.

El sistema de servicios de salud nacional está integrado por tres niveles de atención:

El primero se enfoca primordialmente en preservar y conservar la salud de la población por medio de las acciones de promoción, protección especificadas diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia mediante una combinación de recursos simples.

El segundo nivel le corresponde las actividades dirigidas a la reestructuración de la salud, atendiendo daños frecuentes y de mediana complejidad, los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y en lo que respecta al medio ambiente ejerce un control sanitario y de contaminación ambiental.

El tercer niveles el que realiza actividades de restauración de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad, diagnóstico y tratamiento que ha sido referido por los otros niveles de atención, a nivel ambiental se ejercen acciones normativas y de monitoreo de la contaminación que requiere una tecnologia especializada.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de la Comisión Interna de Administración y Programación, lleva a cabo un programa tendiente a la relación del proceso de desarrollo de la infraestructura física de salud. Este programa tiene como puntos básicos, la situación de servicio de salud y el desarrollo de un modelo, dicho modelo tiene como finalidad proporcionar un marco de referencia para la planeación de la infraestructura física, orientar la inversión, proporcionar orientación para la regionalización y elementos de decisión para el desarrollo de programas de salud pública. En su etapa actual el modelo se compone de los principales elementos conceptuales de una definición de las áreas operativas necesarias, para implementar los niveles de atención de los criterios básicos para diseñar un modelo de regionalización así como de elementos que son necesarios para complementarlos como son; el cálculo de coberturas, la determinación de los isócronas para unificar las áreas de afluencia de los servicios y los indicadores que determinan los recursos para proporcionar servicios eficaces y eficientes.

Para el desarrollo de este modelo se ha tenido en cuenta las políticas nacionales de desarrollo, los planteamientos sectoriales expresados a través del gabinete de salud y de los lineamientos internacionales determinados por la organización mundial de la salud.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública a desarrollado algunos sistemas que contemplan la regionalización de la atención, entre ellos destaca el sistema nacional de hospitales de concentración que se desarrolla por la necesidad de fortalecer y ampliar los servicios de segundo nivel así como atender las demandas de enfermos referidos por los centros comunitarios.

las campañas de vigilancia, control e erradicación de ciertos padecimientos, las acciones de saneamiento ambiental y control de contaminación, la potabilización del agua, los programas de nutrición y promoción de programas de obras comunitarias etc. Pero además de estas obligaciones tiene el compromiso declarativo de otorgar servicio médico a la tercera parte de la población mexicana, cosa que no se cumple.

Solo los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública están financiados por el estado, pero desde hace algunos años se introdujo la modalidad de cobrar cuotas de recuperación a sus usuarios, ya sea en dinero ó por medio de la donación de sangre, lo que se torna una barrera de acceso a los servicios para la población marginada que suele necesitarlos, esto último hace a los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública sigan siendo en parte subsidiadas y con alto grado de ineficiencia y en parte inaccesible para la población necesitada lo que los aleja seguramente de una política sólida de bienestar social por parte del estado y de su capacidad para hacer efectivo el derecho a la salud. De lo anterior se desprende que los servicios públicos de salud se han convertido en instrumento de intermediación política usado por el estado para sofocar parcialmente las demandas más exigentes de núcleos organizados de trabajadores agrícolas e industriales otorgando concesiones en las servicios sin modificar las condiciones de la población.

El derecho de los ciudadanos mexicanos los hace solicitar servicios de prevención de la salud y de recuperación de los mismos en lugares adecuados para dichos fines tales como; Centro Médico de Especialidades, Hospitales de Concentración y Centros Comunitarios de Salud.

El proyecto de Hospital General de Concentración en la ciudad de Sahuayo Michoacán, responde al problema de la salud pública en el municipio y servira de apoyo a los Centros Comunitarios de salud de primer

otros. En segundo término el del Instituto Mexicano de Seguridad Social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales y paraestatales, basadas en un derecho gremial a la prestación de servicios de la salud entre ellos a través generalmente de financiamiento tripartita ó bipartita es decir de las aportaciones de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno dentro de esto se ubica I.M.S.S., PEMEX e I.S.S.S.T.E. etc. En tercer lugar los servicios de salud privada constituidos por profesionales que trabajan en forma individual ó por grupos reunidos en unidades de atención externa u hospitalarias que prestan sus servicios como un negocio, sujeto a las leyes de mercado y en régimen de libre empresa.

El acceso a los servicios de salud y el tipo de servicios que se recibe varia en razón de la clase social, según el tipo de atención se puede hablar de tres diferentes clases que reciben atención médica.

El primero lo constituye la burguesía y algunos sectores de la clase media con poder de compra suficiente para adquirir servicios de la medicina privada.

El segundo lo constituyen trabajadores y afiliados a algún régimen de seguridad social y los familiares de los derechohabientes.

El tercero lo integran quienes sin derecho a la seguridad social no tienen recursos necesarios para los servicios de la medicina privada y lo forman: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, subempleados, grupos de marginados etc.

Es decir la gran mayoría de la población cubierta parcialmente por la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.

Es importante subrayar que los servicios de salud pública en el país sufren una cierta dispersión a más de caracterizarse por un atraso pasmoso que lo desubica más en las estructuras modernas de acciones integradas para la protección de la salud colectiva. Así la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública dotada de pocos recursos económicos le corresponde la acciones básicas de servicio no personales ó colectivos, como

**PROYECTO ARQUITECTONICO.
CLINICA HOSPITAL.**



DELIMITACION CONCEPTUAL:

En cada formación económica-social se genera una ó varios instituciones cuyo fin es de proporcionar servicios de salud de una población determinada, los servicios de salud se dividen en dos grandes tipos:

Los personales que suponen una atención individual con fines preventivos, curativos ó rehabilitatorios y los no personales ó los destinados a mejorar las condiciones generales de salud y vida.

Ante el cuadro nacional de necesidades de salud que exigiera como prioridad, servicios no personales (dotación de agua potable, alcantarillados, programas de alimentación y saneamiento básico del medio ambiente) e inmediatamente despues servicios personales de tipo preventivo (inmunización, protecciones específicas, consulta a población sana y educación para la salud).

La respuesta social de nuestro país aún modelo centrado de acciones curativas y rehabilitatorias personales y no en las actividades no personales, que en su mayoría son las causantes de las enfermedades de los habitantes y por la inadecuada ó insalubre zona en que habitan.

Según su papel específico se puede dividir a los servicios de salud en públicos y privados y a los primeros en instituciones de seguridad social e instituciones asistenciales, además de los servicios de salud populares (curanderos, brujos etc.) se puede hablar de tres tipos de atención profesional a la salud.

En primer lugar tenemos el que se ajusta al postulado de la salud, derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios de salud tal es el caso de Secretaria de Salubridad y Asistencia Pública, el Departamento del Distrito Federal y

nivel de los municipios aledaños y tendrá como base los siguientes factores:

SOCIAL:

Brindar atención a toda la población del municipio que se encuentra desprotegida de los servicios de salud tales como; I.M.S.S., I.S.S.S.T.E etc. sin importar su clase social, pero principalmente estará dirigida a la población de escasos recursos económicos, para satisfacer así la demanda de este servicio.

PSICOLOGICO:

Se basa en el concepto de tratar de brindar un apoyo psicológico a la población de escasos recursos económicos que se sentira protegida por una institución de salud en la cual podrá asistir a prever enfermedades y cuidadr de su intregación física sin que esto afecte su precaria economía.

- FUNCION:

Será la de brindar atención médica en sus tres etapas tales como; prevención, atención y recuperación de la población que requiera de sus servicios, ya sea del municipio de Sahuayo ó de los municipios aledaños.

AMBIENTALIDAD:

El contenido conceptual de esté punto se basa en el confort que tenga el usuario al encontrarse dentro del inmueble, basandose esté en los recursos naturales, tales como; la iluminación natural, ventilación natural y espacios verdes en el interior del inmueble.

ECONOMICO:

Está contemplado a tomar todos los recursos materiales ó tecnológicos que existan en la región, para minimizar el costo del proyecto en todo lo que sea humanamente posible.

DETERMINACION DEL TEMA:

El tema de Clinica Hospital General de Concentración de 70 camas en la ciudad de Sahuayo Michoacán, se eligio en base al déficit que presenta el municipio en el aspecto de salud pública actualmente y el el año 2000.

Población sin srevicio en el año 1982 será de 21,629 hab.

Población sin servicio en el año 2000 será de 26,236 hab.

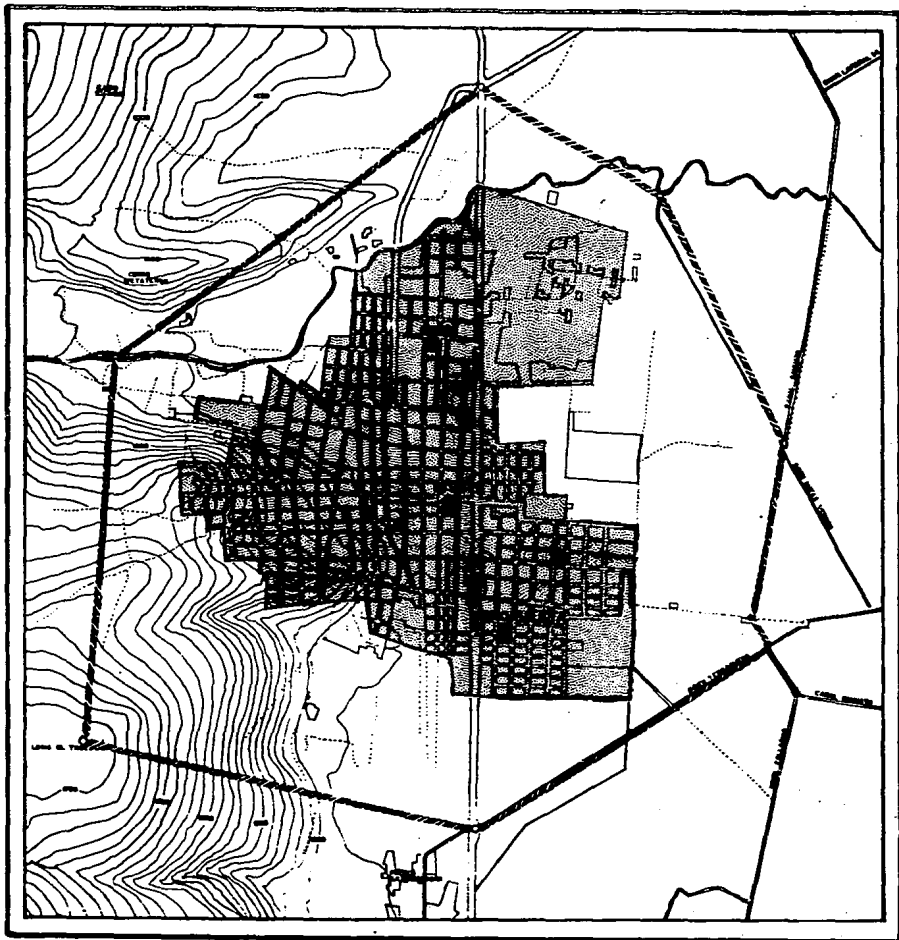
Otro factor importante que intervino para que el Hospital de Concentración de 70 camas, se justificara fué la falta de un elemento de segundo nivel de atención médica en la región, que sirva de apoyo a los centros comunitarios de salud de los municipios aledaños que se encuentran a un isócrona de una hora a una hora y media, en medio de transporte habitual, tales municipios son:

Cojumatlan de Regules	C.C.S. Tipo # 1	6,000 hab.máximos de atención
Venustiano Carranza	C.C.S Tipo # 1	6,000 hab.máximos de atención
La Palma	C.C.S. Tipo # 1	6,000 hab.máximos de atención
Pajacuaran	C.C.S. Tipo # 1	6,000 hab.máximos de atención
Jiquilpan	C.C.S. Tipo # 2	18,000 hab.máximos de atención

Y que cuente con una población potencial de 48,000 habitantes sin servicio de atención médica de segundo nivel que sumado a la población municipal, tendríamos una población de 69,629 habitantes que multiplicados por el factor de 0.825 camas/1,000 habitantes (norma de S.S.A) se obtienen 58 camas a corto plazo y para largo plazo (el año 2000) se proyecta una población de 74,236 habitantes que multiplicados por el factor de 0.825 camas/1,000 habitantes, se obtiene un total de 62 camas y para el crecimiento no previsto de un nuevo centro comunitario se dan 8 camas más. Considerando desde el principio al Hospital General de Concentración con las 70 camas por ser muy poco el crecimiento de estas, para las normas de los demás locales del Hospital se consideraran las desarrolladas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para los hospitales de 70 camas, ya que es la institución que tiene más desarrolladas estas normas.

LOCALIZACION DEL TERRENO:

El terreno que se eligió se encuentra ubicado al sureste de la mancha urbana en las calles de David Franco y Damaso Cardenas y las calles de Colombia y Panamá en el Fraccionamiento Popular (zona de nuevos asentamientos humanos). El uso del suelo es habitacional y su valor es relativamente bajo y es de propiedad municipal, cuenta con los servicios de agua potable, electricidad, alcantarillado y calles empedradas en regular estado y la vialidad en el acceso al hospital es secundaria y se encuentra bien comunicada con los municipios a los que prestará servicio.



MICHOACAN



SIMBOLOGIA

- SALUD
- CLINICA HOSPITAL
- INSS
- ISSSTE

ESTAS CLINICAS ATIENDEN 14,382 PERSONAS DE 32,240 POR TOTAL. LAS 17,058 PERSONAS RESTANTES PERTENCEN AL SERVICIO PRIV., POR LO QUE SE TENDRAN QUE ATENDER. HACE FALTA CREAR OTRA CLINICA HOSPITAL DE LA S.S. PARA SATISFACER LA DEMANDA.

- LOCALIZACION: PROPIETA DEL TERRENO, PARRA A CLINICA HOSPITAL S.S.A.

URABE



LOCALIZACION

FECHA: 15/10/80 EST. 1980 LO-1

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

BREVE DESCRIPCION DEL PROYECTO ARQUITECTONICO:

El proyecto arquitectónico del Hospital General de Concentración está encaminado a la funcionalidad de sus espacios, tanto para los pacientes como para el personal que laborará en él.

Está distribuido de tal manera que no existan circulaciones iguales para los usuarios y el personal del hospital.

