

284



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Arquitectura

La Unidad Médica de Atención Ambulatoria como respuesta del Proceso de Planeación Estratégica al Modelo Médico - Arquitectónico de atención a la salud del IMSS.

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ARQUITECTO

PRESENTA
Alexis Tacuba Chávez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SINODALES

Arq. Miguel Zamora Gabaldón
M. en Arq. José Mariano Campero González
Arq. Raúl Rodríguez Olvera



MÉXICO D.F.

MAYO 2002



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 esta 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.

a mis padres, Natividad e Higinio

Por estar siempre a mi lado en todo momento

a mis abuelos, Vicente † y María

Por creer en mí hasta el final

a mis abuelos, Mercedes y Juana †

Por su gran cariño

a mi hermana Carina

Por su gran humor

a mi novia Megumi

Por ser mi musa inspiradora

agradecimientos

Gracias a la *UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO*

Gracias a la *FACULTAD DE ARQUITECTURA*

Gracias a todos mis profesores por compartir sus sabios conocimientos conmigo, en especial a: *Arq. Julio Morales y Niño, Arq. Miguel Zamora Gabaldón, Arq. Raúl Rodríguez Olivera, M. en Arq. Mariano Campero, Arq. Octavio Gutiérrez, Arq. Jorge Kerber, Arq. Julio Bracho, Arq. Sergio Islas, Arq. Raúl Sólís, Arq. Jorge Segura, Arq. Pedro Urzúa y Arq. Héctor Serrano.*

Gracias a mis compañeros y amigos de generación: *David, Enrique, Adrián, Blanca, Marco, Yevgeny, Ernesto, Manuel, Tzanda, Claudia, Pepo.*

Gracias a mis entrañables amigos del ICUAC y del depa 201 por haber compartido conmigo todos estos años en la Universidad: *Richie, Joel, Porfirio, Robertillo, Marcos, Miguel, Ulises, Albino, Oscar, Alejandra, Mayra, Daphnae, David, Cuauhtémoc, Tonny, Benny.*

Gracias a mis amigos de la R-3 norte y anexas: *Alejandra, Clara, Susana, Perla, Armando, Felipe, Mike, Nieves y Robert.*

Gracias a mis amigos y asesores externos de PRODEL: *Lic. Martín Lovera (planeación), M. en Arq. Linda Palau (urbanismo), Arq. Francisco Rueda y Arq. Alejandro Gaytán (diseño arq.).*

Gracias al personal del IMSS, en Durango 291, *Arq. Víctor López Borja, Lic. Álvaro Ruíz, Normita,* y al personal del IMSS Delegación Coahuila por proporcionarme toda la información posible para la realización de esta Tesis.

Un especial agradecimiento a la familia *González Villegas* por dejarme ser parte de ustedes, a la *Dra. Lucha,* al *Longis* y al *Daris,* por ser mis hermanitos pequeños, y al *Arq. Longinos,* por ser mi papá adoptivo todos estos años, gran parte de esto es suyo arquitecto.

Gracias a mis amigos de la Preparatoria de la Universidad Americana de Acapulco, *Aldo, Campos, Saúl, Araujo, César, Karina, Víctor, Doris, Sahid,* al Profesor: *Arias Chalico,* y al *Arq. Salvador Montesinos.*

Gracias a mis tíos: *Aracell, Sofía, Edith,* y *Edel Tacuba; Estebán, Juan, Chucho, Rocío, Eva, Maribel,* y *Minerva Chávez.*

*el que vivamos en un país jodido no significa
que los arquitectos tenemos que dar
soluciones jodidas...*

Arq. Julio Morales y Niño

índice	página
Introducción	01
I. Antecedentes y Problemática de la Seguridad Social en el Mundo	06
II. Planeación Estratégica	
2.1 Generalidades	14
2.2 Concepto de Planeación	15
2.3 Importancia de la Planeación	16
2.3/1 El factor tiempo en la Planeación	17
2.4 Planeación Estratégica	18
2.5 ¿Que es una Estrategia ?	19
2.6 Concepto de Planeación Estratégica	20
2.7 Conclusión	22
III. Marco Metodológico	
3.1 Introducción	23
3.1.1 Características Generales	24
3.1.2 Estructuras participantes generadoras de espacios	26
3.2 Pre-Diagnóstico	28
3.3 Metodología para el Diagnóstico	31
3.3.1 Flujograma de Actividades	33
3.3.2 Diagrama Metodológico	34
3.3.3 Marco Legal	35
3.3.4 Cédulas de Investigación	37

		página
	3.3.5 Confrontación de Datos Normativos ----->	56
	3.3.6 Metodología para Proyecciones ----->	59
	3.4 Planteamiento de Acciones a Realizar ----->	65
	3.5 Conclusiones ----->	68
IV.	El IMSS como Marco de Referencia General	
	4.1 Información Nacional	
	4.1.1 Generalidades ----->	69
	4.1.2 Análisis de Población ----->	70
	4.1.3 Comparativa Nacional de Regiones ----->	71
	4.1.4 Recursos Físicos Actuales ----->	72
	4.1.5 Diagnóstico ----->	73
	4.1.6 Estrategias y Líneas de Acción ----->	74
	4.2 Información Regional. (Región III-Norte)	
	4.2.1 Generalidades ----->	75
	4.2.2 Análisis de Población ----->	76
	4.2.3 Ubicación unidades de 2° y 3° Nivel ----->	77
	4.2.4 Recursos Físicos Actuales ----->	78
	4.2.5 Derivación de Unidades Médicas ----->	79
	4.2.6 Propuesta de Derivación Regional ----->	80
	4.2.7 Propuesta Inmobiliaria de Acciones ----->	81
	4.2.8 Propuesta de Inversión ----->	82
V.	Delegación Coahuila, como Caso de Estudio.	
	5.1 Generalidades ----->	83

	página
5.2 Geografía ----->	84
5.3 Plan Estatal de Desarrollo ----->	85
5.4 Ubicación de Unidades Médicas-2001 ----->	86
5.5 Derivación de Unidades Médicas ----->	87
5.6 Recursos Físicos ----->	88
5.7 Información de Unidades Médicas ----->	89
5.8 Población ----->	90
5.9 Recursos Físicos por unidad ----->	91
5.10 Productividad ----->	92
Análisis (Diagnóstico)	
5.11 Crecimiento de Población Abierta ----->	93
5.12 Crecimiento de Población Usaria ----->	94
5.13 Diagnóstico de Recursos Primer Nivel ----->	95
5.14 Diagnóstico de Recursos Segundo y Tercer Nivel ----->	96
5.15 Requerimiento de Recursos ----->	97
Propuesta	
5.16 Propuesta para la derivación de Unidades Médicas ----->	98
5.17 Propuesta de acciones inmobiliarias a Realizar ----->	99
5.18 Propuesta de Inversión ----->	100
5.19 Conclusiones ----->	102
VI. Propuesta de Ubicación para Futuras Unidades Médicas	
6.1 Procedimiento para determinar la ubicación ----->	103

• • • • •
página

de Nuevas Unidades Médicas

Ciudades

6.2	Satillo, Uso de Suelo ----->	107
6.3	Satillo, Crecimiento ----->	109
6.4	Satillo, Propuesta de Ubicación ----->	111
6.5	Cd. Acuña, Uso de Suelo ----->	113
6.6	Cd. Acuña, Crecimiento ----->	115
6.7	Cd. Acuña Propuesta de Ubicación ----->	117

vii. Proyecto Arquitectónico, Unidad Médica de
Atención Ambulatoria

7.1 Generalidades

7.1.1	Concepto ----->	119
7.1.2	El Problema ----->	119
7.1.3	Factores Condicionantes ----->	121
7.1.4	Problemas en la Entrada ----->	122
7.1.5	Problemas en el Proceso ----->	122
7.1.6	Problemas en la Salida ----->	122
7.1.7	Problemas en lo Operativo ----->	123
7.1.8	Propósitos del Proyecto ----->	123
7.1.9	Expectativas ----->	124
7.1.10	Enunciados Generales ----->	125
7.1.11	Datos y Perspectivas Complementarias ----->	127

7.2 Análisis del Sitio

7.2.1	Localización ----->	129
7.2.2	Características Generales de Satillo ----->	130

introducción

Introducción

Antecedentes

Es la salud una de las condiciones básicas para que un país logre su pleno desarrollo económico, social político y cultural, de tal forma que se convierta en el indicador del grado de bienestar y calidad de vida alcanzado por un pueblo.

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas, y se cumplen las legítimas aspiraciones de la población a gozar de un completo bienestar social, por lo que se dice que la salud está generalmente ligada al destino de una nación.

México, ha recorrido un largo camino en esta materia, según lo señala su historia, así en 1930, y en consecuencia al crecimiento económico sostenido en nuestro país, surgen las instituciones que habrían de materializar la política social de los gobiernos revolucionarios; así en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, misma que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora Secretaría de Salud. También en 1943 se crea el *Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS*, cuya trascendencia está presente en los problemas nacionales de orden económico y social así como en los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, con una frecuencia, que afectaba severamente a los trabajadores y por consiguiente a la economía nacional.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, adquiere dentro de los subsistemas de seguridad social y del Sistema Nacional de Salud, gran importancia tanto cuantitativa (da cobertura

aproximadamente al 55% de la población nacional), así como cualitativamente. Se trata de un organismo público descentralizado con patrimonio propio, con aportación tripartita (trabajador, patrón y estado), para lo cual su infraestructura está integrada por un sistema de Siete grandes Regiones, que integran al conjunto de unidades médicas en treinta y siete Delegaciones, en las que la atención médica primaria, secundaria y terciaria es otorgada mediante un proceso escalonado que incluye además de medidas preventivas, las diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación en tres niveles de atención que permiten que cada habitante acceda a la unidad médica adecuada a la atención que requiere.

El *primer nivel* de atención comprende todas aquellas unidades médicas, cuyas acciones son encaminadas primordialmente a la preservación de la salud de la población mediante acciones de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimiento que se presentan con mayor frecuencia, y que su resolución es factible por una combinación de recursos pocos complejos. Aquí se atiende del 80 al 85% de los casos que solicitan servicios, proporcionándoseles atención ambulatoria encaminada a disminuir el riesgo y las trascendencia de los daños.

Al *segundo nivel* de atención, corresponden las actividades dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo a pacientes derivados del primer nivel con daños frecuentes y de mediana complejidad, empleando tecnología intermedia y sistematizada en procedimientos de rutina que faciliten su utilización, tiene orientación hacia el tratamiento oportuno y la limitación del daño, aquí son resueltas del 12 al 15% de las patologías, mediante consulta externa de algunas

especialidades, hospitalización y urgencias médico quirúrgicas.