El acceso al Hospital está enmarcado por una plaza, en el interior se encuentra el vestíbulo que nos comunica con recepción, farmacia, consulta externa, diagnóstico y gobierno.

Una de las preocupaciones es que la salas de espera no sean tediosas, esto se trata de solucionar con jardines interiores con acceso al público, otros elementos que nos preocupan es la iluminación natural en las salas de espera, vestíbulo, sala de diagnóstico y en los encamados.

Para el funcionamiento adecuado del Hospital se generan pasillos para personal que sirvan como elementos de comunicación con todos los servicios tales como; cirugía, diagnóstico, consulta externa, fisioterapia, anatomía, patología y con las oficinas de gobierno así como con servicios generales y con los servicios de encamados que se encuentran ubicados en los niveles superiores, uno para medicina y cirugía general y otro para ginecología y obstetricia y pediatría.

En el proyecto arquitectónico se trata de crear espacios agradables en el interior para dar una nueva imagen al Hospital.

PROGRAMA ARQUITECTONICO POR FUNCIONES:

RECEPCION:

Su función es la proporcionar información general y además efectuar diversos trámites rutinarios relacionados con la atención médica que proporciona el propio hospital. En recepción se llevan las siguientes funciones:

- Información general.
- Apertura de expedientes clínicos
- Solicitud de consultas
- Informes a cerca de los pacientes enfermos.
- Autorización de visitas a los enfermos internados.
- Solicitud de entrega de cadaveres.

Arquitectónicamente la recepción es un espacio ubicado en el vestibulo principal del hospital y requiere de una área de 35 m² y requiere de una comunicación directa con el archivo clínico.

ARCHIVO CLINICO:

Su función es la formación, guarda y manejo de los expedientes clínicos de los pacientes y en consecuencia también de los catálogos que se requieren para dicho manejo; la elaboración de la estadística y bio-estadística que se derivate los mismos expedientes.

El archivo clínico no tiene trato con el público; con las recepcionistas ubicada en el área de recepción su relación es constante puesto que ésta abre los expedientes que enseguida pasan a formar parte del

archivo y además tiene un importante movimiento de documentos con los diversos servicios médicos de hospital: envía a la consulta externa diariamente los expedientes clínicos de los enfermos que han sido citados previamente y en caso necesario de los que se presentan a consulta de urgencia.

Estos expedientes son devueltos diariamente al término de las labores. Cuando los pacientes son internados, el archivo clínico remite a la oficina de admisión y ésta a la correspondiente unidad de hospitalización los respectivos expedientes que permanecen en hospitalización hasta que los enfermos son dados de alta o fallecen y en ambos casos se devuelve los documentos al archivo clínico.

El archivo clínico recibe también los informes de los laboratorios y del departamento radiológico respecto a los exámenes practicados a los pacientes y los incorpora al expediente clínico.

El local del archivo clínico se divide virtualmente en dos partes: una destinada a las labores de formación de expedientes, incorporación de nuevos documentos, elaboración de informes y preparación de tarjetas para fines estadísticos.

La otra parte, principal en dimensiones, es la ocupada por los anaqueles que alajaran 51,800 expedientes ocupando una área de 46 m².

CONSULTA EXTERNA:

La consulta externa es el departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no hospitalizados, cuyos padecimientos les permite asistir al hospital. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole, pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conduce al diagnóstico de un tratamiento y también en el tratamiento mismo cuando este no requiere equipos ni condiciones muy especiales.

Comprende lo que a grandes rasgos se define como Medicina

Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidades.

La consulta externa se relaciona de manera principal con el archivo clínico, la oficina de trabajo social y con la farmacia. En segundo grado con los laboratorios por lo que se refiere a la toma de muestras, con el departamento de radiología y con el de urgencia. En menor grado con las oficinas de gobierno del hospital.

Normas para locales de consulta externa: Se considera que un médico familiar puede atender a 2,000 habitantes, pero se considera 2 turnos alternos, esto hace que el total de la población se divida entre 4,000 habitantes /consultorio: 48,000 habitantes

4,000 habitantes =12 consultorios

12 consultorios x los coeficientes que rigen al IMSS para determinar los consultorios de especialidades.

Medicina General Adultos	54.60 %	= 6 consultorios
Medicina General Niños	15.00 %	= 2 consultorios
Odontología	5.00 %	= 1 consultorio
Ginecología y Obstetricia	2.20 %	= 1 consultorio
Oftamología	2.11 %	= 1 consultorio
Cirugía	0.81 %	= 1 consultorio
Medicina preventiva	0.45 %	= 1 cubiculo

nota: la población total sin servicio medico de segundo nivel a largo plazo será de 74,236 habitantes, pero para considerar los locales de consulta externa solo se considerara una población potencial de 48,000 habitantes, ya que los centros comunitarios de salud cuentan con sus propias consultas externas.

FARMACIA:

La farmacia provee de medicamentos para uso de los pacientes externos e internos de los hospitales. Arquitectónicamente, la farmacia no es un departamento sino un local de funcionamiento independiente que debe satisfacer los requisitos de ubicación que a continuación se mencionan: ubicar la farmacia en el vestibulo principal del hospital, en el trayecto normal de los pacientes que salen de la consulta externa y necesitan obtener las medicinas prescritas por los médicos o bien de los que vienen de la calle para el mismo fin. Las partes características de una farmacia son: mostrador de entrega de medicamentos, oficina del responsable, anaqueles para guarda de medicamentos, recetario y almacén.

LABORATORIOS CLINICOS:

En la actualidad el término de laboratorio se aplica a edificios o locales que hacen cualquier tipo de experimentación o investigación, no solamente en el terreno científico o tecnológico, sino aún en actividades artísticas. En los hospitales se usa dicha palabra en su sentido original o tradicional, que se relaciona con el tipo de mesa apropiado para realizar labores de farmacología y química y que ahora sirve también para otras preparaciones y exámenes. En la organización del hospital general, los laboratorios se califican como uno de los principales auxiliares o medios de diagnóstico. Su importancia en el programa ha ido creciendo por el papel que desempeñan en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y también muy importantemente en la prevención de las enfermedades y por ende, en el moderno concepto de la medicina social.

A los laboratorios acuden pacientes externos, puesto que los exámenes que se requieren de los enfermos hospitalizados se hacen mediante muestras que se toman en las unidades de hospitalización, su ubicación es

con fácil liga a la sección de recepción del archivo clínico y en menor grado con el departamento de consulta externa. Los locales que componen el programa del Departamento de Laboratorio del hospital pueden agruparse en dos partes: una relacionada directamente con el público y que está formada por la sala de espera, la oficina de control y recepción de muestras, los cubículos de toma de muestras y la zona de recolección de muestras; la otra parte se constituye con lo que son propiamente los laboratorios de análisis que en su funcionamiento no tienen trato con el público.

Normas para determinar la capacidad de los laboratorios: el primer paso en la planeación de los laboratorios de un hospital es estimar la demanda de análisis que tendrá como dato fundamental para determinar la capacidad de los diversos locales que componen los laboratorios.

A).- Por lo que respecta a los pacientes enfermos externos diariamente se solicitan exámenes a 8.8 pacientes por cada 5,500 habitantes.

B).- Respecto a los enfermos hospitalizados el 65 % de ellos requiere análisis diariamente, pero de este 65 %, el 40 % puede acudir a los cubículos de toma de muestras.

C).- El número de pacientes que diariamente son objetos de exámenes de laboratorio, pero cada paciente significa en promedio 4 exámenes.

74,236 hab x 8.80 exámenes	
5,500 hab	= 118 exámenes externos
70 camas x 65 %	= 45 exámenes internos

163 exámenes diariamente x 4 exámenes promedio = 652 exámenes diariamente

Número de cubículos de toma de muestras:

118 pacientes + (40 % x 70 camas)= 146 pacientes

146 pacientes

16 muestras/hora x 2.5 horas de servicio = 4 cubículos

El 20 % debe ser considerado para toma de muestras ginecologicas por lo tanto se requieren:

3 Cubículos de tomas de muestras

1 Cubiculo de tomas de muestras ginecologicas.

En cuanto al número de secciones del laboratorio los especialistas aconsejan tomar la norma de una seccion de laboratorio de 5 m por cada 12,500 habitantes o una unidad de laboratorrio por cada 30 camas, más una sección de laboratorio después de 300 camas

70 camas

30 camas/unidad de laboratorio = 3 unidades de laboratorio

Laboratorio de Hermatologia: en este laboratorio se efectuan diversas pruebas que se resumen para el objeto que persigue este estudio en tres pruebas: pruebas de coagulación, pruebas de contabilidad sanguinea y morfologia, no confundir el laboratorio de hermatologia con el banco de sangre.

Laboratorio de Química Clinica: en los hospitales generales el laboratorio de rutina de Química Clinica realiza análisis que deben

clasificarse en la siguiente forma: Química sanguínea de rutina, exámenes generales de orina y determinación de reserva electrolítica y bióxido de carbono en la sangre.

Laboratorio de Microbiología: la coproparasitología tiene por objeto investigar la presencia de parásitos en materias fecales; el trabajo de bacteriología consiste en examinar directa o indirectamente la presencia o actividad de organismos microscópicos en sangre, orina, materia fecal, jugo gástrico y exudados orgánicos.

BANCO DE SANGRE:

El Banco de Sangre es el departamento o dependencia de los servicios médicos de una institución que tiene por función obtener sangre de personas sanas para ser empleada, la mayor parte de las veces, en las transfusiones que requieren los pacientes en el curso de las operaciones y partos o en la secuela de estas intervenciones en la que permanecen los enfermos en el hospital, para la obtención se la sangre se cuenta con donadores que gratuitamente o mediante pago acuden periódicamente a que se les extraiga la sangre. El criterio respecto a los Bancos de Sangre de una institución de ámbito nacional como son el IMSS o el ISSSTE es el de tener Banco de Sangre en los Hospitales Regionales cuya población no será menor de 20,000 habitantes.

RADIODIAGNOSTICO:

En los hospitales las radiaciones X se emplean en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades, utilizando al efecto diferentes técnicas, como auxiliares del diagnóstico se trata genéricamente de obtener imágenes de las partes internas del cuerpo humano, haciendo pasar

un haz de Rayos X a través de él, e imprimiendo la imagen emergente en una placa fotográfica que posteriormente es revelada o convirtiendo la imagen emergente en visible en la pantalla fluorescente. Como tratamiento, se emplean las radiaciones para producir efectos biológicos sobre las células vivas con objeto de combatir las enfermedades. A este procedimiento se le denomina radioterapia y al otro radiodiagnóstico.

La radiología clínica presta una contribución importante al estudio integral del paciente, como auxilio del diagnóstico permite llegar a conclusiones precisas y consecuentemente a mejores tratamientos; siendo además uno de los medios para el encauzamiento de la medicina preventiva.

Para la planeación del Departamento Radiológico, conviene conocer las características esenciales de los rayos X. Estas son vibraciones electrónicas semejantes a los rayos luminosos, los rayos colóricos y las ondas de la radio.

Los Rayos X son empleados en la medicina por las siguientes propiedades: Poder de penetración en la materia

Efectos luminiscentes en varias sustancias

Efectos biológicos que se manifiesta como cambios en los tejidos vivos.

Normas para determinar el número de salas radiológicas: en la planeación de un Departamento de Radio-diagnóstico, la primera cuestión en precisar es el número necesario de salas radiológicas, entendiéndose que en principio, cada equipo de radiografía o fluoroscopia requiere una sala propia.

El número de salas radiográficas que debe tener un Departamento de Radiodiagnóstico depende, lógicamente, en principio del número de estudios que deben realizarse, del tiempo en promedio pueda considerarse para cada estudio y por otra parte, el tiempo de trabajo de la sala.

El examen de las estadísticas obtenidas durante un lapso

considerable de años en las unidades del IMSS, permite aconsejar el empleo de los siguientes coeficientes: el 20 % de los habitantes pasan por el servicio de Rayos X en un año, cada paciente significa un estudio y cada estudio en promedio de 2 radiografías.

En relación con los pacientes hospitalizados, se considera que asisten al Departamento de Radio-diagnóstico el 10 % diariamente.

Por lo que respecta al tiempo que se requiere en cada estudio, la investigación realizada al efecto indica en la Clínica de adscripción, el tiempo promedio es de 18 minutos por estudio; en las Clínicas Hospitales de 20 minutos por estudio y en los Hospitales de concentración de 24 minutos.

En cuanto al tiempo de trabajo de una sola, normalmente hay que considerar 8 horas de trabajo durante 25 días al mes.

$$74,236 \text{ habitantes} \times 20 \% = 14,847 \text{ exámenes} \\ 300 = 49.49 \text{ exámenes diarios}$$

$$70 \text{ camas} \times 10 \% = 7 \text{ exámenes} = 7.00 \text{ exámenes diarios} \\ = 56.49 \text{ exámenes diarios}$$

$$56.49 \text{ exámenes diarios} \times 20 \text{ minutos c/u} \\ 60 \text{ minutos} = 18.83 \text{ horas sala}$$

$$18.83 \text{ horas salas} \\ 8 \text{ horas turnos} = 2 \text{ salas radiológicas}$$

Las Salas Radiológicas son los locales donde se efectúan los exámenes radiográficos y fluoroscópicos. Estas salas requieren un acondicionamiento específico para que los exámenes puedan efectuarse en condiciones adecuadas.

El uso de los Rayos X para fines de diagnóstico médico implica el riesgo de radiaciones dañinas para los pacientes y el personal.

FISIOTERAPIA:

La Fisioterapia es la rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de enfermedades o deficiencias, principalmente de los sistemas músculo-esqueléticos y del vascular, por medio de los agentes físicos como la electricidad en diversas formas o el agua empleados en masajes o ejercicios musculares. La Fisioterapia se emplea en la secuela de muy diversos padecimientos: fracturas, quemaduras, accidentes vasculares, reumatismo, amputaciones, parálisis infecciones urales, neuritis etc.