El tercer nivel de la atención médica, es aquel donde se realizan las actividades de restauración y rehabilitación de la salud, poco frecuentes a usuarios que presenten padecimientos de alta complejidad en el diagnóstico y tratamiento, que han sido referidos por los otros niveles de atención a la salud, con la participación de personal altamente especializado en áreas específicas y mediante el empleo de tecnología avanzada. Aquí se atiende del 2 al 5% de las patologías, se realizan investigaciones biomédicas, y se participa activamente en la formación de recursos humanos especializados en salud.

Uno de los principales problemas que originaron las políticas iniciales del Instituto hasta antes de la Reforma de 1995, fue el desfinanciamiento histórico, que comprometía la calidad del servicio en el corto plazo aunado al hecho de que la cuota original no cubría las prestaciones familiares, se ampliaron constantemente las prestaciones otorgadas y los costos del servicio habían avanzado a mayor velocidad que la actualización de las cuotas.

En síntesis, existía un desequilibrio financiero, que de no haberse tomado en cuenta se hubieran puesto en riesgo las prestaciones de servicios médicos.

Así en 1995, el Instituto Mexicano del Seguro Social en el marco de las transformaciones a los sistemas de seguridad social, y después de conocer la situación actual de los ramos de aseguramiento y su viabilidad financiera, observada en el párrafo superior, se dio a la tarea de desarrollar una propuesta cuyo objetivo principal era resolver los problemas ya detectados y presentar en su conjunto un plan tendiente a renovar a la institución, que le diera vigencia y permitiera además resolver

problemas propios compartidos con otros sistemas de seguridad social en el mundo.

Esta propuesta fue presentada al ejecutivo federal para su aprobación, en el mes de octubre de 1995, entrando en vigor a partir de julio de 1997.

Al proponerse y aprobarse la nueva ley del Seguro Social se buscó dar un cambio radical a la seguridad social, respetando los principios originales de la misma, otorgándole universalidad y equilibrio en el costo que pueda tener para la población, definiendo así los principios rectores de la nueva ley:

- Una seguridad social para el futuro
- Una seguridad social y pública
- Una seguridad social y más amplia y
- Una seguridad social y más justa

Con lo anterior, la nueva Ley refuerza el carácter público, solidario y universal de la seguridad social, bajo estos principios que el avance histórico de la medicina de la seguridad social, sus logros e impactos benefician a los propios mexicanos.

La situación actual contemporánea, impone modificar los planteamientos en las nuevas circunstancias del entorno económico mundial, la tendencia a la globalización y con ello a la apertura de los mercados, parece ser irreversible, las economías nacionales continuarán siendo absorbidas o reubicadas, conforme a las exigencias de la economía mundial.

La institución debe estar preparada para los retos actuales y futuros, fundamentar sus cimientos en la apropiada planeación estratégica de todas las áreas involucradas, haciendo énfasis a las dedicadas a la infraestructura de atención a la salud, y a la

constante búsqueda de modelos médico-arquitectónicos que den pronta solución a las demandas de salud requeridas, con calidad, calidez y economía que requiere la población derechohabiente, en los albores del nuevo siglo.

Fundamentación del Tema

Asimismo, no puede soslayarse que aunado a las características de los modelos operativos de atención diseñados y desarrollados por el Instituto, los cambios en las tendencias de morbilidad y la mortalidad de la población, entre otros, también afectan de manera importante la demanda de servicios médicos, y consecuentemente las políticas institucionales de planeación encargadas de ofrecer la mejor infraestructura inmobiliaria; situación que ha venido a representar uno de los mayores retos en la búsqueda de la actualización permanente de estrategias tendientes a lograr los más altos niveles de satisfacción a favor de los asegurados y sus familias.

Con la intención de coadyuvar a la definición de dicho proceso a corto, mediano y largo plazo, el que permita mejorar la oportunidad de la atención de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población derechohabiente, se plantea la meta de elevar la calidad en la prestación de servicios, además de racionalizar los recursos existentes; en este sentido es que se propone el tema:

- *"La Unidad Médica de Atención Ambulatoria, como respuesta del proceso de Planeación Estratégica al modelo Médico-Arquitectónico de atención a la salud del IMSS".*

Cabe mencionar la importancia que desempeña la Planeación Estratégica dentro de las Instituciones, ya que permite simular el

futuro, -en papel-, en caso de que la simulación no resulte la deseada, el ejercicio puede borrarse y comenzar de nuevo. En este caso, se pueden ensayar acciones inmobiliarias, generando escenarios de acuerdo a las necesidades, a corto, mediano y largo plazo, a beneficio del propio Instituto.

Además que nos permite conocer, el estado actual que guardan los inmuebles, arrojando datos que son de vital importancia para la operatividad, y la futura toma de decisiones, como es el conocer los déficits - superávits de servicios médicos a nivel nacional, regional, delegacional y local, para proponer soluciones acordes a la problemática existente.

El IMSS, no puede quedar exento de las tendencias actuales de los modelos médico-arquitectónicos, que buscan, a través de ideas innovadoras, retomar sus principios originales, y asentar una barrera entre el segundo y tercer nivel, evitando así que los pacientes puedan resolver sus problemas de salud, con calidad, eficiencia y sobre todo asequible; en un nivel más inmediato.

Es así como surgen modelos operativos de apoyo a hospitales generales de sub-zona y zona, en los cuales el principal problema es la falta de camas censables, y la ampliación de las mismas no es factible, o el costo de la construcción de un hospital nuevo es muy elevado; la Unidad Médica de Atención Ambulatoria, permite reducir de manera considerable tiempos y costos en cirugías que no requieren hospitalización ni cuidados especiales (utilización de camas), desimpactando a un hospital en cuanto a su capacidad instalada de camas hasta en un 30% de las mismas.

El nuevo Gobierno de la República ha marcado, como objetivo prioritario en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006; impulsar el desarrollo nacional profundizando en la justicia social y elevando los niveles de bienestar de los mexicanos:

*"El gobierno de la República tiene el compromiso de seguir desarrollando los sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población."*¹

Asimismo, la importancia de este tema, como ejercicio escolar, recae en la inexistencia de tesis alguna relacionadas con el tema desde la perspectiva arquitectónica, durante la revisión de casos análogos, ya que la mayoría de las tesis consultadas alternan en temas relacionadas con edificios para la educación, vivienda, centros deportivos y sociales, temas urbanos, etc., no encontrando tema alguno relacionado con la planeación inmobiliaria.

Objetivos

Con base en la información contenida en el documento de Infraestructura Inmobiliaria del Instituto, así como en el Plan

General Inmobiliario, recientemente elaborado por la División de Planeación de la Coordinación de Construcción, Conservación y Equipamiento (CORCCE), y considerando los planes de desarrollo regional, estatal y municipales, se llevó a cabo esta tesis.

Del mismo modo fue necesario considerar los indicadores y parámetros institucionales, nacionales y regionales, para el cálculo de los servicios médicos, de los inmuebles y del equipo, así como los resultados obtenidos de la aplicación de cédulas de entrevista durante el trabajo de campo apoyado por los responsables médicos, administrativos y técnicos de la Delegación IMSS Coahuila.

En síntesis esta tesis habrá de permitir:

- ▶ Identificar las necesidades estimadas de servicios médicos y su impacto en la infraestructura inmobiliaria institucional.
- ▶ Identificar los indicadores para el cálculo de la demanda de infraestructura.
- ▶ Identificar el impacto de los programas de desarrollo regional, estatal y municipal en la infraestructura de inmuebles para la salud del IMSS.
- ▶ Identificar las necesidades y dimensionamiento de obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones requeridas por la institución a corto, mediano y largo plazo.

¹ Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. "Política Social"
www.pnd.presidencia.gob.mx



- ▶ Identificar los recursos financieros necesarios para contar con dicha infraestructura.
- ▶ Orientar la toma de decisiones de las autoridades del Instituto, para definir la localización de las futuras unidades médicas, así como las reservas territoriales necesarias.
- ▶ Evaluar la factibilidad de crecimiento de las unidades médicas con servicios saturados.
- ▶ Proporcionar información de soporte para los Programas de Inversiones del IMSS a corto, mediano y largo plazo.
- ▶ Conocer, analizar y en su caso aplicar los nuevos modelos operativos médico-arquitectónicos de atención a la salud, como es la UMA.

Finalmente con la intención de lograr una visión integral de ésta tesis, se convino adicionar información cartográfica, tomando como base los materiales desarrollados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, así como Planes de Desarrollo Urbano, Estatal, Municipal y de ciudades principales; a efecto de enriquecer el análisis de Áreas Geo-Estadísticas Básicas (AGEB's), y así conocer tanto las tendencias de crecimiento poblacional como las necesidades de ubicación futura de unidades médicas y las reservas territoriales requeridas..

Alcances

En los albores del siglo XXI en México están sucediéndose diversos hechos a pasos agigantados; en particular el campo de la salud ha adquirido tintes impresionantes, lo que motivó a la realización de esta tesis, que lleva el propósito de presentar en los primeros capítulos los criterios generales, sobre la metodología para la planeación a nivel delegacional de los futuros inmuebles en los que el IMSS desarrollará sus funciones, de prestación de servicios a la salud; seguido de la incorporación del concepto nuevo de la UMA (Unidad Médica de Atención Ambulatoria) a los modelos operativos del Instituto.

SOCIAL SECURITY ACT
ACCOUNT NUMBER
602-03-3122

ISSUED BY
RICHARD LANCASTER KRATZBILL

Richard L. Kratzbill

FOR SOCIAL SECURITY PURPOSES • NOT VALID FOR OTHER PURPOSES

7. antecedentes

I. antecedentes

Problemática de la Seguridad Social en el mundo

Los Seguros Sociales tienen su origen en Alemania a fines del siglo XIX, durante el régimen de Bismark. La singular política del canciller alemán tenía como marco los conflictos de la burguesía y la detención del movimiento obrero revolucionario, así mismo no debemos soslayar la fuerte influencia que tuvieron las propuestas de Lassalle y el socialismo de cátedra de esa época. Con el tiempo la política social es impulsada a través de la práctica reformista, parlamentaria y gradual del socialismo democrático, por los partidos cristianos y el pensamiento liberal demócrata, con lo cual adopta los instrumentos necesarios para consolidarla.