No se tienen datos suficientes para estimar en un hospital general las necesidades de un departamento de Fisioterapia, en relación con el número de habitantes, pero se puede determinar que se requiere

1 Consultorio X 100 camas	= 1 consultorio
1 Cubículo de hidroterapia X 100 camas	= 1 cubículo de hidroterapia
1 Cubículo de luminiterapia X 100 camas	= 1 cubículo de luminiterapia
1 Cubículo de electroterapia x 100 camas	= 1 cubículo de electroterapia
0.50 m ² de gimnasio X cama (0.50x70 camas)	= 35 m ² de gimnasio

URGENCIAS:

El Departamento de Urgencias tiene por función proporcionar atención médica inmediata en cualquier día u hora a los habitantes cuyo estado así lo requiera y que por lo tanto no puede cumplir los procedimientos ordinarios que se siguen para ser atendidos en la Consulta Externa o ser internados en forma programada. Los casos de urgencia pueden ser traumáticos o médicos, exceptuando de éstos los obstétricos, que se atienden en el departamento correspondiente.

En la atención de urgencias se presentan varios casos:

- 1).- Enfermos que sufren molestias o dolor intenso u otros síntomas que los angustian, o bien casos traumatológicos leves pero que están en condiciones de caminar y ser examinados en los consultorios de urgencias.
- 2).- Enfermos que presentan una situación patológica aguda, o han sufrido accidentes serios, los cuales ingresan en camilla o con la ayuda de sus familiares directamente a la área de curaciones sin pasar por los consultorios de exámen.
- 3).- Niños que han sufrido accidentes o presentan una patología aguda, los cuales, llevados por sus familiares, son examinados primeramente en un consultorio especial para niños. Si se trata de un caso traumatológico pueden pasar al área de curaciones.

En el Departamento de Urgencias muchos de los problemas que se presentan quedan resueltos en el curso de algunas horas, generalmente no más de 8 horas, y el paciente regresa a su domicilio; en otros casos se ataca solamente la fase crítica del padecimiento que deberán posteriormente seguir siendo estudiado y combatidos dentro de los sistemas de trabajo y horario normales del hospital.

Normas para determinar la capacidad del Departamento de Urgencias: hasta ahora ha resultado muy difícil establecer coeficientes que sirvan para determinar la capacidad del Departamento de Urgencias, ya sea en relación con el número de habitantes con respecto al número de camas.

Las recomendaciones en cuanto a cupo derivadas de varios hospitales generales recientemente contruidos son las siguientes:

Camas de Urgencia para adultos 6 % del número de camas de Medicina y Cirugia General. Lugares (en mesas) para atención de niños lactantes y pre-escolares es el 35 % de las camas de la unidad de Pediaría.

Camas Medicina General = 17 camas
Camas Cirugía = 18 camas
= 35 camas x 6 % = 2 camas para adultos

Camas Pediatría = 17 camas x 35 % = 6 camas para niños

El departamento de urgencias tiene relación, no funcional, sino de ubicación con el Departamento de Tococirugía por está razón se ubican en áreas muy cercanas al acceso de vehículos, de ambulancias y de pacientes de pie, para facilitar el manejo de pacientes de gravedad.

GINECO-OBSTETRICIA:

En los Hospitales Generales la atención de parto de los pacientes tiene lugar en el departamento de Gineco-Obtetricia, durante el periodo de embarazo las pacientes son examinadas en los consultorios de gineco-Obtetricia de consulta externa cada treinta días durante los primeros siete y medio meses y después cada diez o quince días. Al acercarse el término del embarazo, los médicos de Gineco-Obtetricia envían el expediente al Departamento de Gineco-Obstetricia con la orden de que la paciente sea atendida oportunamente.

Las pacientes que se presentan al Departamento de Gineco-Obtetricia para recibir la atención de su parto, llegan en ambulancia, vehículo de alquiler o particular y en ocasiones a pie, la mayor parte están en condiciones de esperar el tiempo necesario para su registro y examen, pero otras veces, dependiendo del grado de apremio pasan directamente a los cuartos de labor o a las salas de expulsión.

Normas para determinar la capacidad del Departamento de Gineco-Obtetricia:

Se requieren 1.6 meses de exploración por cada 100 camas de Gineco-Obstetricia.

Las camas de labor son a razón de 7.5 por cada 100 camas de Gineco-Obtetricia.

Las salas de expulsión son en número de 2.5 por cada 100 camas de Gineco-Obstetricia.

En salas de recuperación se necesitan de 2.5 camas por cada 100 de hospitalización.

1.6 mesas de exploración x 18 camas	= 1 mesa de exploración
7.5 camas de labor x 18 camas de Gineco-Obstetricia	= 2 camas de labor
2.5 salas de expulsión x 18 camas	= 1 sala de expulsión
2.5 camas de recuperación x 70 camas	= 2 camas de recuperación

En las unidades de hospitalización, de las camas de maternidad, el 65 % corresponden a purperio normal, el 15.80 % a puerperio patológico, el 14.80 a complicaciones de la segunda mitad del embarazo y el 7.90 % a complicaciones de la primera mitad del embarazo.

CIRUGIA:

El Departamento Quirúrgico comprende los espacios e instalaciones necesarios para realizar las intervenciones quirúrgicas llamadas de cirugía mayor, o sean aquellas que requieren un grado elevado de asepsia así como un equipo e instrumental muy amplio y diferenciado.

El Departamento Quirúrgico está estrechamente ligado con los departamentos de Urgencias cuyos pacientes debido a su estado crítico puede necesitar una intervención quirúrgica no programada, con los departamentos de consulta Externa y Hospitalización, que determina las intervenciones

quirúrgicas programadas, con la Central de Equipo y Esterilización, que está encargada de proporcionar instrumental y ropa esterilizados.

Normas para determinar la capacidad del Departamento de Cirugía: en terminos generales, se puede estimar que en cada sala de operaciones se realizan tres intervenciones diarias por turno de 6.5 horas, considerando 300 días hábiles al año para las operaciones programadas quedan 65 días festivos y 17.5 horas diarias para efectuar operaciones de urgencia, es decir, que no han sido programadas, las cuales representan el 10 %.

A razón de tres operaciones diarias por sala se realizan 900 en los días hábiles del año, que significan, considerando 10 días de estancia por enfermo quirúrgico, un total de 9,000 días cama. Dividida está cantidad por los 365 días que anualmente pueden estar ocupada una cama, resultan 25 camas quirúrgicas por sala de operaciones, si se acepta solamente 300 días de ocupación el número de camas será de 30 por sala.

18 camas de Cirugía ÷ 25 camas/salas de operaciones = 1 sala de operaciones

Otra regla de carácter empirico, como resultado de estadísticas, es la de considerar que en un Hospital General se necesita una sala de operaciones por cada 50 camas de su capacidad total.

70 camas x 50 camas/sala de operaciones = 2 salas de operaciones

CENTRAL DE ESTERILIZACION Y EQUIPOS (C.E.Y.E.)

No obstante que en los hospitales es de vital importancia la permanente observación del control microbial para evitar la posibilidad de infecciones generalizadas, no por los utensilios, vestimentas, ropas, equipo e instrumental exigen necesariamente la destrucción de cualquier forma de

vida microbial; con esto queremos decir que no todos los objetos de uso cotidiano en el hospital necesitan ser esterilizados. Los especialistas en prevención de infecciones, los bacteriólogos principalmente, han establecido tres procesos distintos dentro de la técnica del control microbial para lograr el nivel de seguridad necesario en los hospitales, estos tres procesos son la sanitización, la desinfección y la esterilización.

El proceso de esterilización de utensilios y material terapéutico y quirúrgico, así como la ropa que usa el personal en los departamentos quirúrgicos y obstétricos, se realiza en un local del hospital específicamente proyectado para ello, que es la Central de Esterilización y Equipos. En esta, como su nombre lo indica, se centraliza todo el equipo de esterilización que es muy costoso y requiere de instalaciones cuidadosamente diseñadas.

La Central de Esterilización y Equipo recibe artículos nuevos del almacén general del hospital, ropa limpia de la lavandería y entrega material esterilizado o equipo a los diversos departamentos del hospital en los que son atendidos los enfermos internos como externos. Sin embargo su relación constante es con los departamentos Quirúrgicos y Gineco-Obstétrico, pues el material que estos requieren representan el mayor volumen en la C.E.Y.E y en segundo lugar con las unidades de hospitalización.

Por esta razón la C.E.Y.E. se ubica en lugar inmediato al quirófano y al departamento de Gineco-Obstetricia.

La Central de Esterilización y Equipo es en realidad un local que se subdivide, virtual o materialmente en varias áreas o zonas determinadas por las diversas operaciones que componen el proceso que se realiza en la Central:

Recibo de material usado o limpio que debe esterilizarse
Lavado y preparación
Esterilización
Guardado de material esterilizado.

Normas para determinar la superficie de la Central de Esterilización y Equipo: las normas recomendadas por AMSCO de México se basan en el número de camas en los hospitales para determinar los metros cuadrados por cama que son requeridos para la construcción de la Central de Esterilización y Equipo.

Clinica Hospital de 50 camas	= 1.20 m ² /cama
Clinica Hospital de 100 camas	= 1.00 m ² /cama
Clinica Hospital de 150 camas	= 0.90 m ² /cama
Clinica Hospital de 200 camas	= 0.80 m ² /cama

Clinica Hospital de 70 camas x 1.20 m²/cama = 84 m² de C.E.Y.E.

ADMISION HOSPITALARIA:

Los pacientes que son internados en el hospital ingresan en dos formas distintas: la de admisión programada y la de urgencias. Para controlar los pasos que deben darse en uno y otro caso, y también los que deben seguirse cuando los pacientes abandonan el hospital.

La admisión programada de pacientes, el procedimiento es el siguiente: los médicos generales o de especialidades de la Consulta Externa envían a la sección de admisión la solicitud de internamiento del paciente indicando el grado de necesidad que al respecto se tenga en cuanto a tiempo; la sección de admisión programada el internamiento de los pacientes tomando en consideración las necesidades de su atención médica y la disponibilidad de camas.

La admisión de urgencias como su nombre lo indica, tiene que hacerse salvando toda clase de trámites previos. Los enfermos llegan al

hospital en forma intempestiva por los accesos especiales para urgencias, como resultado parte de los enfermos de urgencias son internados en las unidades de hospitalización, de lo cual tienen conocimiento oportuno la sección de admisión y su personal recaba la información que se necesita.

Hay que advertir que en principio un hospital debe reservar cierto número de camas para los casos de urgencias (máximo de 15 %).

En la sección de Admisión debe centralizarse el manejo de camas hecho de acuerdo con instrucciones superiores, pero dicha sección está obligada a llevar con rigurosa actualidad el estado de ocupación de camas: número de camas ocupadas en las distintas unidades, nombre de los pacientes, fecha de ingreso, fecha de salida probable, número de camas vacías.

Normas para determinar la capacidad de admisión Hospitalaria: el número de personas que en promedio ingresan diariamente en forma programada a las unidades de hospitalización se calcula de la siguiente manera tomando en cuenta que en los hospitales generales la estancia de los enfermos se considera en promedio de 10 días.

No. de camas x 365 días	=	días cama
días cama		
10 días estancia promedio	=	pacientes hospitalizados al año
pacientes hospitalizados		
300 días hábiles	=	ingresos diarios

El número de camas en la fórmula anterior debe de ser el 85 % del total de camas ya que debe descontarse un 15 % de desocupación y camas disponibles para urgencias.

(85 % x 70 camas) x 365 días = 21,718 días cama

21,718 días cama
10 días estancia promedio = 2,172 pacientes hospitalizados al año

2,172 pacientes hospitalizados
300 días hábiles = 8 ingresos diarios

HOSPITALIZACION:

En los Hospitales Generales los servicios de hospitalización se organizan en unidades que correspondan a las grandes ramas de la medicina:

Medicina General
Cirugía General
Gineco-Obstetricia
Pediatria

En las primeras se atienden los casos de medicina y cirugía, excluyendo los que corresponden a las otras unidades, la otra unidad de Gineco-Obstetricia están destinadas a los casos de maternidad y a los padecimientos ginecológicos e incluye una sección para niños recién nacidos, la unidad de Pediatria abarca los padecimientos de niños.

En la actualidad existen un nuevo criterio respecto a la organización de los hospitales que quizá pueda determinar una tendencia futura en la planeación: el conocido como los cuidados diferenciados que consiste en clasificar las camas de un hospital tomando en cuenta no el padecimiento sino el estado de los pacientes: enfermos convalecientes o en condiciones de pre-hospitalización, es decir, cuando están sujetos a estudios principalmente de diagnóstico o la atención de enfermería que requiere es mínima, enfermos en situación media o común que no necesitan

atención constante y enfermos cuyo estado exige máximo cuidado, atención frecuente y por tanto, la mayor facilidad de observación por parte del personal médico y de enfermería, este último caso es el llamado cuidados intensivos.

Normas para determinar la capacidad de Hospitalización: por lo que respecta a la proporción de camas se considera que la capacidad total de un hospital General el 50 % de las camas corresponden a los casos de adultos de ambos sexos, de Medicina y Cirugía Generales; el 25 % a Gineco-Obstetricia y el otro 25 % a Pediatría.

70 camas x 50 % = 35 camas para Medicina y Cirugía General
= 18 camas para Cirugía General
= 17 camas para Medicina General

70 camas x 25 % = 18 camas para Gineco-Obstetricia

70 camas x 25 % = 17 camas para Pediatría.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El Departamento de Anatomía Patológica estudia los aspectos morfológicos, o sea la disposición de las células en su forma y estructura, los órganos, tejidos, secreciones o líquidos del cuerpo Humano a fin de determinar la normalidad o patología de los mismos.

El anatómo-patólogo trabaja en tres campos de acción principales: el de patología quirúrgica, el de citología exfoliativa y el de autopsias. En el primer campo, el anatómo-patólogo examina las muestras de los tejidos, o sean las biopsias (fragmento cortado de un organismo vivo)

que se envían, ya sean a las salas de operaciones en el curso de alguna intervención.

El estudio hispatológico de biopsias o de piezas quirúrgicas es útil en los diagnósticos de los tumores en los padecimientos infecciosos de algunos tejidos, en parasitosis y en padecimientos degenerativos o metabólicos, pueden ser de tipo cancerosos o no cancerosos.

El estudio de las células que se descaman da origen al segundo campo de acción de la Anatomía Patológica es el de la citología exfoliativa dentro de ella se realiza el estudio de líquidos o producto de expectoraciones o secreciones como el líquido pleural o la orina, en los cuales se encuentran células en diversas proporciones.

También se analizan las muestras de los exudados, como los faríngeos o los vaginales, una de cuyas principales aplicaciones prácticas es la detección temprana de cáncer vaginal.

Al hacer las autopsias o necropsias de los pacientes que han fallecido, analizando principalmente sus vísceras, la Anatomía Patológica puede rectificar, ratificar o ampliar los diagnósticos que se hicieron sobre los pacientes respectivos, lo que por otra parte ayuda a precisar la frecuencia de los padecimientos, es decir los índices de mortabilidad y mortalidad.

No obstante que los tres campos de acción de la Anatomía Patológica que hemos mencionado tiene como finalidad determinar las alteraciones en la forma y la estructura de las células, la secuencia de los padecimientos que se emplean en cada uno de ellos diverge en algunos aspectos.

En sus funciones, el Departamento de Anatomía Patológica tiene relación con el Departamento Quirúrgico, de los cuales provienen la mayoría de las biopsias que deben estudiarse, aun cuando también son enviadas por las unidades de hospitalización y otros departamentos, en menor grado con los Laboratorios Clínicos por la analogía que existe entre los estudios histopatológicos y los que en materia de tejidos realizan los laboratorios, pero la ubicación del Departamento de Anatomía Patológica en el hospital se determino por la función de que en él se depositan los cadáveres de los enfermos fallacidos y de allí salen de la manera más directa y discreta posible para no provocar una impresión desagradable a los enfermos o visitantes.

COCINA GENERAL Y COMEDOR DE PERSONAL:

El servicio de alimentación en el hospital se encarga de proporcionar alimentos completos a los pacientes internos y además, de las tres comidas en que consiste la alimentación diaria normal, una o dos de ellas a grupos del personal de acuerdo con su ocupación y horarios de trabajo.

El servicio de alimentación arquitectónicamente comprende un grupo de locales destinados a la guarda, preparación y despacho de alimentos que en conjunto se denomina Cocina General y otros locales (cocinas de distribución) que tiene el carácter de estación de servicio próximos a los cuartos de hospitalización de enfermos, los cuales pertenecen al programa de las Unidades de Hospitalización.

El comedor esta ubicado junto a la Cocina General para facilitar el servicio de comida y el lavado de la vajilla.

Teóricamente se considera que los hospitales deben tener una ocupación constante del 85 % de sus camas, los pacientes normalmente reciben tres comidas diarias; parte de ellas, en un porcentaje difícil de generalizar, corresponde a dietas especiales pre-escritas por los médicos.

Norma para determinar el número de comidas diarias: podemos considerar que en un Hospital General el total de personal representa un 2.3 veces el número de camas. Resulta empíricamente que en promedio el 75 % de este personal efectúa una comida dentro del Hospital y tomando este número como 100 %, el 60 % come al mediodía, el 20 % se desayuna y el 20 % merienda.

Número de camas	=	70 camas
pacientes que reciben 3 comidas	=	70 pacientes
70 camas x 2.3 número de camas	=	161 empleados
161 empleados x 75 %	=	120 empleados que reciben alimentación
70 pacientes + (120 x 20 %)	=	94 desayunos
70 pacientes + (120 x 60 %)	=	142 comidas
70 pacientes + (120 x 20 %)	=	94 meriendas

La Cocina propiamente dicha es el local en el que se realiza el proceso de tipo lineal comienza en la entrega de alimentos que hace diariamente la despensa y termina en la salida de las comidas ya preparadas para el comedor del personal o las unidades de hospitalización.

Norma para determinar el área de la Cocina y Comedor General: tomando en consideración que los diversos factores que intervienen en la planeación pueden significar en los casos concretos diferencias de consideración en las áreas necesarias para el proyecto de la Cocina General y el Comedor de Personal, los siguientes coeficientes ayudan a determinar el área requerida en los diferentes locales que componen el departamento en base al número de camas de la unidad Hospitalaria.

Coeficientes en m²cama:

Camas.....	50	100	150	200	250
Despensa.....	0.82	0.70	0.64	0.45	0.35
Cocina.....	1.78	1.20	0.95	0.95	0.80
Comedor.....	1.04	1.30	1.37	1.10	1.02
total.....	3.64	3.20	2.96	2.50	2.17

La capacidad de comedor se deduce del número de personas que tienen derecho a comida del mediodía.

120 comidas para empleados x 60 % = 72 comidas para empleados

se establecen tres turnos de comida:

72 comidas para empleados

3 turnos de comida

= 24 lugares para comensales

se considero un 30 % de la capacidad requerida para cualquier imprevisto por lo tanto la capacidad de Comedor de Personal es de 32 lugares para comensales. La ubicación de la Cocina General en el hospital obedece a varias razones de las cuales dos son fundamentales: posibilidad de que los camiones de transporte de los proveedores de viveres, descargen fácilmente en la despensa, es decir a nivel de ella y posibilidad de transportar eficazmente los alimentos preparados de la Cocina General a las cocinas de distribución de las Unidades de Hospitalización.

LAVANDERIA:

La Lavandería es el departamento encargado del lavado planchado y suministro de ropa limpia y bien presentada, tanto a los enfermos como para el personal que labora dentro de la Unidad de Hospitalización. Este servicio está considerado entre los que ayudan al cuerpo médico y de enfermería en su trabajo y contribuye al bienestar del paciente, ya que un buen surtido de ropa limpia es factor de suma importancia en el tratamiento del enfermo.

Normas para determinar la capacidad de la Lavandería: el cálculo del equipo es necesario en la Lavandería racionalmente debe basarse en la dotación de ropa que se tenga en cada uno de los servicios y en los cambios de que ella se hagan. Existe mucha documentación y gran experiencia para hacer lo anterior con los pormenores que se requiera respecto a la calidad y número de prendas, lo cual es indispensable al equipar el hospital y ponerlo en servicio. Sin embargo, para el proyecto de la Lavandería y adquisición del equipo mecánico basta con los índices que la experiencia a proporcionado en kilos de ropa en promedio en el cual se incluye la ropa que se usa en cualquier parte del Hospital.

Hospital General Municipal.	5.27 kg de ropa/día/cama
Hospital de Enfermedades Contagiosas	5.54 kg de ropa/día/cama
Hospital de Tuberculosos	2.64 kg de ropa/día/cama
Hospital de Enfermedades Crónicas	2.40 kg de ropa/día/cama

El espacio requerido para el acomodo y funcionamiento de la maquina en la Lavandería ha sido determinado con base en la experiencia, dando como resultado los siguientes índices.

Hospital General de 50 camas 1.60 m² por cama
Hospital General de 100 camas 1.34 m² por cama
Hospital General de 200 camas 1.23 m² por cama
Hospital General de 400 camas 0.96 m² por cama
Hospital General de 500 camas 0.85 m² por cama

de los cuales corresponde a la roperia el 30 %

Cálculo del equipo de Lavandería:

Número de camas	=	70 camas
Promedio de ocupación	=	100 %
Consumo de cama/día	=	5.27 kg de ropa/día/cama
Producción por cambio 70 camas x 5.27 kg	=	369 kg/día
Producción semanal 369 kg/día x 7 días	=	2,583 kg
Días laborales a la semana	=	6 días
Producción diaria 2.583 ÷ 6 días	=	430.50 kg/día

Lavadoras: se lava el 100 % o sea 431 kg por día.

Cargas por jornada	=	6 cargas
Kg por carga 431 kg ÷ 6 cargas	=	71.80 kg

se requiere una lavadora con capacidad de 71.80 kg por carga.

Centrifugas: se centrifuga el 100 % o sean 431 kg por día

Considerando de más el 25 % x 431 kg = 539 kg por carga
Cargas por jornada 3 x hr x 7 hr laborables = 21 cargas por día
Kg por carga 539 kg ÷ 21 cargas por día = 26.60 kg

se requiere de una centrifuga con capacidad de 26.60 kg

Tómbola: se seca el 20 % de la ropa o sea 20 % x 431 kg = 86.20 kg

Cargas por jornada = 14 cargas
Kg por carga 86.20 kg ÷ 14 cargas = 6.15 kg

se requiere una tómbola con capacidad de 6.15 kg por carga.

Planchado Plano: la ropa que requiere planchado plano es el 65 % de la ropa
o sea 431 kg/día x 65 % = 280 kg
Horas de trabajo por jornal = 7 horas
280 kg/día ÷ 7 horas = 40 kg

se requiere un mangle con capacidad de 40 kg/hora

Planchado de Forma: la ropa que requiere planchado de forma es el 15 % de la
ropa o sea 431 kg/día x 15 % = 65 kg
Horas de trabajo por jornal = 7 horas
65 kg/día ÷ 7 horas = 9.28 kg/hora.

adecuado, la distribución del trabajo del personal de limpieza y la supervisión de la misma, y en general la vigilancia del cumplimiento de todas las disposiciones referentes al orden, disciplina, seguridad y aseo.

ALMACEN GENERAL:

El hospital debe contar con un Almacén General, que depende de la oficina administrativa, en la cual se reciben y guardan toda clase de artículos nuevos, con excepción de viveres y de las medicinas, que se guardan directamente en los departamentos de Cocina y Farmacia respectivamente, destinados al consumo de los diversos departamentos: instrumental médico, vidriería y substancias de laboratorio, algunos muebles que pueden substituirse de inmediato a los que se dan de baja, colchones, cobertores, ropa en general y artículos de limpieza.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO:

El Departamento de Mantenimiento o Conservación del Hospital, que conviene que esté a cargo de ingeniero de las ramas mecánica o eléctrica, se encarga del buen estado de conservación del edificio y de la correcta operación de sus instalaciones y los aparatos o equipos.

Las labores de Mantenimiento que realiza, por si indole se divide en: mantenimiento preventivo y mantenimiento correctivo. El cuidado que se preste al primer aspecto significa funcionamiento ininterumpido de los equipos e instalaciones, duración de los mismos y menor costo de operación.

En el mantenimiento correctivo se realiza las reparaciones o substituciones de piezas o equipo que sea necesario, comprende también la reparación de elementos constructivos del edificio, de reparación de materiales de acabados, de pintura en general y la conservación de la jardinería.

VESTIDORES DE PERSONAL:

En los Hospitales son disposiciones reglamentarias que el personal use uniforme, que marque en sus tarjetas personales de asistencia la hora que entra o sale, de acuerdo con el horario de trabajo estipulado, que la tarjeta sea marcada en el reloj al entrar a sus labores, después de cambiar su ropa de calle por el uniforme y a la salida antes de vestir nuevamente su ropa de calle.

Normas para determinar la capacidad y dimensiones de los Vestidores de Personal: en los Hospitales Generales puede considerarse como norma razonable que el total del personal sea 2.3 veces el número que se tenga de camas. 70 camas x 2.3 veces = 161 empleados.

Para efecto de determinar la capacidad de los Vestidores el personal se clasifica en la siguiente forma:

Tipo de personal	% No de camas	% del No de Personal.
Médicos, Técnicos y personal administrativo masculino.....	63 %	25 %
Médicas, Técnicos y personal administrativo femenino.....	25 %	10 %
Enfermeras y Auxiliares.....	100 %	40 %
Servicios Hombres.....	25 %	10 %
Servicios Mujeres.....	37 %	15 %

INTENDENCIA:

La Intendencia del Hospital es una oficina que tiene a su cargo el control de las entradas, la supervisión de que el personal registre su entrada y salida en las tarjetas que al respecto tienen en su lugar

OFICINA DE GOBIERNO:

Las Oficinas de Gobierno son de carácter central con respecto a todo el Hospital, dentro de las cuales, lógicamente se encuentran las oficinas del personal de mayor jerarquía, como son El Director, El Subdirector, Contador y Secretarías que cumplen con las funciones administrativas de Hospital.

El programa y área que ocupa las Oficinas de Gobierno de un Hospital dependen no solamente de la magnitud del mismo, sino de la organización general de la institución a la que pertenece.

ENSEÑANZA:

La labor de los Hospitales Generales realizan en diferentes grados de extensión y profundidad tanto en materia de enseñanza como la de investigación, no significa hasta ahora contar con departamentos arquitectónicos caracterizados y definidos. Cualquier departamento del Hospital ligado directa o indirectamente con la atención médica puede ser un lugar de enseñanza técnica, profesional o de post-graduados.

Por otra parte, también se realiza enseñanza dirigida al público en general por medio de pláticas, conferencias o proyecciones como parte del programa de medicina preventiva, de cuidados maternos y de regímenes terapéuticos, dietéticos, higiénicos u otros.