Pero es a raíz de los movimientos obreros, la extensión del sufragio universal y la necesidad de la integración política de los sectores populares que se provocan fuertes cambios en la posición del Estado y sus negativos efectos sociales ante los mercados autorregulados.

Es entonces cuando surge un fuerte proceso de afirmación de los derechos humanos "De la Segunda Generación" (Constituciones de México 1917 y de Weimar 1919); con esto quedan jurídicamente amparados los anhelos de justicia social y bienestar.

Puede decirse que lo anterior da origen a la transición del Estado Liberal Burgués a un Estado Social.

Bajo este entorno y antes de que terminara la Segunda Guerra Mundial es cuando los pueblos y gobiernos se empiezan a manifestar por un mundo basado en la justicia e igualdad, el cual debería nacer apoyado en organizaciones sociales más humanas y justas con el fin de que estos hombres tuviesen trabajo, progreso económico y seguridad social; este último término cobra relevancia cuando ya en la post-guerra la recién



Otto Von Bismark
2000. Enciclopedia Encarta

creada Organización de las Naciones Unidas (ONU), elabora la Declaración de Derechos Humanos, la cual expresa en su Art. 25:

"...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella misma y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."²

Es así como toma relevancia el término de Seguridad Social en el mundo y como la Organización de las Naciones Unidas lo adoptan como uno de sus objetivos básicos.

Es Sir William H. Beveridge quien, en Inglaterra en el año de 1942, define a la Seguridad Social como "... el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia..." y afirma que en general "...la meta del plan de Seguridad Social es acabar con la indigencia en cualquier circunstancia...", con lo cual el Seguro Social tradicional evoluciona hacia la etapa de Seguridad Social que protege al íntegramente al individuo.

² Hernández Sergio, "Evoluciones de las tendencias de la Seguridad Social" Fondo de Cultura Económica. 1995. p.136.

Debe destacarse en forma importante que la seguridad social a nivel mundial es relativamente joven; pues cobra vigencia e importancia en este entorno a principios del año 1950, después de la Segunda Guerra Mundial.

Es evidente que esta preocupación mundial por la seguridad social ha ido creciendo casi paralela a factores como el incremento de la natalidad, de la mayor esperanza de vida, la educación y en forma muy importante todos vinculados a la salud.

Por ejemplo, en las economías desarrolladas, en el decenio de 1950 a 1960 ya se destinaba a la atención de estas necesidades más o menos el 7% del PIB; ya para 1980 el 8% en Estados Unidos y el Japón y más del 30% en algunos países escandinavos y de la Comunidad Europea.

El crecimiento espectacular de hecho se fincó en dos ejes principales de prestaciones:

- ▶ Asistencia médica
- ▶ Pensiones de vejez

Es preciso señalar que los programas de desarrollo social suelen darse de mejor manera a escala en países desarrollados, por obvias razones quedándose muy atrás los países en vías de desarrollo toda vez que el financiamiento requerido depende, como es natural del empleo, crecimiento económico sostenido, mercados financieros sólidos, estructuras político-democráticas estables y solidaridad respecto a la distribución de los ingresos conjugados a una estructura fiscal y de seguridad social.

Por otra parte, en América Latina, la protección social es mayor que en otras partes del mundo desarrollado por su nivel más

alto, precisamente, de desarrollo económico. La cobertura suele ser más extensa en los países de mayor desarrollo económico dentro del mismo continente latinoamericano.

En general la protección sigue vinculándose a la idea de la cotización, así pues en los países que cuentan con un porcentaje mayor de asalariados en su población económicamente activa, la cobertura puede ir del 55 al 100% mientras que en los países menos desarrollados ésta se establece del 17 al 50%.

Es un hecho que los diversos países que conforman el esquema geopolítico mundial han adoptado, unos si y otros no, capitalistas o en vías de desarrollo, diversos modelos de Seguridad Social y de financiamiento.

Sin embargo existe, de acuerdo a la cumbre Mundial Sobre Desarrollo Humano, que a través de un pacto 20:20 (el que más adelante se indica en que consiste) y la "Carta Social Mundial", el lograr un Sistema de Seguridad mínima.

El esquema de este planteamiento de sistema de seguridad social mínima tiene como ejes fundamentales:

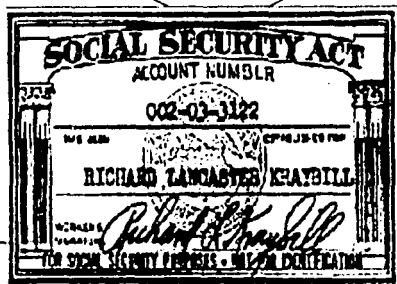
- ▶ Ámbito de aplicación con base en criterios previamente establecidos.
- ▶ Mecanismos de financiamiento aplicación de recursos (20:20).
- ▶ Esquemas de necesidades poblacionales mínimas a atender.

En la actualidad las contribuciones para la atención de ayudas sociales aplicables a las naciones más necesitadas son voluntarias y se distribuyen al azar; en este entorno, uno de los grandes defectos de que adolece un sistema de apoyo social,

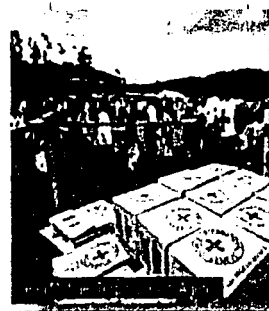
ante la incertidumbre de la captación de recursos que le den viabilidad elimina, por esta razón, el elemento vital de "Seguridad", amén de la distribución de dichos recursos sobre bases que en muchas ocasiones pueden obedecer a conveniencias políticas.

Este esquema de Seguridad Social mínima pretende dar viabilidad para lograr los siguientes resultados:

- ▶ Acceso universal a la enseñanza básica.
- ▶ Acceso universal a la atención primaria de la salud.
- ▶ Inmunización universal de niños.
- ▶ Reducción del 50% del índice de mortalidad materna.
- ▶ Accesos a programas de planificación familiar.
- ▶ Reducción al 50% del índice de analfabetismo.
- ▶ Eliminación de la desnutrición severa y de la moderada.
- ▶ Avance en la población mundial hacia un techo que no rebase 7,300 millones de seres humanos en el año 2015.
- ▶ Créditos a pobres a fin de que trabajen por su cuenta.



Cartilla de Seguridad Social, principios de siglo
2000. Enciclopedia Encarta



Ayuda Internacional a países pobres
2000. Enciclopedia Encarta

Para la obtención de los financiamientos y aprovechamiento mejor de los recursos se requiere de un pacto de desarrollo humano 20 : 20 que consiste en que los países desarrollados aporten el 20% de ayuda para gastos de prioridad humana igual al 20% del PIB que destinarían los países en vías de desarrollo.

Bajo el esquema financiero propuesto, las países se comprometerían a:

- 1.- Desarrollar reseñas nacionales de desarrollo humano.
- 2.- Fijar prioridades de desarrollo humano nacional.
- 3.- Participar en exámenes anuales de pacto 20 : 20 en reuniones conjuntas de donantes y receptores.

La magnitud de un sistema mundial de Seguridad Social mínimo podría fijarse en función del nivel de consumo esencial, tal vez un mínimo de un dólar por persona y podría fijarse en función de ciertos bienes públicos, como salud, educación y nutrición. El hecho es que las corrientes anuales de recursos fueran



La Seguridad Social en México

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares en México, se encuentran a principios de este siglo, en los últimos años de la época porfiriana: en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara "de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares"

A finales de 1925 se presentó una Iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba

el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de seguro obrero suscitó la inconformidad de los empleadores que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.

En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.



Primer Logotipo del IMSS
2001. www.imss.gob.mx

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Proyectos de Ley

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, licenciado Ignacio García Téllez, abogado de cuarenta años de edad, quien para esa fecha ya había sido diputado federal, gobernador Interino de Guanajuato, Rector de la Universidad Nacional Autónoma y, durante el régimen cardenista, Secretario de Educación, presidente del PNR, secretario particular del Jefe del Ejecutivo y para esa fecha, Secretario de Gobernación. Colaboraron varios especialistas en derecho, medicina y economía, basados en la legislación expedida en otros países hispanoamericanos.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que "cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

Aprobado el proyecto por un consejo de ministros, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante pues a los legisladores les

pareció conveniente que se elaborara un documento más completo fundamentado en estudios actuariales. Por otra parte, la situación del momento, de fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover antes que nada la unidad nacional.

Por otra parte, a partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez derrotadas las potencias nazifascistas había que lanzarse a la búsqueda de Instituciones tanto nacionales como internacionales que procuraran, aparte de la paz y la tranquilidad mundiales "la seguridad de que todos los hombres de todos los países pudieran vivir libres tanto de temores como de necesidades".

Nace la Seguridad Social

Por lo anterior, hacia 1942 conflúan todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Ávila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el licenciado Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de la nascente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución

Mexicana. Se trataba de "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales". El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado *Instituto Mexicano del Seguro Social*.



Cuarto Logotipo del IMSS
2001. www.imss.gob.mx

Los Primeros Años

Al iniciarse las actividades del nuevo organismo, su primer director, Vicente Santos Guajardo y una planta de empleados mínima, se dedicaron, entre otras cosas, a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba la instrumentación de las diversas ramas de aseguramiento; a estudiar las experiencias de otros países en el campo de la seguridad social para aprovecharlas en México; a divulgar el sentido y las posibilidades de la seguridad social y a realizar una intensa labor de convencimiento, tanto entre los trabajadores como entre los empresarios, acerca de los alcances de la ley y de las ventajas que reportaría a unos y a otros su aplicación. Se determinó que el Seguro Social empezaría a funcionar en el Distrito Federal a partir de enero del año siguiente; mientras tanto se procedió a la inscripción de los patrones.

En diciembre de 1943 el Lic. García Téllez es nombrado nuevo director del Instituto y unos cuantos días después, el 6 de enero de 1944, se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

Sin embargo, durante algunos meses continuaron las manifestaciones de inconformidad y los ataques contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la seguridad social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo. Poco a poco se fueron atenuando las posiciones más violentas ante la actitud decidida del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos. Antes de que concluyera 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara; el Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y

angustias financieras, había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios.

Implantado el régimen en su modalidad urbana en los principales centros de población, se decidió iniciar paulatinamente el aseguramiento de los trabajadores del campo.

Tiempos de Crecimiento

En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo sociomédico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la Institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de Inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país. En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar.

Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos

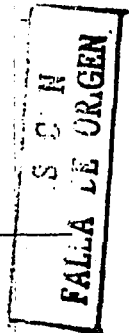
por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50% en el período comprendido entre 1964 y 1970.

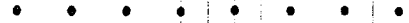
Ampliar las Perspectivas

A partir de 1970 hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; Se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado por el país. El Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento. Durante 1972 se iniciaron estudios para realzar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.



Quinto Logotipo del IMSS
2001. www.imss.gob.mx





El rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "seguridad social integral". En estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. Se convirtió, en 1979, en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al desaparecer el organismo Coplamar, tomó el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de seguridad social. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera y, por consiguiente, operativa de la Institución. Durante todo el año 1995 se realizó un profundo proceso de auto-examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. De este proceso surgió la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre del mismo año 1996. La Nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos.

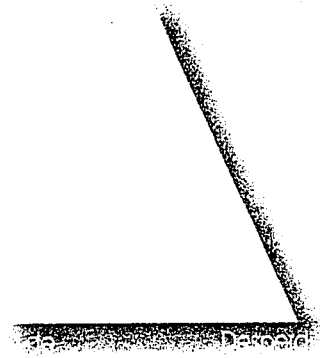
Al Día de Hoy

Por lo pronto, la población derechohabiente asciende a 36 millones 553 mil personas. El total de asegurados permanentes llegó a 10 millones 729 mil y el total de pensionados es de un millón 579 mil.

Con 60 años de servicios ininterrumpidos, el IMSS ha superado los momentos más difíciles que se derivaron ya sea de su propia situación o de los eventos nacionales. A pesar de las deficiencias, sigue siendo recurso invaluable para la salud y el bienestar de los trabajadores mexicanos y se enfrenta decididamente al reto de construir la seguridad social mexicana del próximo siglo.



Logotipo actual del IMSS
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



2. planeación

II. planeación estratégica

2.1 Generalidades sobre la Planeación

La planeación estratégica formal con sus características modernas fue introducida por primera vez en algunas empresas comerciales a principios de 1950. en aquel tiempo, las empresas más importantes fueron principalmente las que desarrollaron sistemas de planeación estratégica formal, denominándolos sistemas de planeación a largo plazo. Desde entonces, la planeación estratégica formal se ha ido perfeccionando al grado que en la actualidad todas las compañías (e instituciones públicas y privadas), en el mundo cuentan con algún tipo de este sistema, y un número cada vez mayor de empresas pequeñas está siguiendo este ejemplo.

Para comprender perfectamente qué es lo que entra en la planeación, debemos mencionar, en primer lugar, que para obtener resultados es necesario actuar. Hay dos formas de hacer que el trabajo se cumpla.

- a) *Consiste en improvisar, reallzar las tareas que parezcan necesarias, resolver los problemas a medida que surgen y aprovechar las oportunidades que se presentan. Esta forma puede dar resultados, pero, por lo general, exige la presencia de un genlo que pueda dominar todo el trabajo.*
- b) *Consiste en pensar por adelantado qué es lo que se desea alcanzar y la forma de conseguirlo. En esencia, la formulación de planes constituye una representación mental de éxitos futuros. La planeación simplifica en gran parte, la tarea de un administrador y facilita el*

esfuerzo coordinado. Si sabemos a dónde vamos nos será más fácil llegar ahí.

La planeación implica una visión a futuro, ya que, de una situación actual (Sa) se espera llegar a un fin o resultado final (Rf), para lo cual, se requiere del transcurso del tiempo. (Fig. 2.1)

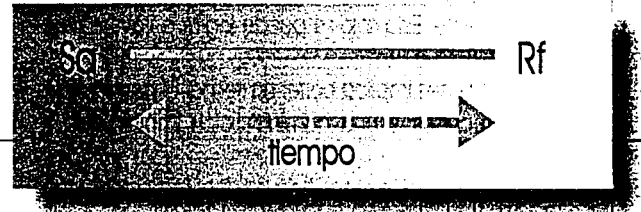


fig. 2.1

Para llegar al resultado final, existen varios caminos, por tanto, hay que seleccionar las opciones y los medios más pertinentes, que alcancen el objetivo esperado. (Fig. 2.2)

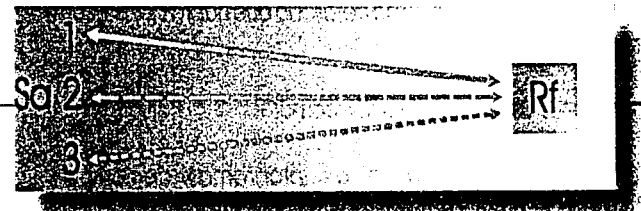


fig. 2.2

De manera en que la planeación se vincula con la operación misma, la situación actual (Sa) avanza, de manera que se logren estados diferentes en el tiempo, bajo circunstancias y condiciones también diferentes.

2.2 Concepto de Planeación

Antes de iniciar cualquier acción, es imprescindible determinar los resultados que pretende lograr una organización, así como las condiciones futuras y los elementos necesarios para que éste funcione eficazmente. Esto sólo se puede lograr a través de la planeación.

Carecer de estas bases implica correr un riesgo, el desperdicio de esfuerzos y recursos, y una administración improvisada y empírica.

Es por ello que la planeación precede a las demás funciones del proceso de administración, ya que, planear implica hacer la elección de las decisiones más adecuadas, acerca de lo que habrá de realizar.

Munch y García, definen la planeación como:

"La determinación de los objetivos y elección de los cursos de acción para lograrlos, con base en la investigación y elaboración de un esquema detallado que habrá de realizarse en un futuro".

Harry Jones define la planeación como:

"El desarrollo sistemático de programas de acción, encaminados a alcanzar los objetivos organizacionales

convenidos mediante el proceso de analizar, evaluar y seleccionar entre las oportunidades que hayan sido previstas".

Gómez Ceja, define la planeación como:

"El proceso que nos permite la identificación de oportunidades de mejoramiento en la operación de la organización con base en la técnica, así como, en el establecimiento formal de planes o proyectos para el aprovechamiento integral de dichas oportunidades.

Burt K. Scalan, la define como:

"El sistema que comienza con los objetivos, desarrolla políticas, planes, procedimientos y cuenta con un método de retroalimentación de información, para adaptarse a cualquier cambio en las circunstancias.

La esencia de la administración, es alcanzar un objetivo determinado. Si uno se busca un objetivo o resultado final, no hay justificación para la planeación. Ya el filósofo romano Séneca expresó:

*"Si un hombre no sabe a que puerto se dirige,
ningún viento le será favorable"*

La planeación esta compuesta de numerosas decisiones, orientadas hacia el futuro. Representa el destinar pensamiento y tiempo en el presente para una inversión a futuro. Algunos tratadistas de la planeación, han expresado cómo descubrir cosas hoy, para poder tener un futuro mañana.

Es verdad que ciertos objetivos se alcanzan relativamente con poca planeación, pero, en esta edad moderna, en la que algunas tareas se han vuelto bastante complejas (en donde se halla involucrada la tecnología, las personas desean estar informadas y participar en lo que se va a hacer, con la siempre creciente diversidad de bienes y servicios), la planeación se ha convertido en una necesidad.

2.3 Importancia de la Planeación

La importancia de la planeación destaca, aún mas, cuando consideramos el lugar que ocupa en muchas organizaciones bien administradas; convencidas de que su futuro depende, tanto de la planeación como de la tecnología; tales organismos esperan que todos sus administradores, desde el supervisor de primera línea hasta la dirección superior, dediquen una gran parte de su tiempo a la formulación de planes, antes de tomar cualquier iniciativa.

La planeación es importante por dos razones: su "primacía", desde el punto de vista de su posición en secuencia de las funciones administrativas y su "transitividad", como una actividad que penetra y afecta, a todas las otras funciones y a la organización total. El autor L.E. Urwick (*Management and human relations*, p. 146) expresa lo siguiente:

Primacía. La planeación tiene una posición de primacía entre las demás funciones administrativas, y la razón de ello, es que en algunas instancias puede ser la única función administrativa ejecutada. La planeación puede resultar en una decisión, tal que no se requiera acción o que ésta no sea posible. Cuando esto sucede, no hay necesidad de los subsecuentes procesos de organización, dirección, control y coordinación.

Transitividad. Cuando surge la necesidad de acción, subsiguiente, se evidencia entonces la transitividad de la función de planeación. La implementación de los resultados de planeación, tiene sus efectos en las funciones de organización, dirección, control, etc. Por otra parte, la planeación es una actividad llamada a ejecutar funciones de organización, dirección, etc.

Por lo tanto, la planeación es esencial para el adecuado funcionamiento de cualquier organismo social, ya que, a través de ella, se prevé las contingencias y cambios que puede deparar el futuro, y se establecen las medidas necesarias para afrontarlos. Por otra parte, el reconocer hacia donde se dirige la acción, permite encaminar y aprovechar mejor los esfuerzos.

Los aspectos básicos que nos muestran la importancia de la planeación, son los que se indican a continuación: (fig. 2.3)

✓ Promueve el desarrollo del organismo al establecer métodos para utilizar racionalmente los recursos.

✓ Reduce los niveles de incertidumbre que se pueden presentar en el futuro, mas no los elimina.

✓ Propicia una mentalidad futurista, teniendo más visión del porvenir y un afán por lograr y mejorar las cosas.

✓ Conoce al organismo social al medio ambiente externo.

✓ Establece un sistema racional para la toma de decisiones, eliminando el empirismo (intuición, improvisación).

✓ Reduce al mínimo los riesgos, y aprovecha al máximo las oportunidades.

✓ Al establecer planes de trabajo, éstos suministran las bases a través de las cuales operará el organismo.

✓ Disminuye al mínimo los problemas potenciales, y proporciona al administrador adecuados rendimientos de su tiempo y esfuerzo.

✓ Maximiza el aprovechamiento del tiempo y los recursos, en todos los niveles de organización.

✓ Proporciona los elementos necesarios para llevar a cabo el control.

fig. 2.3

2.3.1 El factor tiempo en la planeación

El factor tiempo afecta mucho a la planeación en tres formas:

- Se requiere un tiempo considerable para hacer una planeación efectiva.
- Con frecuencia es necesario proceder con cada uno de los pasos de la planeación sin la información plena, concerniente a las variables y alternativas, debido al tiempo requerido, para reunir los datos y calcular todas las posibilidades.
- La cantidad (o espacio) de tiempo, que se incluirá en el plan, debe tomarse en cuenta.

Muchas organizaciones (comerciales, industriales, de servicios), públicas o privadas de más éxito en la actualidad, están aquí por que hace tiempo lanzaron el bien o servicio en el momento adecuado a un mercado de rápida expansión.

No obstante los administradores actuales reconocen cada vez más, que los conocimientos y la intuición por sí solos ya no son suficientes para guiar el destino de sus grandes organizaciones, en el cambiante medio ambiente moderno, y están recurriendo a la planeación estratégica.

2.4 Planeación Estratégica

Las empresas, así como las instituciones dedicadas a prestar servicios médicos, necesitan una complicada red de decisiones para su funcionamiento, desde las del tipo general a las específicas, que incluyan procesos diarios (como puede deducirse, existen muchos planes de administración).

Toda área funcional, departamento, sección de casi todo tipo de empresa y factor ambiental, han estado sujetos a la planeación en algún grado, es el tipo de tiempo y los planes con respecto a este último, pueden clasificarse convenientemente como:

- ▶ *Planeación operativa, abarca planes a corto plazo;*
- ▶ *Planeación táctica, integra planes a mediano plazo (dos a cinco años);*
- ▶ *Planeación estratégica que abarca planes a largo plazo (de más de cinco años).*

La longitud de un periodo de planeación es en parte, función del ciclo de producción de la empresa en particular, de la fluctuación de los servicios, de la estabilidad de la norma del servicio y de los deseos de la dirección superior.

En la actualidad, las instituciones deben realizar planeación estratégica, aunque existe una variación considerable entre los grados de complejidad y formalidad. Desde un punto de vista conceptual, la planeación estratégica es engañosamente sencilla: analiza la situación actual y la que se espera para el

futuro, determina la dirección de las instituciones, y desarrolla medios para lograr la misión. En realidad, éste es un proceso en extremo complejo, que requiere de un enfoque de sistemas para identificar y analizar factores externos a la institución y confrontarlos con las capacidades de ésta.

2.4.1 ¿Que problemas lleva consigo la falta de Planeación?

Como ya se expuso, la falta de planeación provoca en las instituciones, una serie de consecuencias negativas que pueden ser críticas para su éxito y que, incluso pueden afectar a su propia existencia a mediano y largo plazo. A continuación se muestran esas consecuencias en forma resumida:

- ▶ Excesivas situaciones imprevistas.
- ▶ Inexistencia de una "medida" para controlar el verdadero éxito o fracaso de la gestión.
- ▶ Falta de guía de acción clara y precisa.
- ▶ Peligrosa visión a corto plazo.
- ▶ Falta de criterios para decidir las inversiones y gastos a realizar.
- ▶ Falta de control.

Si se realiza un análisis detallado, de las seis consecuencias negativas de la falta de planeación, se deducirá que tienen un factor básico en común: "desperdicio".

Las áreas de desperdicio más importantes serían: (fig. 2.4)

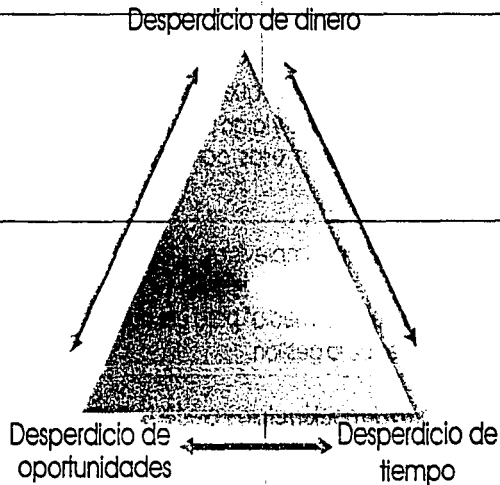


fig. 2.4

Éstas últimas se alimentan entre sí y, a su vez, se alimentan así mismas. Entre ellas se produce lo que se denomina "sinergia", es decir, cada una de esas áreas potencia la dimensión e importancia de las otras, y la unión de todas hace que el resultado final, sea mayor que la suma de los efectos aislados de cada una de ellas.

planeación

2.5 ¿Que es una Estrategia?

Durante mucho tiempo, la "estrategia" fue empleada por los militares, como manera de designar aquellos grandes planes, realizados en vista de lo que se consideraba como un poderoso adversario. Las "tácticas" por su parte, se consideraron como los planes de acción necesarios para llevar a cabo las estrategias.

Christensen R. y Andrews K., la definen así:

"Es un plan general de la Institución para enfrentarse con su entorno y vivir dentro de él".

Rossy Kami, la define como:

"Las estrategias son programas generales de acción que llevan consigo compromisos de énfasis y recursos para poner en práctica una misión básica".

Podemos concluir que las estrategias son patrones de objetivos, los cuales, se han concebido e iniciado con el propósito de darle a la institución, una dirección unificada. Las estrategias no tienen finalidad de señalar la manera de cómo la empresa, debe alcanzar o ejecutar sus principales objetivos, eso corresponde a los programas de apoyo.

Dentro de este contexto, la estrategia se refiere al plan general de la institución, para tratar con el medio ambiente y subsistir en él. La estrategia representa el patrón básico de los objetivos y políticas.

2.6 Conceptos de Planeación Estratégica

Al identificar claramente el papel futuro de cada elemento de una organización, los planes estratégicos ofrecen un método, para coordinar las actividades en todas las áreas funcionales básicas.

La planeación estratégica es planeación a largo plazo, que enfoca a la organización como un todo. Los administradores se preguntan a sí mismos que debe hacerse en el largo plazo, para lograr los objetivos organizacionales. El largo plazo se define usualmente como un periodo que se extiende aproximadamente, de cinco años hacia el futuro. Por tanto, los administradores en la planeación estratégica estarán tratando de determinar lo que su organización deberá hacer, para tener éxito en un punto situado en un periodo de cinco y siete años hacia el futuro.

Steiner define la planeación estratégica como:

"El proceso de determinar los mayores objetivos de una organización y las políticas y estrategias que gobernarán la adquisición, uso y disposición de los recursos para realizar esos objetivos".

Aguirre O., la define como:

"El proceso de decidir qué se va a hacer, como se hará, quién y cuando se hará mediante la implantación de planes estratégicos, tácticos y operativos".

Nuestra definición:

planeación

TESIS CON
FALLA DE CREEN

Es el conjunto de los planes integrales de una organización que normarán el comportamiento futuro de la misma"

De las definiciones anteriores, deducimos que es evidente que la planeación estratégica, es un medio para intentar una transición ordenada hacia el futuro. Además es integradora, pues ella reúne la totalidad de las funciones operacionales ayudando a la dirección a coordinarlas y aprovecharlas conjuntamente.

2.6.1 Características de la Planeación Estratégica

La planeación estratégica formal, tiene diversas características, cada una de las cuales nos ayudan a comprender más este tipo de planeación. De acuerdo con G. Steiner (*Planeación estratégica*, p. 20-21, Edit. CECSA, México, 1985), estas características son las siguientes:

- ▶ *Perspectivas de las decisiones actuales. La planeación trata con las perspectivas de las decisiones actuales. Esto quiere decir, que la planeación estratégica observa la cadena de consecuencias de las causas y efectos durante un tiempo, relacionada con una decisión real o intencionada que tomará la autoridad principal. Si a éste no le agrada la perspectiva, la decisión puede*

camblarse fácilmente. También, la planeación estratégica observa las posibles alternativas de los cursos de acción en el futuro, y al escoger unas alternativas, éstas se convierten en la base para tomar decisiones presentes.

- Es un proceso. (Fig. 2.5) Se ha representado a la administración como un proceso de acción, que comprende una sucesión de funciones independientes. Esta noción, está en el mismo centro de una teoría que forja como objeto, determinar la naturaleza de la administración en su conjunto. Por tanto, la planeación como elemento de la administración a su vez se compone de una serie de componentes que constituyen un conjunto. Estos componentes se suceden de manera tal, que forman un ciclo o proceso de acción.

• Filosofía de la planeación estratégica. Las estrategias en una institución proporcionan la orientación. Las estrategias indican a todos los colaboradores hacia donde se encamina dicha institución y que es lo que se necesita para tener éxito. Además, sirve como un catalizador, que impulsa alguna otra actividad en la organización.

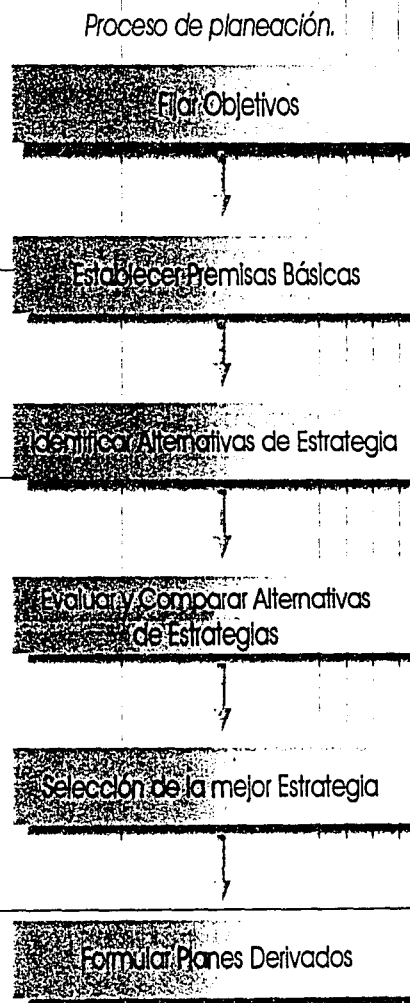


fig. 2.5

2.7: Conclusiones

¿porque planear estratégicamente?

La importancia de la planeación estratégica para las instituciones ha aumentado en los últimos años. Los administradores encuentran que definiendo la misión de sus organizaciones en términos específicos, les es más fácil imprimirles dirección y propósito, y como consecuencia éstas funcionan mejor y responden mejor a los cambios ambientales o externos.

La planeación estratégica nos ayuda a adquirir un concepto muy claro de nuestra institución, lo cual, a su vez hace posible la formulación de planes y actividades que nos lleven hacia los objetivos organizacionales.

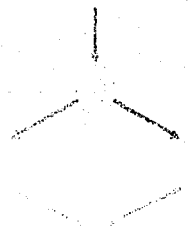
El desperdicio de dinero, tiempo y oportunidades, pueden provocar que las instituciones caigan en un peligroso círculo vicioso, que puede llevarlas incluso a la quiebra y cierre de la mismas.