PROGRAMA ARQUITECTONICO POR AREAS: PLANTA BAJA

RECEPCION: 35.00 M²

Atención al público.....	15.00 m ²
Area de secretarias.....	20.00 m ²

ARCHIVO CLINICO: 46.00 M²

Archivo Clinico (51.800 expedientes).....	46.00 m ²
-------------------------------------------	----------------------

CONSULTA EXTERNA: 946.00 M²

7 Consultorios de Medicina Familiar de 18 m ² c/u.....	126.00 m ²
1 Consultorio de Odontología.....	22.75 m ²
1 Cuarto oscuro para revelado de placas.....	2.25 m ²
1 Consultorio de Gineco-Obstetricia c/sanitario.....	27.00 m ²
1 Consultorio de Oftalmología.....	25.80 m ²
1 Consultorio de Cirugía.....	18.00 m ²
1 Cubiculo de Medicina Preventiva.....	13.20 m ²
Sala de Espera # 1 para 77 personas.....	75.15 m ²
Sala de Espera # 2 para 70 personas.....	102.90 m ²
2 Núcleos de Sanitarios para el público.....	69.75 m ²
Núcleo de sanitarios para Médicos.....	9.25 m ²
Circulación interna para Médicos.....	90.00 m ²

Circulación para público.....	110.94 m ²
2 Cuartos de aseo.....	3.71 m ²
Áreas verdes internas.....	249.30 m ²

FARMACIA: 80.60 M²

Oficina.....	7.80 m ²
Área de almacenamiento.....	7.80 m ²
Farmacia.....	65.00 m ²

VESTIBULO: 278.00 M²

Vestibulo General.....	278.00 m ²
------------------------	-----------------------

LABORATORIOS CLINICOS: 323.17 M²

Recepción.....	12.50 m ²
3 Cubículos de Toma de Muestras.....	21.40 m ²
1 Cubículo de Toma de muestras Ginecologicas.....	6.90 m ²
Laboratorio de Microbiología.....	16.80 m ²
Laboratorio de Hermatología.....	16.80 m ²
Laboratorio de Química Clínica.....	16.80 m ²
Distribución de Muestras.....	11.50 m ²
Oficina de Médico responsable del Laboratorio.....	9.30 m ²
Sanitarios para personal.....	17.00 m ²



Circulación interna del personal.....	37.85 m ²
Sala de Espera para 30 personas.....	42.75 m ²
Núcleo de Sanitarios para público.....	11.22 m ²
Circulación del público.....	102.35 m ²

RADIODIAGNOSTICO: 222.96 M²

Recepción.....	12.50 m ²
Archivo de Placas.....	9.00 m ²
Oficina del Encargado de departamento de Radiodiagnóstico.....	9.00 m ²
Cuarto de Interpretación.....	7.50 m ²
4 Vestidores.....	13.60 m ²
1 Cubículo de Enemas.....	5.40 m ²
Sanitario para pacientes.....	2.25 m ²
2 Salas de Rayos X y control.....	48.10 m ²
Cuarto de Revelado Y Criterio.....	20.00 m ²
Cuarto de aseo.....	4.00 m ²
Circulación interna de personal.....	9.25 m ²
Sala de Espera para 24 personas.....	46.00 m ²
Circulación del público.....	36.36 m ²

FISIOTERAPIA: 158.15 M²

Sala de Espera para 10 personas.....	44.02 m ²
Recepción.....	6.75 m ²
Consultorio de Fisioterapia.....	13.80 m ²

Cubiculo de Luminoterapia.....	5.60 m ²
Cubiculo de Hidroterapia.....	7.28 m ²
Cubiculo de electroterapia.....	6.60 m ²
3 Vestidores.....	6.12 m ²
Sanitario para Médicos.....	2.38 m ²
Ropería.....	2.70 m ²
Gimnasio.....	52.10 m ²
Circulación interna del personal.....	10.80 m ²

URGENCIAS: 248.70 M²

Recepción.....	4.00 m ²
Sala de Espera para 15 personas.....	67.30 m ²
Núcleo de Sanitarios para público.....	18.90 m ²
2 Consultorios para Exámenes.....	27.20 m ²
Cuarto de Séptico.....	6.72 m ²
Cubiculo de Venoclisis.....	12.00 m ²
Cubiculo de Aislados.....	8.10 m ²
Cubiculo de Trabajo de Yeso.....	10.75 m ²
2 Cubiculos de Atención.....	13.77 m ²
Trabajo de Enfermeras.....	25.20 m ²
Ropería.....	1.19 m ²
Descanso de Enfermeras con sanitario.....	12.70 m ²
Sanitarios para personal.....	5.00 m ²
Circulación interna del personal.....	35.87 m ²

GINECO-OBSTETRICIA: 113.40 M²

Recepción.....	4.00 m ²
Sala de Espera para 12 personas.....	39.40 m ²
Núcleo de Sanitarios para público.....	21.70 m ²
Consultorio de Examen.....	10.50 m ²
Sanitario para personal.....	7.50 m ²
Area para 2 camillas.....	6.00 m ²
Sanitario y Séptico.....	6.20 m ²
Circulación interna de personal.....	18.10 m ²

CIRUGIA (TOCOCIRUGIA): 364.00 M²

Control.....	8.60 m ²
2 Cubiculos de Labor.....	13.77 m ²
Cubículo de medicinas.....	2.50 m ²
Sanitario de personal.....	3.75 m ²
Cunas.....	3.00 m ²
Sala de Recuperación.....	28.00 m ²
Oficina de Anestesiata.....	12.60 m ²
Sala de Expulsión.....	29.92 m ²
Roperia.....	3.80 m ²
Trabajo de Enfermeras.....	3.00 m ²
Oficina del Médico responsable del departamento de Cirugia.....	9.00 m ²
Cuarto de aseo.....	1.40 m ²
Séptico.....	4.80 m ²
Cubículo de rayos X portátil y Cuarto obscuro.....	9.24 m ²

2 Quirofanos.....	78.48 m ²
Núcleo de Vestidores para Médicos y Enfermeras.....	36.00 m ²
Circulación interna de personal (zona blanca).....	24.00 m ²
Circulación interna de personal (zona gris).....	92.14 m ²

CENTRAL DE ESTERILIZACION Y EQUIPO (C.E.Y.E.): 97.33 M²

Recepción y Entrega de equipo.....	8.00 m ²
Almacén de equipo.....	7.13 m ²
Oficina del encargado del departamento.....	8.16 m ²
Guardado de Material.....	6.30 m ²
Cubículo de Guantes.....	5.00 m ²
Área de Esterilizadores.....	7.50 m ²
Área de Material no Esterilizado.....	24.44 m ²
Área de Preparación y Ensamble.....	30.80 m ²

DESCANSO DE MEDICOS Y ENFERMERAS: 120.40 M²

Descanso de Médicos.....	21.84 m ²
Descanso de Enfermeras.....	21.84 m ²
Núcleo de Sanitarios.....	13.02 m ²
Circulación.....	10.50 m ²
Área de Jardín.....	53.20 m ²

ADMISION HOSPITALARIA: 218.88 M²

Vestibulo.....	44.24 m ²
Sala de Espera para 30 personas.....	56.50 m ²
Núcleo de Sanitarios para público.....	21.30 m ²
Recepción.....	21.32 m ²
Bodega.....	5.40 m ²
Vestidor.....	4.20 m ²
Oficina del encargado de departamento.....	12.90 m ²
2 Núcleos de escaleras.....	30.00 m ²
2 Elevadores.....	13.50 m ²
Circulación interna de personal.....	9.52 m ²

ANATOMIA PATOLOGICA: 81.00 M²

Oficina del Patólogo.....	11.20 m ²
Vestidor.....	5.75 m ²
Sala de Autopsia.....	21.09 m ²
Preparación y Entrega de Cadeveres.....	12.95 m ²
Laboratorio de Histopatología.....	19.25 m ²
Circulación interna de personal.....	10.76 m ²

COCINA GENERAL Y COMEDOR DE PERSONAL: 253.75 M²

Oficina del Ecónomo.....	10.50 m ²
Almacén de Diario.....	29.68 m ²

Oficina Dietista.....	9.00 m ²
Servicio a carros transporte.....	34.92 m ²
Autoservicio.....	21.00 m ²
Coción.....	47.25 m ²
Lavado de vajillas.....	13.50 m ²
Cuarto de aseo.....	2.52 m ²
Sanitarios de personal.....	4.80 m ²
Comedor para 32 comensales.....	73.00 m ²
Circulación.....	7.58 m ²

LAVANDERIA: 109.94 M²

Recepción y Entrega de ropa.....	11.40 m ²
Lavandería.....	67.80 m ²
Planchaduría.....	30.74 m ²

VESTIDORES DE PERSONAL: 198.77 M²

Núcleo de Vestidores para personal.....	68.49 m ²
Núcleo de Sanitarios para personal.....	33.01 m ²
Núcleo de Vestidores para Médicos y Enfermeras.....	63.91 m ²
Núcleo de Sanitarios para Médicos y Enfermeras.....	33.36 m ²

INTENDENCIA: 20.91 M²

Intendencia..... 20.91 m²

ALMACEN: 95.90 M²

Oficina del Almacenista..... 10.00 m²
Almacen General..... 85.90 m²

MANTENIMIENTO: 41.86 M²

Mantenimiento..... 41.86 m²

CASA DE MAQUINAS: 106.60 M²

Oficina del Encargado..... 6.30 m²
Sub-Estación Electrica..... 16.50 m²
Caseta de Ambulantes con sanitario..... 16.00 m²
Cuarto de Maquinas..... 67.80 m²

PATIO DE MANIOBRAS: 102.60 M²

Patio de Maniobras..... 102.60 m²



CIRCULACION DE PERSONAL: 438.70 M²

Circulación interna del personal..... 438.70 m²

ESTACIONAMIENTO: 29 CAJONES

Estacionamiento para personal..... 9 cajones
Estacionamiento para el público..... 20 cajones

PROGRAMA ARQUITECTONICO POR AREAS: 1er NIVEL.

HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA: 389.18 M²

Control.....	15.00 m ²
Roperia.....	4.00 m ²
Descanso de Enfermeras.....	12.00 m ²
Séptico.....	4.50 m ²
Trabajo de Enfermeras.....	15.00 m ²
Cuarto de Curaciones.....	17.50 m ²
Núcleo de Sanitarios con regadera.....	32.00 m ²
6 Salas de Encamados para 3 pacientes c/u.....	153.30 m ²
Control para Cuneros.....	11.00 m ²
Cubiculo de Aislados.....	11.25 m ²
Cuarto de aseo.....	3.45 m ²
Sanitario para personal.....	3.30 m ²

Roperia.....	1.04 m ²
Banco de Leche.....	5.50 m ²
Baño de Artesa.....	4.40 m ²
Cuneros.....	22.50 m ²
Sala de Día.....	73.44 m ²

HOSPITALIZACION PEDIATRIA: 689.52 M²

Control.....	7.50 m ²
Cuartos de Aislados.....	8.10 m ²
Sanitarios de personas.....	13.50 m ²
Séptico.....	6.40 m ²
Baño de Artesa.....	9.00 m ²
Cuarto de Curaciones.....	9.00 m ²
Consultorio Médico.....	8.10 m ²
Cuarto de aseo.....	3.00 m ²
Sala de juegos.....	49.00 m ²
2 salas de Lactantes y Preescolares.....	98.00 m ²
Cocina de Distribución.....	11.88 m ²
Núcleo de escaleras.....	37.00 m ²
Elavadores.....	13.50 m ²
Circulación interna de personal.....	415.54 m ²

OFICINAS DE GOBIERNO: 473.00 M²

Sala de Espera.....	30.40 m ²
---------------------	----------------------

Area de Secretarias.....	51.60 m ²
Oficina del Contador.....	19.25 m ²
Oficina del Sub-director.....	19.25 m ²
Oficina del Director.....	40.15 m ²
Sanitarios de personal.....	8.20 m ²
Closets.....	6.00 m ²
Cuarto de papeleria.....	8.75 m ²
Sala de Juntas.....	43.80 m ²
Auditorio para 80 personas.....	120.35 m ²
Circulación.....	125.25 m ²

PROGRAMA ARQUITECTONICO POR AREAS: 2o NIVEL

HOSPITALIZACION MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL: 1018.00 M²

Control.....	18.60 m ²
8 Salas de Encamados para 3 pacientes c/u.....	270.00 m ²
4 Salas para Aislados con sanitario c/u.....	76.26 m ²
Sala de Dia.....	53.25 m ²
Núcleo de sanitarios para pacientes.....	72.75 m ²
Cuarto de Curaciones.....	16.80 m ²
Séptico.....	4.00 m ²
Area de Camillas.....	5.60 m ²
Sanitarios para personal.....	7.74 m ²
Consultorio Médico.....	10.56 m ²



Trabajo de Enfermeras.....	12.50 m ²
Roperia.....	6.25 m ²
Descanso de Enfermeras.....	17.00 m ²
Utileria.....	8.25 m ²
Cuarto de aseo.....	3.00 m ²
Cocina de Distribución.....	11.88 m ²
Núcleo de escaleras.....	37.00 m ²
Elevadores.....	13.50 m ²
Circulación interna.....	374.06 m ²