Toda institución tiene dos tipos de responsabilidades iniciales. Una comprende fijar planes y objetivos actuales, y se cumple mediante decisiones operativas, cotidianas que el administrador toma. La otra, abarca fijar planes y objetivos a futuro, y éstos se logran por medio de la planeación.

Si al planear y ejecutar actividades aisladas se obtienen ventajas y beneficios, hay que imaginar como se multiplicarían al planear estratégicamente.

Ventajas:

- ▶ **Simula el futuro**, -en papel-. En caso de que la simulación no resulte deseada, el ejercicio puede borrarse y comenzar de nuevo.
- ▶ **Exige el establecimiento de objetivos**, un proceso de planeación estratégica no servirá de mucho si no se establecen en algún momento, objetivos específicos.
- ▶ **Revela y aclara oportunidades y peligros futuros**, un resultado importante del análisis de la situación, es la identificación de oportunidades y peligros, que se debe conocer con la recopilación y evaluación sistemática de datos para agudizar la intuición directiva.
- ▶ **Es la estructura para la toma de decisiones de las instituciones.**
- ▶ **Base para otras funciones directivas.**
- ▶ **Mide el desempeño o productividad.**
- ▶ **Señala asuntos estratégicos**, la atención se centrará sobre asuntos claves, sin tener que preocuparse por factores secundarios.



3. marco metodológico

III. marco metodológico

3.1 Introducción

La Reforma a la Seguridad Social Mexicana, concretada a finales de 1995, con los cambios que dicho proceso incorporó a la Nueva Ley del Seguro Social ha representado uno de los hechos de mayor trascendencia en la historia reciente de las Instituciones de Sector Público en nuestro país.

El final del sexenio 1994-2000 muestra a nuestro país en una situación muy especial. Por una parte, parece haberse cancelado la crisis nacional que solía acompañar a los meses finales o iniciales de los últimos cuatro sexenios, y por primera vez en mucho tiempo concluimos con una tasa anual de crecimiento superior al 7%. Por otra parte, estamos ante el primer cambio de régimen, que se da de manera pacífica y democrática en el país, y con un conjunto de modificaciones estructurales acumuladas en estos años de ajuste, entre las que se incluye la Nueva Ley del Seguro Social. Todo ello coloca al país ante una perspectiva de un desarrollo sin precedentes en los tiempos recientes.

No cabe duda que los años de ajuste, que incluyen la crisis mas severa que el país ha enfrentado desde los tiempos de la gran recesión de los EE.UU., han costado mucho al país. Por estar atados al salario, los niveles de ingreso de la Institución se deterioraron, aunque como nunca, el IMSS contribuyó de manera decisiva a la estabilidad del país. Esta contribución cobró su cuota; la disminución de los recursos disponibles para la atención médica en el periodo 90-96, en que además se obligó a la institución a una contabilidad rigurosa que impedía los subsidios cruzados entre ramos de seguro, sin recibir los bienes complementarios necesarios; ello agudizó las carencias.

Los recursos para la operación estaban limitados y prácticamente no permitieron inversiones en la infraestructura. De 1991 al año pasado la institución solo pudo crecer:

- ▶ 2.5% en camas censables.
- ▶ 10.5% en consultorios de medicina familiar.
- ▶ 20% la población derechohabiente.

Al concluir 1999, de manera global, el porcentaje de ocupación hospitalaria del sistema fue de 85.7% que se consideró óptimo por la Dirección de Prestaciones Médicas, pero que se ubica en el límite de lo recomendable para una unidad médica, y excesivo cuando se refiere a un sistema de Salud Nacional.

En contraparte, los cambios en las finanzas del seguro de enfermedades y maternidad derivados de la nueva ley, permitieron a la institución disponer a partir de la segunda mitad de 1997, de mayores recursos y desarrollar entre 1998 y el presente año inversiones sin precedentes para mejorar el equipamiento, la infraestructura y las condiciones de operación.

Al inicio del nuevo sexenio, las expectativas económicas son de un crecimiento anual promedio superior al 5%, lo que significa mayores puestos de trabajo y, por consiguiente, incremento en el número de derechohabientes que generará demandas adicionales de nueva y mejor infraestructura en la mayor parte del país y, de manera muy especial, en regiones específicas.

3.1.1 Características generales de la Infraestructura para la atención médica del IMSS

Con el fin de atender a 30 millones de derechohabientes usuarios, el Instituto Mexicano del Seguro Social posee la infraestructura más integrada y eficiente de recursos para la prestación de servicios médicos de que dispone el país, que a finales de 1999 se organizaba en 1344 unidades médicas de los tres niveles de atención; de ellos el segundo y tercero están integrados por hospitales que, en conjunto, suman al mes de junio del presente año 28,334 camas censables en operación, con un índice de 0.945 camas por mil derechohabientes usuarios.

A finales de 1982 el Instituto contaba con 29,433 camas, que se redujeron a 26,177 en 1988, debido al sismo del 85. El sistema operó durante 1999 con un promedio de ocupación de 85.7% considerado adecuado por la Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas. La superficie construida era de 4.2 millones de metros cuadrados, con una antigüedad promedio de 25 años. (Fig. 3.1)

Recursos del IMSS en el 2001

	No. de Unidades.	Consultorios de M.F.	No. de Camas Censables.
PRIMER NIVEL	1,103	6,483	-
SEGUNDO NIVEL	237	-	29,930
TERCER NIVEL	50	-	-
	1,390	6,483	29,930

(2° y 3°)

Fig. 3.1

A finales del 2001, al concluir las obras en proceso, el IMSS dispondrá de 0.97 camas por 1000 usuarios y un porcentaje de ocupación superior al 85%.

El IMSS tiene un nivel central de orientación normativa y para su operación, el país está dividido en 37 Delegaciones agrupadas en 7 Direcciones Regionales; (Fig. 3.2) cada una de estas se estructura por sistemas compuestos con los tres niveles de atención, articulados mediante mecanismos de referencia / contrarreferencia.

1. *Región Siglo XXI*
 - › Morelos
 - › Querétaro
 - › Guerrero
 - › Chiapas
 - › D.F. 3
 - › D.F. 4
2. *Región La Raza*
 - › Hidalgo
 - › México Oriente
 - › México Poniente
 - › D.F. 1
 - › D.F. 2
3. *Región Norte*
 - › Coahuila
 - › Chihuahua
 - › Durango
 - › Nuevo León
 - › San Luis Potosí

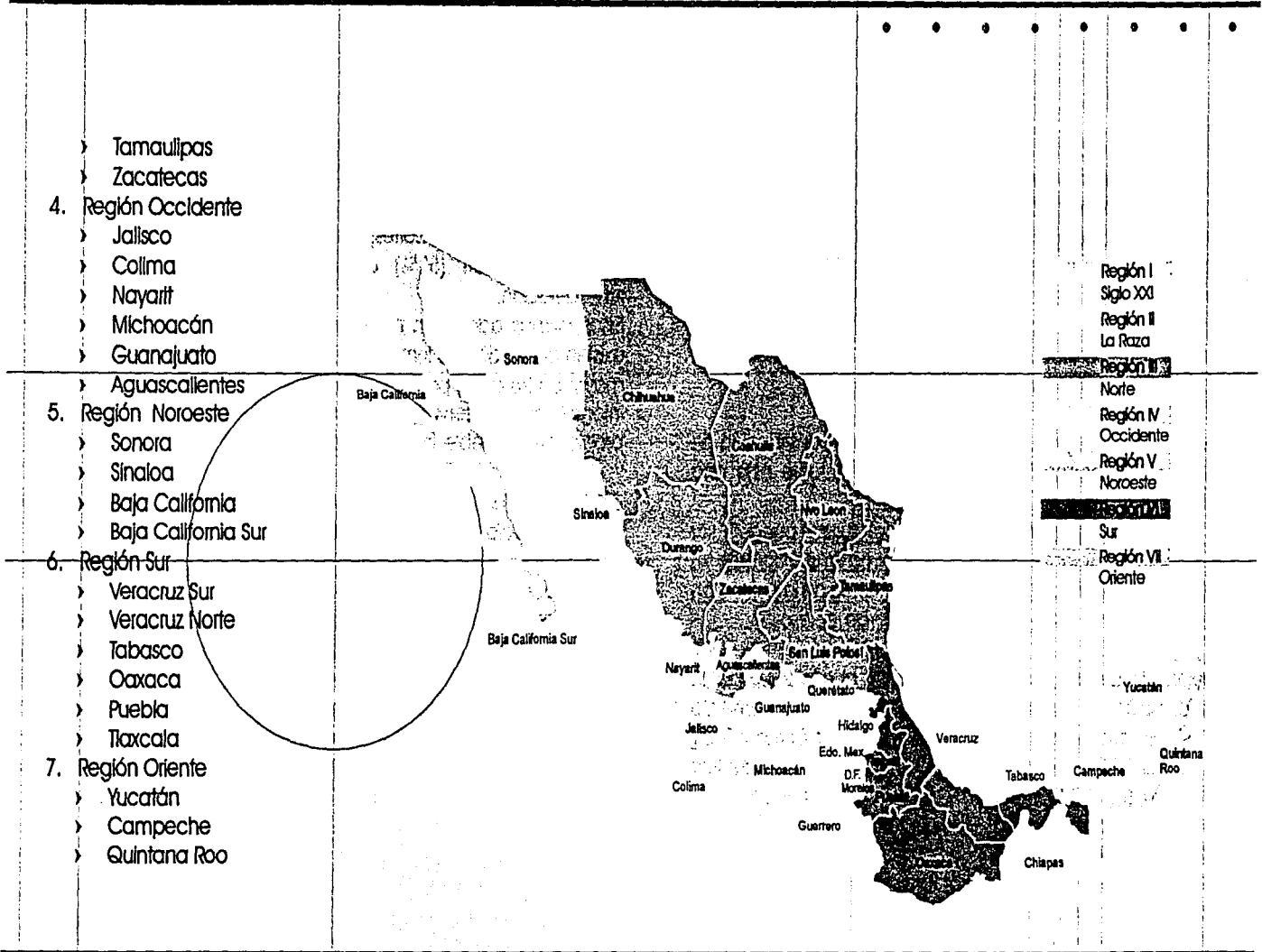


Fig. 3.2
Regionalización de Servicios Médicos del IMSS
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

El Instituto ha desarrollado durante los últimos 25 años grandes esfuerzos por lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos nucleares, así el indicador de camas por mil derechohabientes que sumaba 2.2 al inicio de los años 70's se ha reducido a 0.95; esta reducción es resultado de los programas de puerperio de bajo riesgo, diálisis peritoneal ambulatoria, cirugía ambulatoria, menor necesidad de camas pediátricas por el uso intensivo de las sales de rehidratación oral, y programas de hospitalización domiciliaria de enfermos crónicos.