1 2 3 3 4 4 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 11 11 12 13

A

B

C

D

E

F

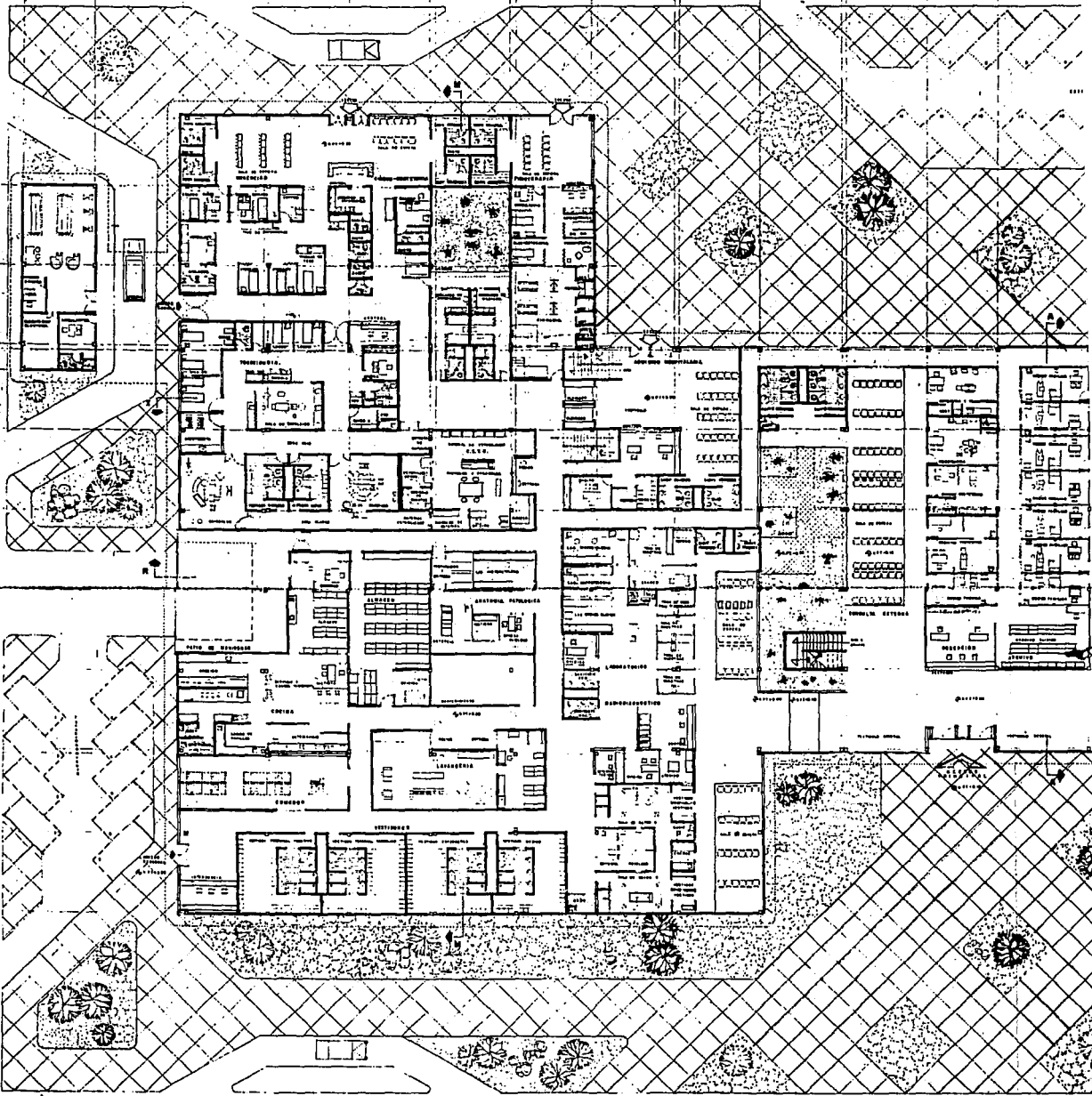
G

H

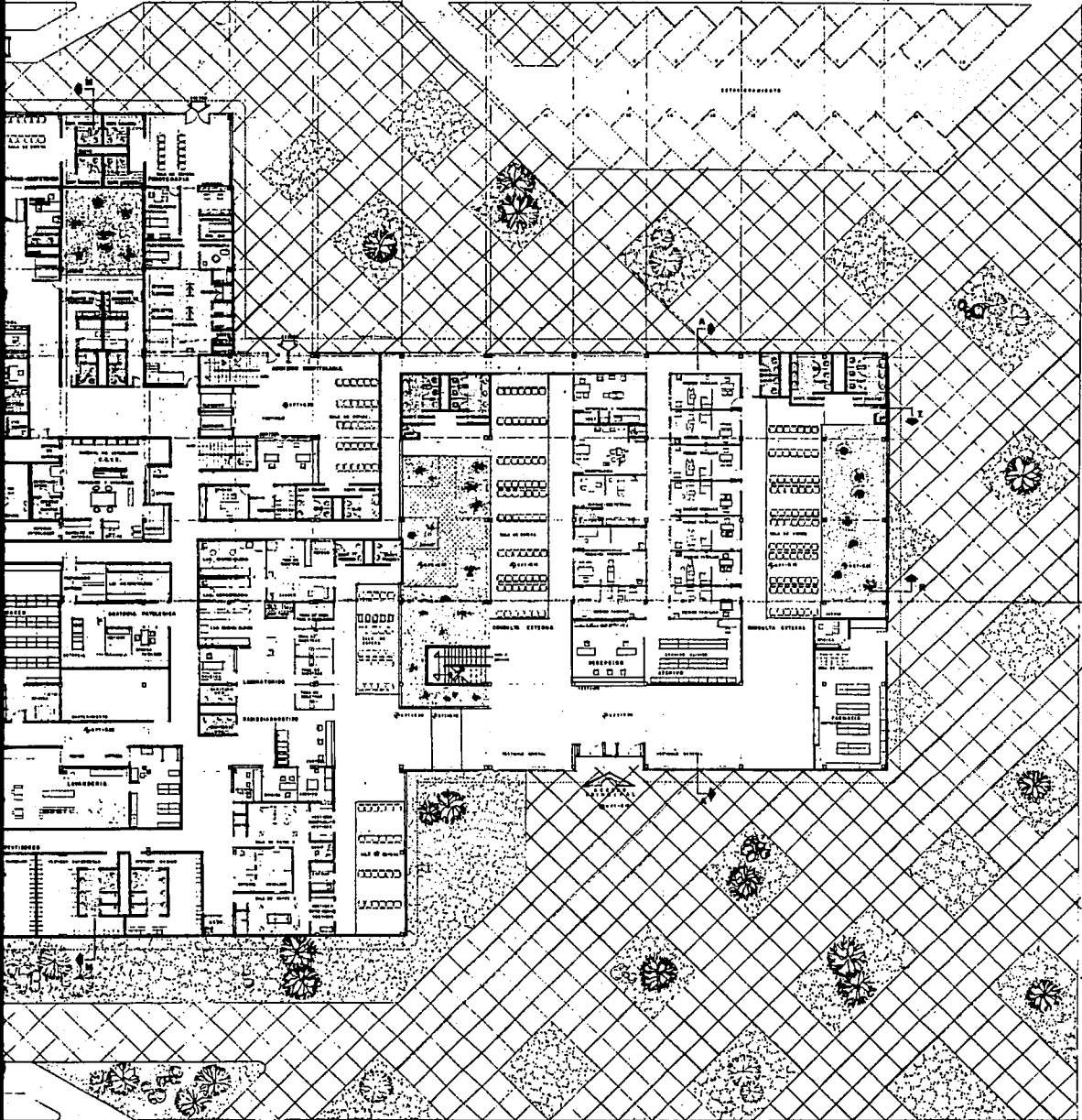
I

J

K

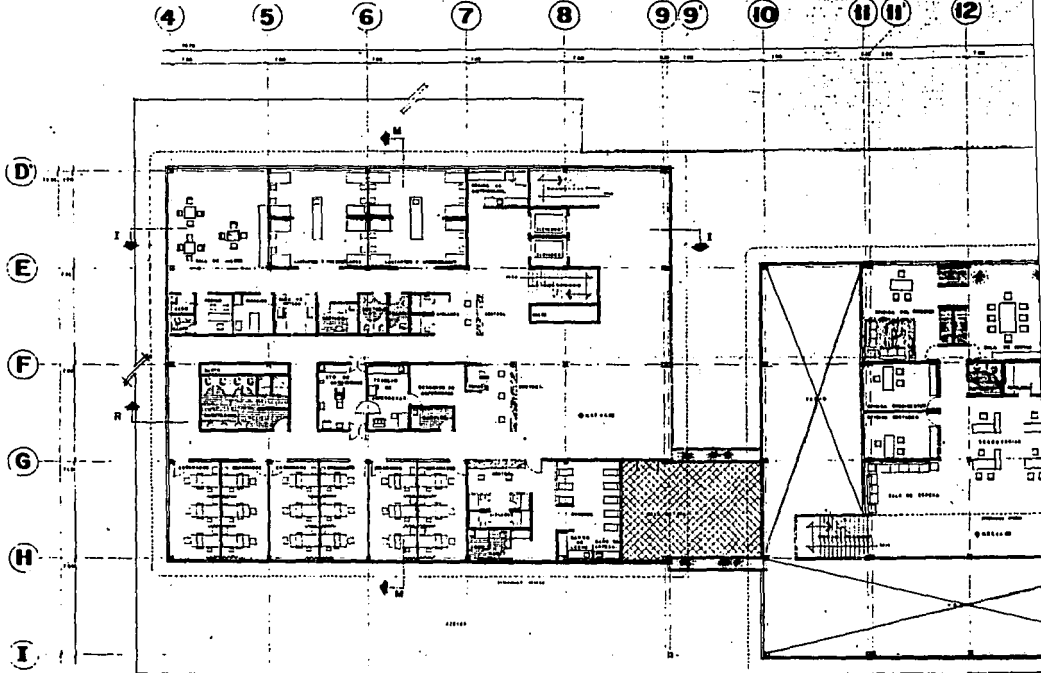


66 77 88 99 10 1111 12 13 14 15 16



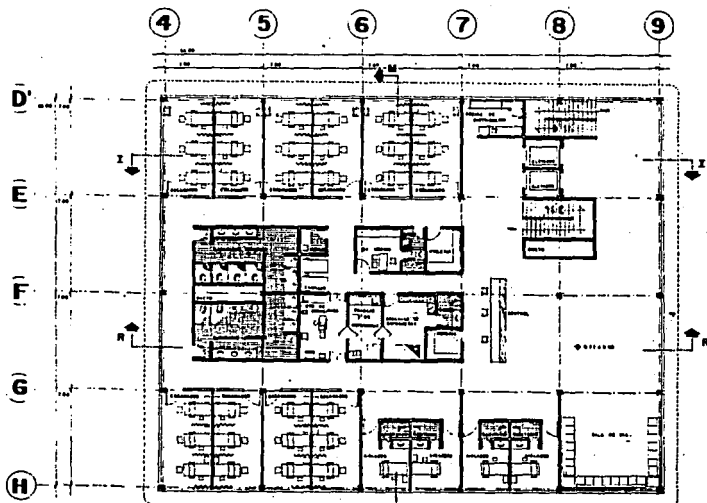
M I CH O P A R E

U N A M



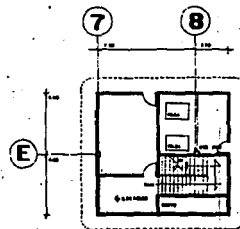
**PLANTA 1er. nivel.
HOSPITALIZACION**

GINECO-OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y GOBIERNO

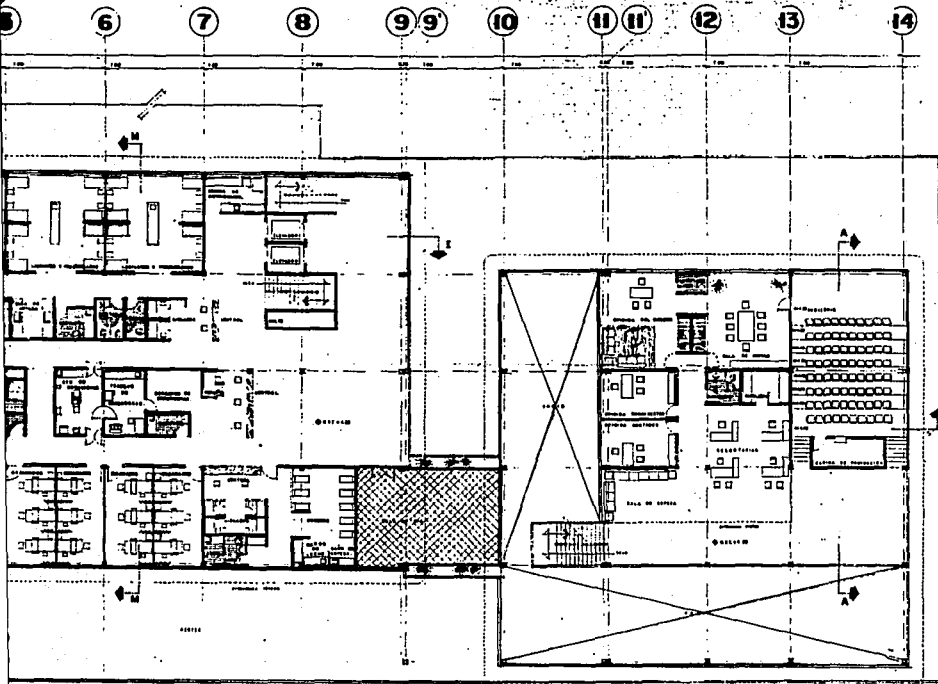


**PLANTA 2° nivel.
HOSPITALIZACION**

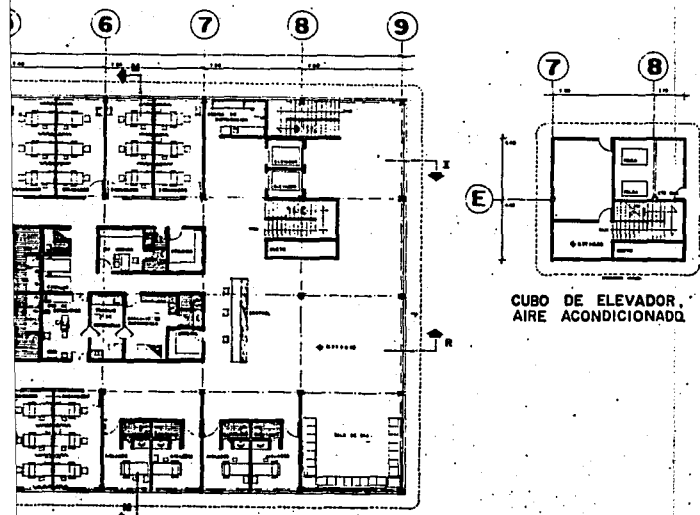
MEDICINA GENERAL Y CIRUGIA



**CUBO DE ELEVADOR,
AIRE ACONDICIONADO**



1er. nivel. LIZACION GINECO-OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y GOBIERNO



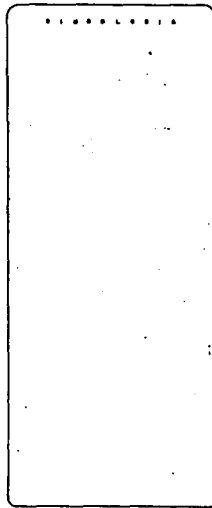
2° nivel. LIZACION MEDICINA GENERAL Y CIRUGIA

MICH
OACAN

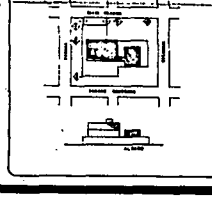


TESIS PROFESIONAL CLINICA HOSPITAL

BIOLOGIA



CROQUIS DE LOCALIZACION

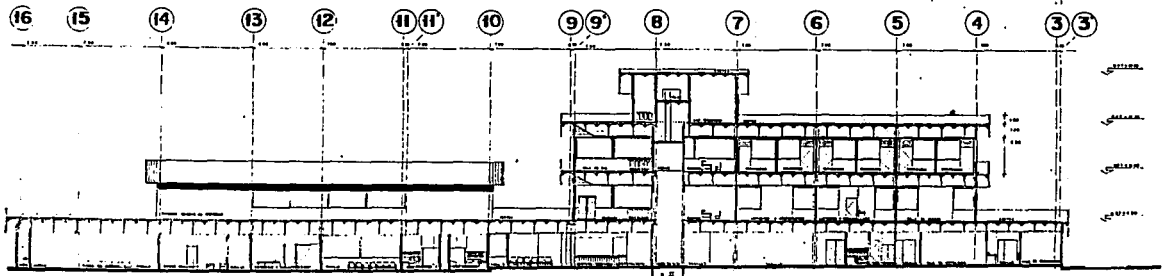


UNAM

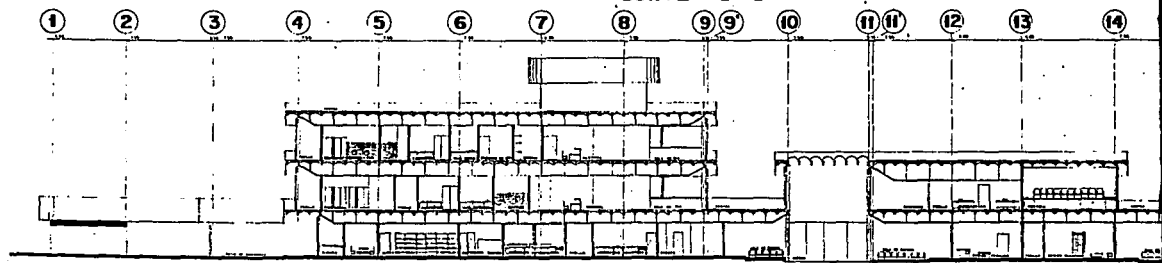


PLANTAS ALTAS

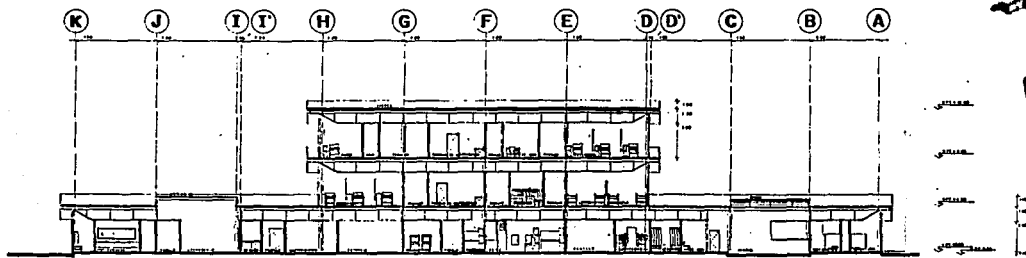
ESCALA	1:100	FECHA	MEX / 1983	A-02
ESCALA HOJA				
PROYECTADO	BARRALES PUECO RAMO			
	VILLANEA ESCOBEDO JOSE JOSE			