Además de ello se encuentran en desarrollo la construcción de nuevas unidades médicas que permitirán durante este año 1700 camas más.

Los requerimientos inmobiliarios para el futuro pueden ser estimados por diferentes métodos; una forma simple consiste en aplicar a las tendencias lineales de crecimiento de la población y los indicadores crudos para la asignación de recursos.

Un ejercicio de este tipo fue realizado en el año 2000 por la Coordinación de Construcción, conservación y Equipamiento (CORCCE), que estimó un déficit de 1588 consultorios y 8237 camas al 2006, después de considerar la infraestructura construida en el 2000-2001. Por otra parte, sin explicitar la metodología aplicada, la Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas, consideró que, después de poner en operación las 1696 camas del programa de obras 2000-2001, elaborado por ellos se requerirán al 2006 un total de 3749 camas adicionales.

Además de estas unidades y acciones relacionadas con la infraestructura hospitalaria, se requieren modificaciones a las existentes y nuevas Unidades de Atención Ambulatoria.

En síntesis, el programa 2000-2006, propuesto por la Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas incluye 486 acciones de obra civil que significa tareas de arquitectura. 232 de ellas (48%) corresponden a unidades de nueva creación, y 254 (52%) a acciones de ampliación y remodelación.

Estas últimas adquieren mayor relevancia al considerar que existen cerca de 700 inmuebles con un tiempo de operación mayor de 25 años, por lo que requieren de una actualización integral de sus servicios, en espacios, materiales, equipos propios del inmueble, instalaciones y equipo médico.

3.1.2 Estructuras que participan en la generación de espacios institucionales para la atención a la salud

En los procesos de generación de espacios para la atención a la salud, participan las áreas normativas y las operativas. En cuanto al nivel central, la responsabilidad de traducir las necesidades en propuestas concretas de generación o adecuación corresponde a la Coordinación de Construcción, Conservación y Equipamiento (CORCCE) dependiente de la Dirección Administrativa. En el Reglamento de Organización Interna del IMSS, publicado en el DOF, del 11 de noviembre del 98, se especifican como atribuciones de la Dirección Administrativa.

- Planear, dirigir y controlar las acciones referidas a los recursos humanos y materiales del Instituto, los procesos de abastecimientos, obras, conservación y servicios generales, así como vigilar la estricta observancia de la normatividad aplicable en cada caso y evaluar sus resultados.
- Vigilar, evaluar y emitir normas relativas a el mantenimiento y operación de equipos e instalaciones.

- Normar, coordinar, evaluar y supervisar los procesos de obra y la conservación de los bienes inmuebles.

El propio reglamento especifica como atribuciones de la Dirección de Planeación y Finanzas:

- Normar, regular, controlar y evaluar los usos y destinos de los inmuebles y reservas técnicas Inmobiliarias, así como su administración.
- Normar y controlar las acciones de adquisición de inmuebles que el Instituto requiera para la prestación de sus servicios y de que se incorporen al patrimonio inmobiliario por otros conceptos.
- Normar y controlar las acciones de contratación en arrendamiento de los inmuebles que el Instituto requiera para la prestación de sus servicios.
- Proponer el modelo de planeación del Instituto a mediano y largo plazos.

Por otra parte el mismo Reglamento de Organización Interna especifica como atribuciones de la Dirección de Prestaciones Médicas:

- Aprobar, previa coordinación con los órganos normativos, regionales y delegacionales, la normatividad y los lineamientos generales y específicos a que se deberá sujetar la construcción, ampliación, remodelación y equipamiento de unidades médicas.

Cada una de estas direcciones cuenta con Coordinaciones normativas que, entre otras realizan las directamente involucradas en el desarrollo del patrimonio Inmobiliario del

IMSS; sin embargo, como se apuntó al principio, la responsabilidad final recae en la Coordinación de Construcción, Conservación y Equipamiento; Coordinación que, con base en el acuerdo 62.5 de la comisión ejecutiva del IMSS del 11 de noviembre de 1998, en que se dispone la desconcentración de los procesos de construcción y equipamiento, realiza las siguientes funciones sustantivas:

- Normar la planeación, el proyecto, la construcción, el equipamiento y la conservación de la infraestructura Inmobiliaria del Instituto, así como la difusión correspondiente.
- Normar las condiciones y características técnicas, físicas y urbanísticas que deben reunir los terrenos e inmuebles que se adquieran o arrenden y cumplir con las necesidades de reserva territorial y planeación inmobiliaria; a su vez está compuesta por las siguientes Divisiones:
 1. Planeación
 2. Proyectos
 3. Construcciones
 4. Equipamiento
 5. Programación
 6. Conservación
- Planear, programar, coordinar y dirigir las actividades de construcción, conservación y equipamiento del patrimonio inmobiliario de la región, asegurando el cumplimiento de metas en las mejores condiciones de financiamiento para el instituto, acorde a las Leyes en la materia y normatividad institucional vigente.

3.2: Pre-diagnóstico análisis de fortalezas y debilidades de la Institución

Las fortalezas y debilidades son características y / o condiciones internas del IMSS en relación con los procesos ligados de manera directa con la prestación de servicios médicos. Estas características y / o condiciones adquieren su connotación por el efecto que ejercen sobre la capacidad de la estructura para aprovechar las oportunidades y / o neutralizar las amenazas del entorno.

El análisis de las fortalezas y debilidades tiene como objetivo:

"Identificar los aspectos que deben ser suprimidos, modificados, mejorados o fortalecidos y definir propuestas estratégicas que logren objetivos de manera apropiada y oportuna".

A) Fortalezas:

- Se cuenta con un sistema de atención médica institucional, que garantiza a la población asalariada del país y a sus familiares, independientemente de su nivel de ingreso o ubicación geográfica el pleno acceso a los beneficios de la medicina más avanzada del mundo.
- El sistema tiene una estructura de atención médica organizada en Regiones y por niveles que permite que las unidades médicas se encuentren articuladas en una Red Nacional, lo cual optimiza los recursos institucionales y acerca los servicios a la población.

- Se ha impulsado el enfoque de atención ambulatoria (Internar, tratar y dar de alta el mismo día), reincorporando al paciente a su núcleo familiar, lo cual reduce significativamente los costos.
- Las razones anteriores, así como otros factores, han contribuido a que con sólo 1.07 camas por cada 1,000 usuarios, se pueda responder a la demanda por hospitalización sin detrimento de la calidad y oportunidad, logro único en el mundo.
- Se contribuye de manera importante a la formación y especialización de recursos humanos para la salud, así como al desarrollo de la investigación básica y clínica.
- Se ha contribuido a la disminución de la mortalidad y morbilidad general, así como la materno infantil, con un significativo incremento en la esperanza de vida, tanto de los derechohabientes como de la población en general.
- El sistema de financiamiento no establece diferencias en las cuotas de los asegurados por edad, estado de salud o número de dependientes.

La cobertura que ofrece el Seguro es excepcionalmente amplia, incluyendo todos los costos derivados del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de cualquier tipo de enfermedades, incluso las preexistentes, así como seguro de maternidad y prestaciones en dinero independientemente de la edad del asegurado; tampoco existe límite ni al tiempo ni a las erogaciones que deriven del tratamiento de un paciente.

<p>A) Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe un desequilibrio financiero en la prestación de los servicios médicos. - El paulatino envejecimiento de la población, así como el incremento en su esperanza de vida eleva los costos del sistema, haciendo más delicada la situación financiera. 	<p>atención y la confianza del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El crecimiento centralizado de la institución, aunado a la escasa capacidad de gestión de las unidades médicas ha rebasado el sistema de abasto, que es muy ineficiente, generando serios problemas de oportunidad en la prestación de servicios.
<ul style="list-style-type: none"> - El sistema de financiamiento desincentiva el crecimiento del empleo y los salarios. Asimismo, inhibe el crecimiento de la cobertura y permite la subdeclaración, especialmente en las empresas pequeñas, por su difícil fiscalización. 	<ul style="list-style-type: none"> - El diferimiento de servicios resultante de los diversos problemas se estima en horas o días para el primer nivel, días o semanas para el segundo nivel y semanas e incluso meses en el tercer nivel de atención.
<ul style="list-style-type: none"> - Las cuotas están indizadas a los salarios y no al costo de los servicios. - Los esquemas modificados han mostrado ser una carga financiera, arrojando un déficit importante (\$954 millones en 1994). - Existe un esquema de trabajo que no propicia la superación personal, lo que genera desmotivación e impide la mayor calidad y eficiencia del servicio, especialmente en el primer nivel. Por ejemplo, el médico que trabaja más y mejor no recibe ningún beneficio adicional, de los que recibe el que no lo hace. 	<ul style="list-style-type: none"> - El sistema de vigencia de derechos es obsoleto e ineficaz, generando quejas constantes respecto a la oportuna prestación de los servicios o el de servir a no derechohabientes, hecho que afecta la operación de las unidades así como las finanzas de la institución. - En lo referente a las unidades de segundo y tercer nivel, las decisiones administrativas se toman con escasa cercanía y coordinación con el lugar en que se originan los problemas, lo que conlleva múltiples costos como resultado de la rigidez del sistema y una inadecuada asignación de recursos. - Las unidades de segundo y tercer nivel registran excesivas erogaciones en los servicios generales y auxiliares de diagnóstico, limitando las posibilidades de reinversión y actualización de equipo.
<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de atención para la prestación de los servicios no favorece la relación cercana entre el médico y el paciente, lo cual opera en detrimento de la calidad de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay una creciente insatisfacción de los usuarios y de los

prestadores de servicios, en particular en el primer nivel de atención.

- El diferencial de salarios entre las diversas categorías del personal institucional ha disminuido paulatinamente. Mientras que un médico gana mucho menos de lo que obtendrá en el ejercicio privado, un trabajador de servicios auxiliares o generales casi el doble de su salario de mercado.

- Sobrecarga de personal en algunas áreas

No obstante sus extraordinarios logros, el ramo de enfermedades y maternidad enfrenta serios problemas en cuanto a la satisfacción de los usuarios, así como su situación financiera, que hacen necesaria la acción en ambos sentidos. Los problemas presentados en la provisión de servicios, así como las eventuales soluciones, pueden considerarse como independientes del propio sistema de financiamiento.