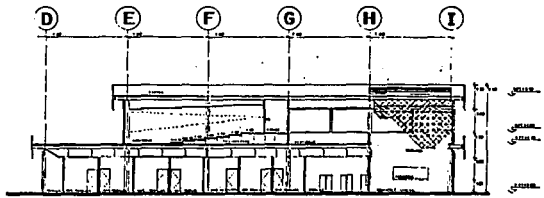
CORTE I - I



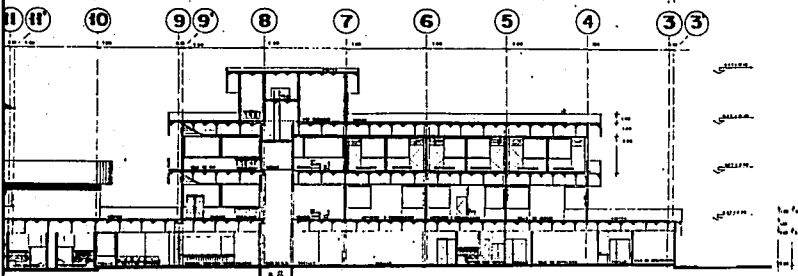
CORTE R - R



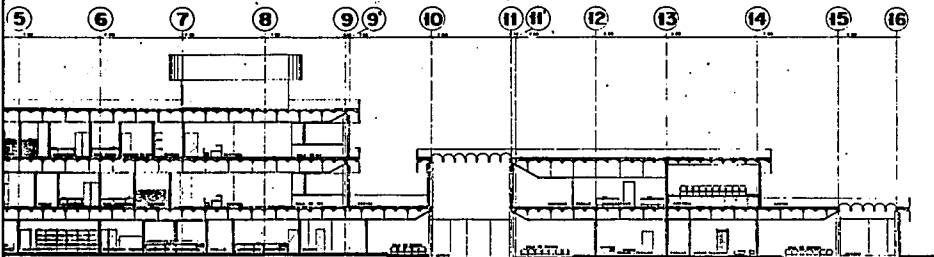
CORTE M - M



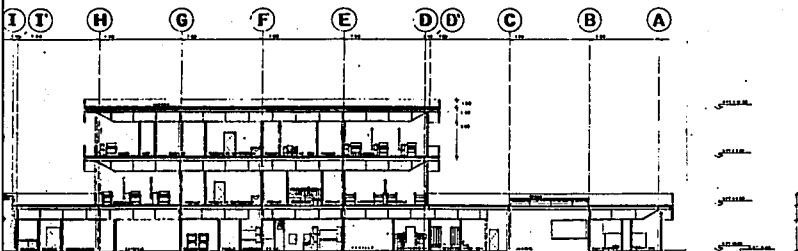
CORTE A - A



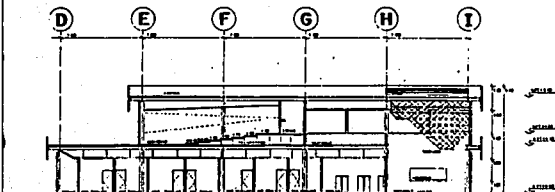
CORTE I-I



CORTE R-R



CORTE M-M



CORTE A-A

MICHOACÁN



YESIS PROFESIONAL
CLÍNICA HOSPITAL

CROQUIS DE LOCALIZACIÓN



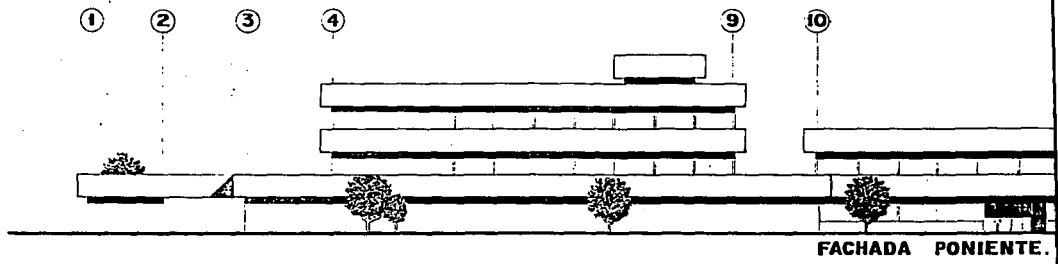
UNAM



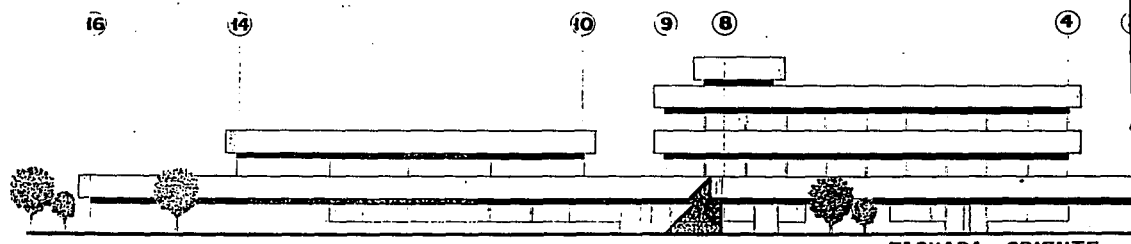
CORTES

ESCALA: 1:100
FECHA: MAR / 1983
A-03

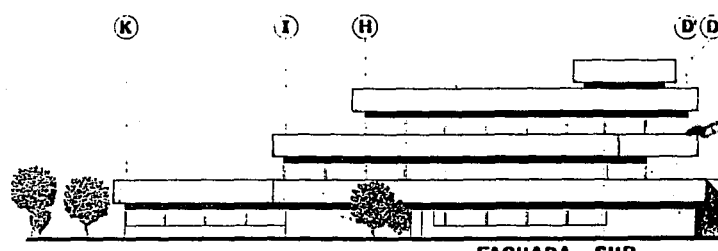
PROYECTANTE: ARQUITECTOS PEÑAS RAMOS
MIGUEL ANTONIO PEÑAS RAMOS



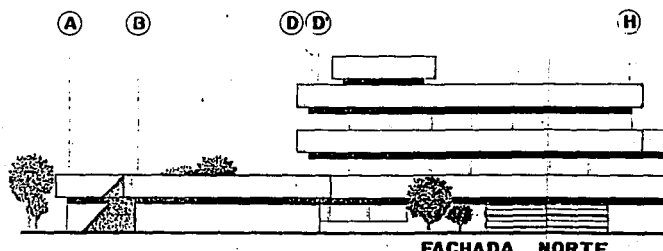
FACHADA PONIENTE.



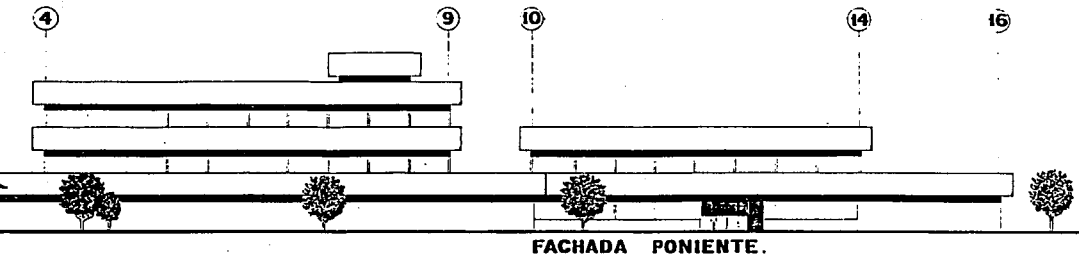
FACHADA ORIENTE.



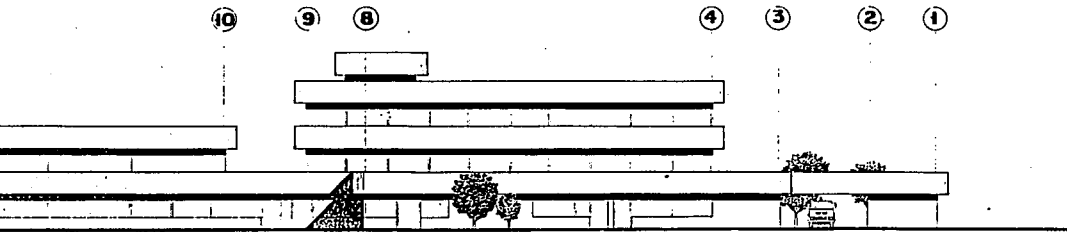
FACHADA SUR



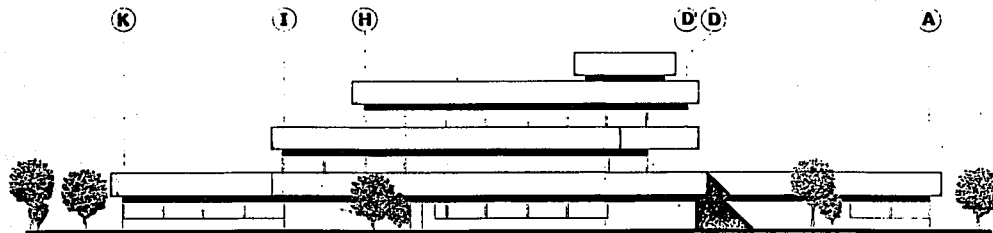
FACHADA NORTE



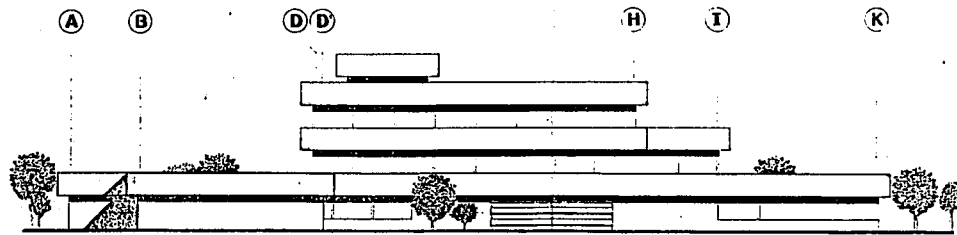
FACHADA PONIENTE.



FACHADA ORIENTE.



FACHADA SUR



FACHADA NORTE

MICHOACÁN

SARUAYO

TESIS PROFESIONAL
CLÍNICA HOSPITAL

CROQUIS DE LOCALIZACIÓN

UNAM

FACHADAS

ESCALA: 1:100
FECHA: JUN / 1983
PROYECTO: A-04

PROYECTADO: MIGUEL ÁNGEL GARCÍA
ALUMNO: MIGUEL ÁNGEL GARCÍA

1

3

4

8

10

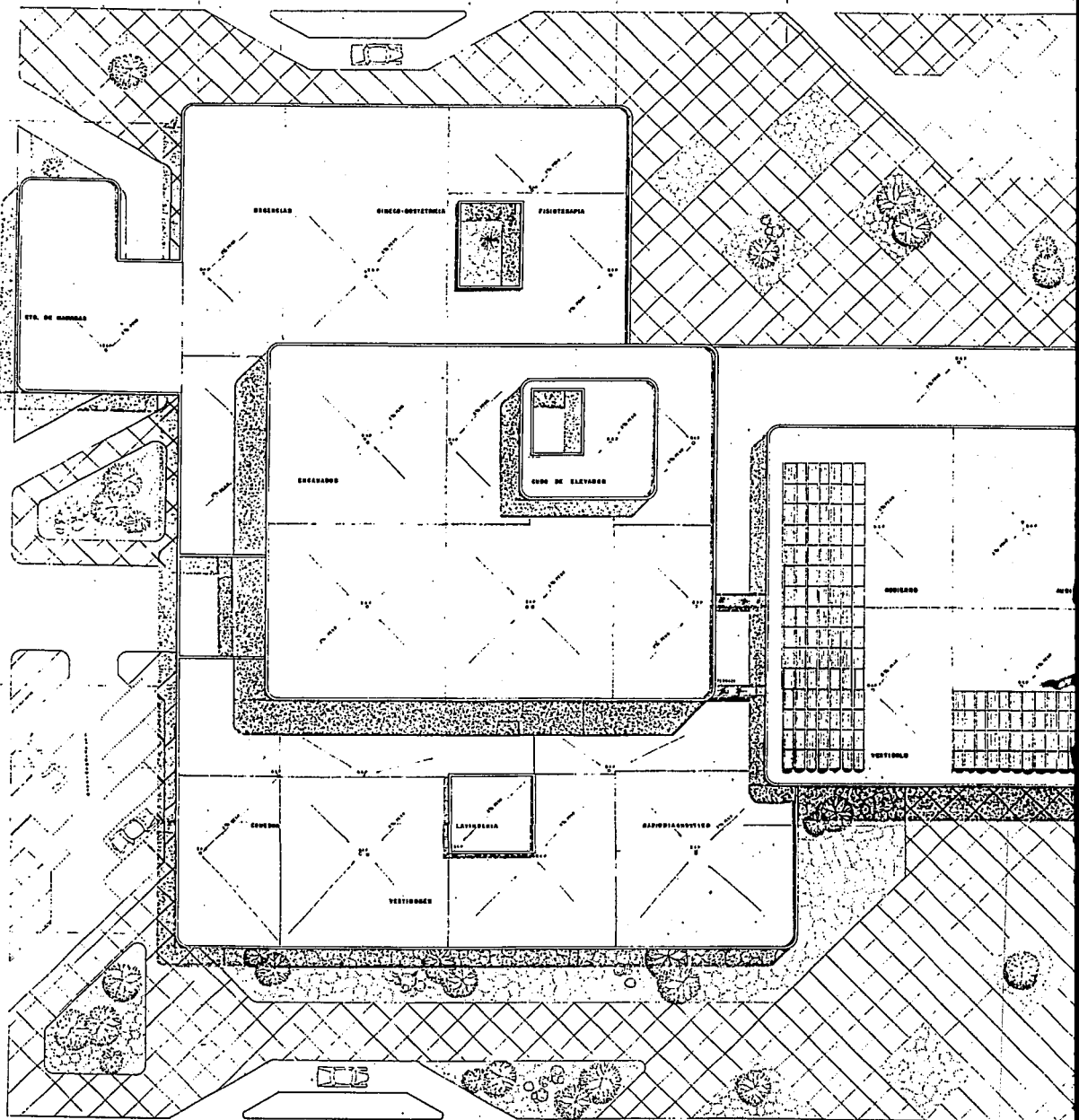
A

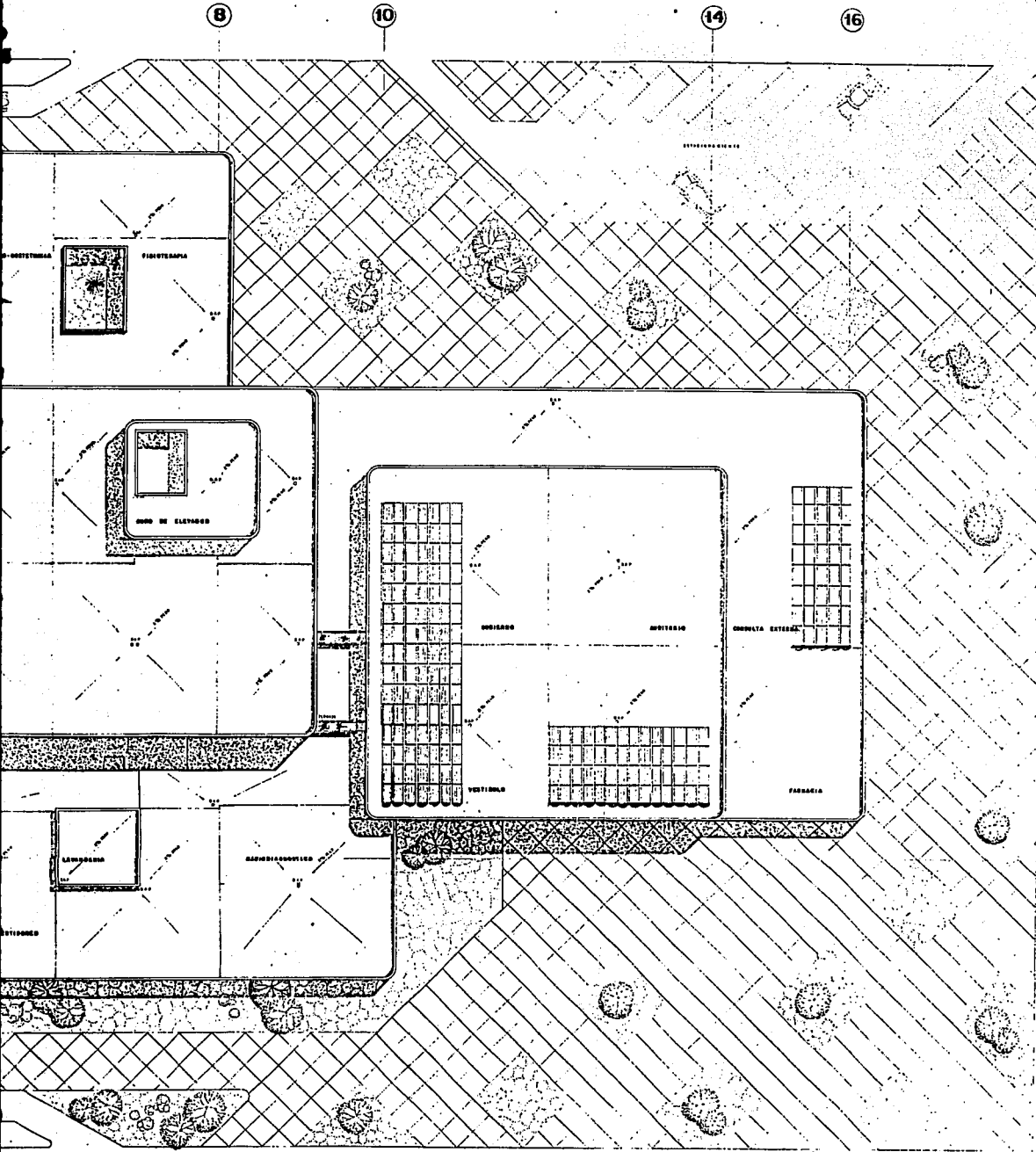
D

M

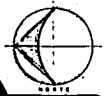
I

K

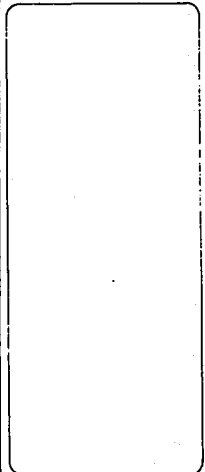




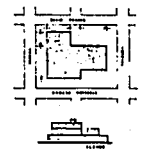
M I C H O A C A N



TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL



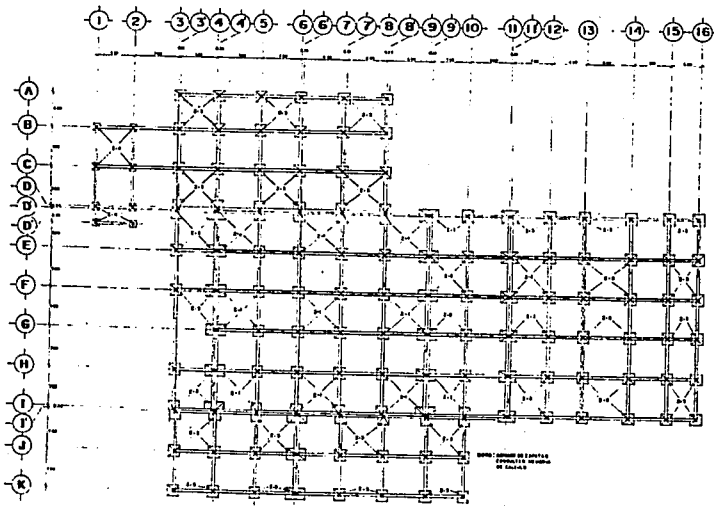
CRONOGRAMA DE LOCALIZACION



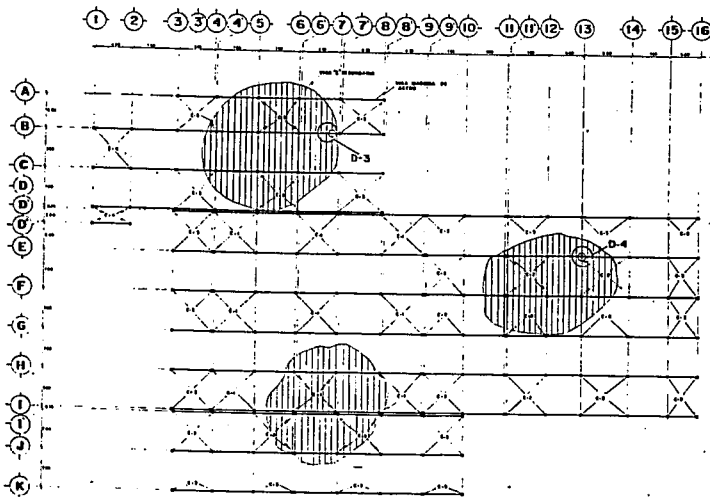
U N A M



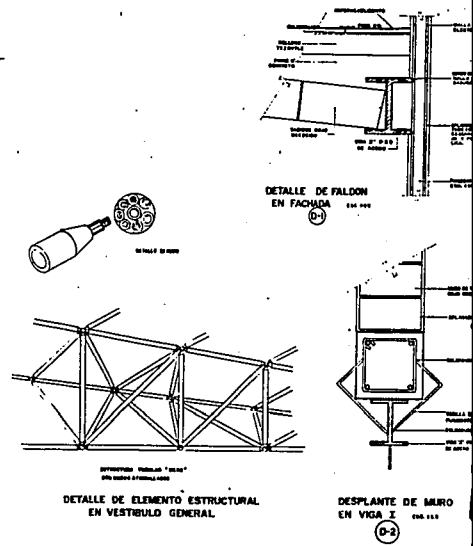
TITULO CONJUNTO
ESCALA 1:100
FECHA MEX/1985
TRABAJO REALIZADO A-05
INTERVISTAS SIMONETTI PUELLI GONZALEZ
VALLEJOS GONZALEZ JUAN JESUS



PLANTA DE CIMENTACION

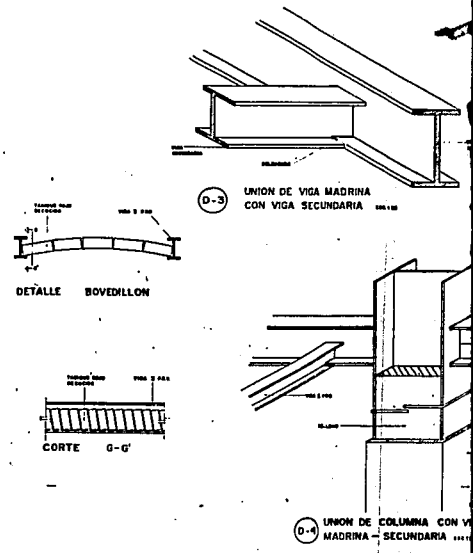


PLANTA ESTRUCTURAL



DETALLE DE ELEMENTO ESTRUCTURAL EN VESTIBULO GENERAL

DESPLANTE DE MURO EN VIGA



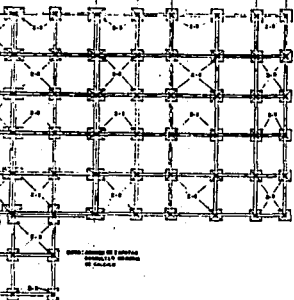
UNION DE VIGA MADRINA CON VIGA SECUNDARIA

DETALLE BOVEDILLON

CORTE G-G'

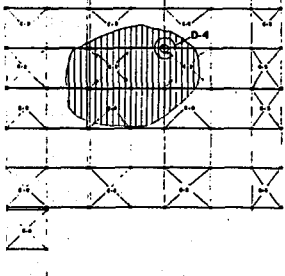
UNION DE COLUMNA CON VIGA MADRINA - SECUNDARIA

9 10 11 12 13 14 15 16

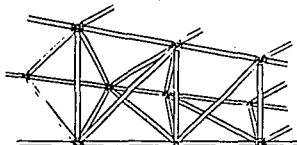


ENTACION

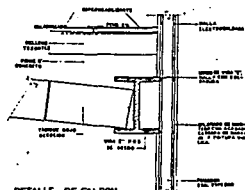
9 10 11 12 13 14 15 16



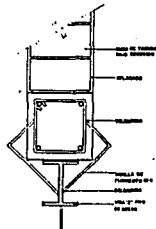
URAL



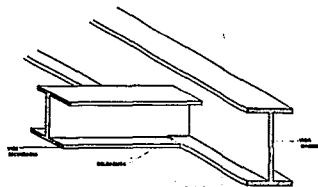
DETALLE DE ELEMENTO ESTRUCTURAL EN VESTIBULO GENERAL



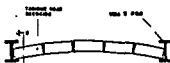
DETALLE DE FALDON EN FACHADA



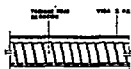
DESPLANTE DE MURO EN VIGA



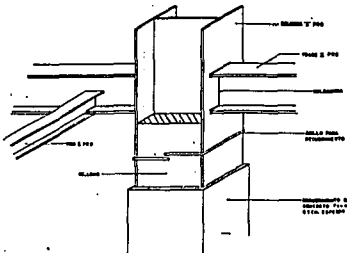
UNION DE VIGA MADRINA CON VIGA SECUNDARIA



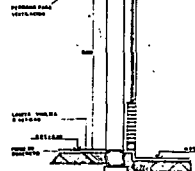
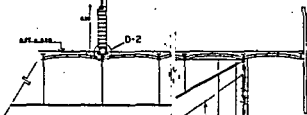
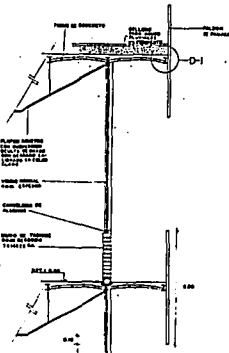
DETALLE BOVENILLON



CORTE G-G'



UNION DE COLUMNA MADRINA - SECUNDARIA

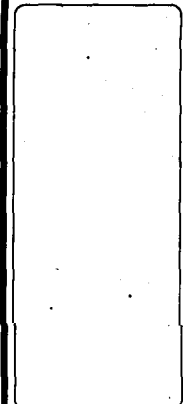


CORTE POR FACHADA ENCAMADOS Y CONSULTA EXTERNA

M I C H O A C A M



TESIS PROFESIONAL CLINICA HOSPITAL



CROQUIS DE LOCALIZACION



U A M



ESTRUCTURAL

TITULO	FECHA	E-01
TEMAS	FECHA / 1983	
FECHA ENTREGA	FECHA ENTREGA	
PROFESOR	PROFESOR	
ALUMNO	ALUMNO	