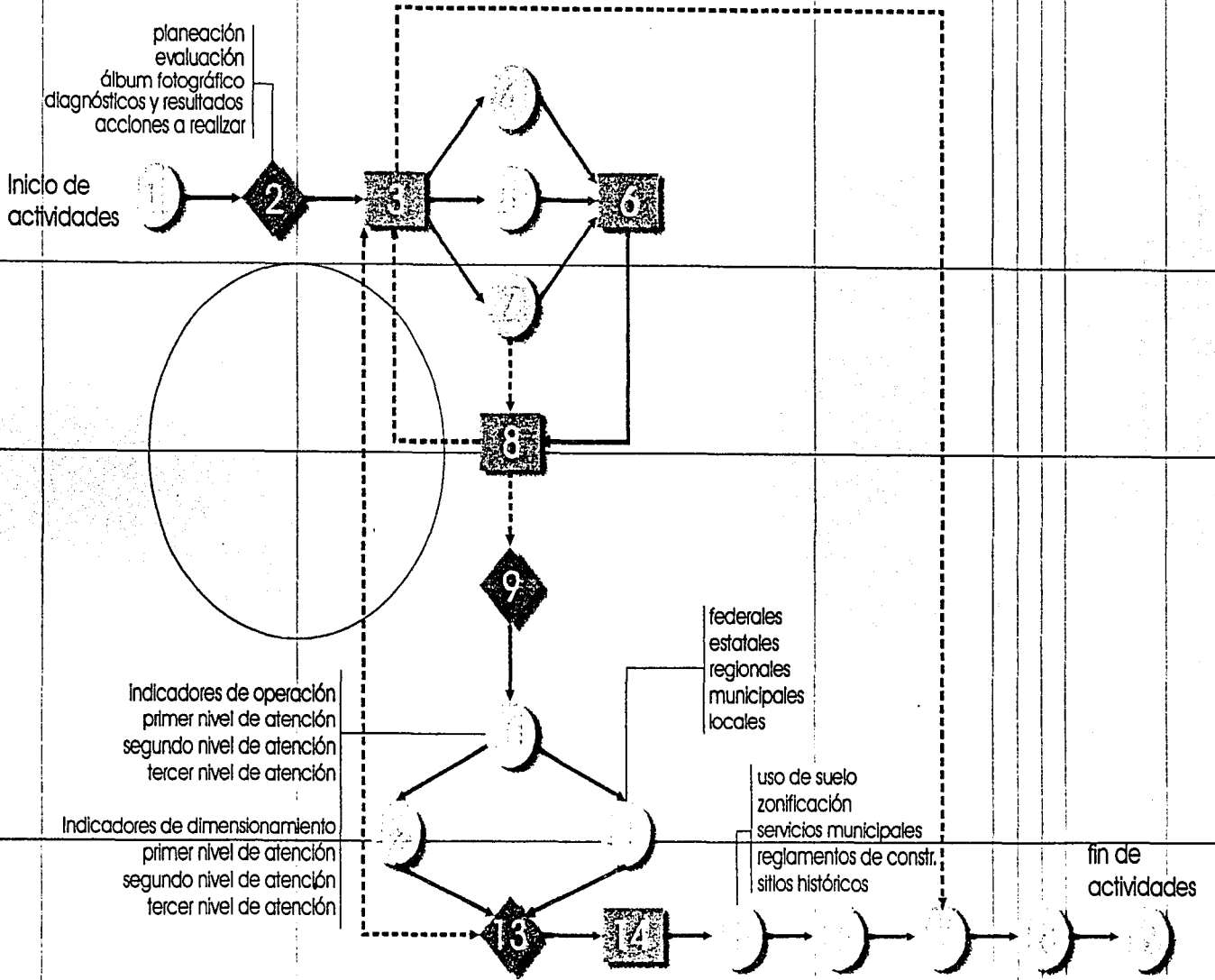
3.3: Metodología para el Diagnóstico

Por lo que hace a los criterios metodológicos empleados para desarrollar esta Tesis, se llevaron a cabo las siguientes etapas:

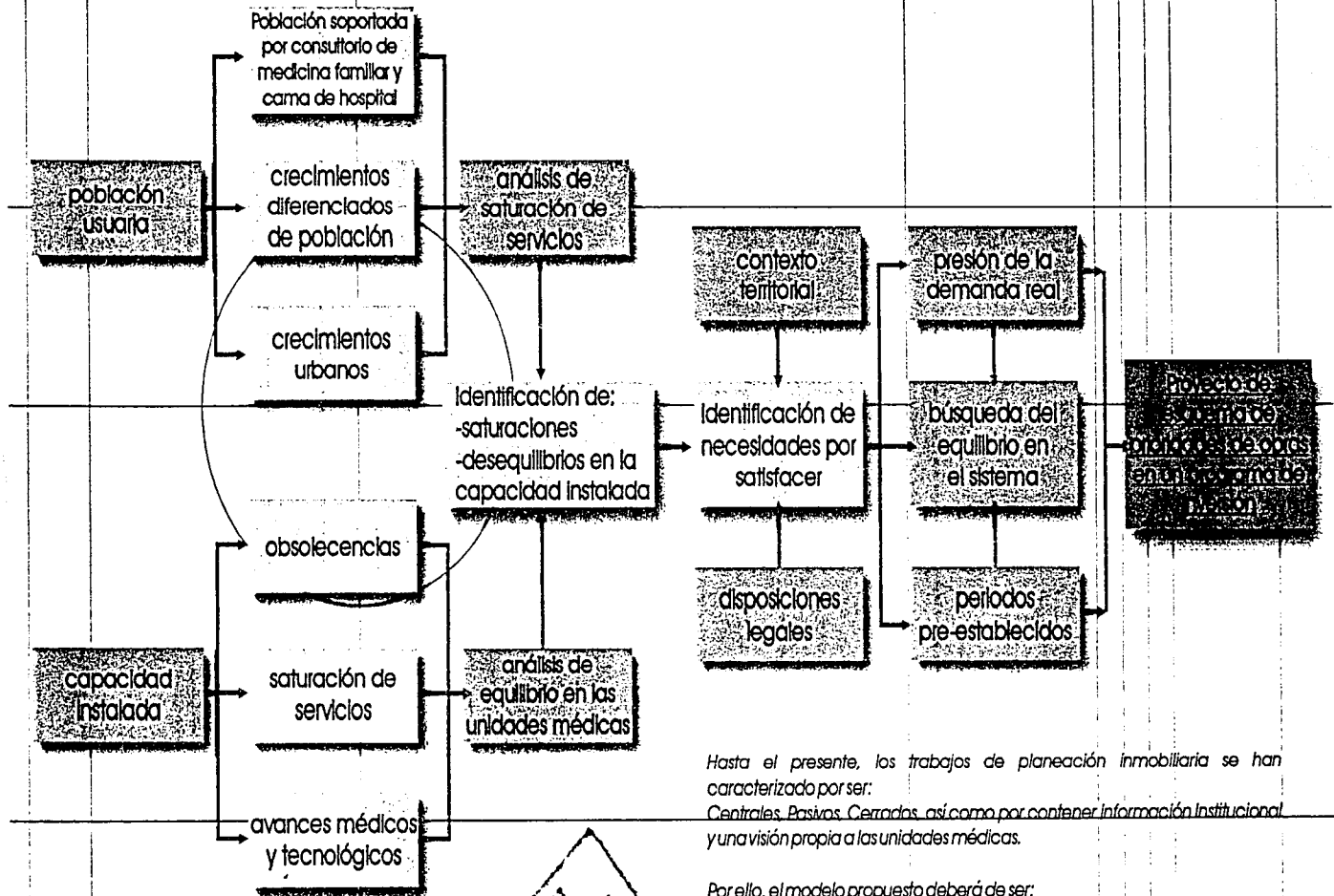
- | | |
|---|--|
| I. Se revisó el marco legal referente a las políticas, bases y lineamientos de carácter nacional e institucional para establecer y garantizar la correcta codificación de la información, que nos condujera a una adecuada planeación, programación y presupuestación de la infraestructura inmobiliaria en materia en unidades médicas. | IV. Se identificó la información con la que cuenta el área administrativa, en relación con las áreas normativas. |
| II. Se elaboró una serie de formatos (cédulas de investigación) para la obtención y codificación de datos que permitieran contar con una visión global capaz de evaluar y valorar las acciones relativas al diagnóstico de las unidades médicas en cada una de las delegaciones que integran las siete regiones del IMSS. | V. Se obtuvo, integró, procesó y codificó la información socio-demográfica, socio-económica y socio-política del estado, región, municipios y localidades que comprenden el estudio. |
| III. Se realizaron reuniones de trabajo con usuarios y el área normativa para solicitar información de la capacidad, situación, condiciones, modelo operativo y problemática existente de la infraestructura inmobiliaria; estado físico y funcional de cada una de las unidades, capacidad real y situación general en cuanto a mobiliario, equipo y plantilla laboral; antecedentes históricos, tendencias de crecimiento de la población derechohabiente y su perfil epidemiológico; por último los recursos materiales y financieros de que disponen. | VI. Se analizó y revisó la información proporcionada por las áreas administrativa y normativa. |
| | VII. Se realizaron visitas a las unidades médicas para captar diversas problemáticas y obtener información de cada uno de los servicios médicos. |
| | VIII. Elaboración de reporte fotográfico de cada una de las unidades que comprende el estudio. |
| | IX. Se concertaron reuniones de trabajo con el cuerpo de gobierno y los jefes de servicios de cada unidad, a efecto de identificar problemáticas existentes y verificar la información con cada uno de los jefes del servicio. |
| | X. Así mismo, se realizaron reuniones de trabajo con los titulares de las áreas afines, para conocer aquellos aspectos relevantes aún no considerados. |
| | XI. Se analizó en gabinete la información resultante a la unidad así como la proporcionada por las áreas administrativa y operativa, confrontando los datos obtenidos con los parámetros institucionales establecidos, obteniendo como resultado índices |

	<p>confiables que fueron base para el estudio.</p> <p>XII. Se elaboraron proyecciones del crecimiento de la población derechohabiente usuaria, hasta el año 2006, confrontándose con los planes de desarrollo, estatales, regionales, municipales y locales; determinando crecimientos y tendencias de la población futura a satisfacer.</p>	<p>• • • • • • • • • •</p> <p>XVII. Se identificó en planos de las entidades la nueva zonificación de las unidades y sus áreas de influencia.</p> <p>XVIII. Se integró una propuesta del programa de acciones a corto, mediano y largo plazo, para que en un término no mayor a tres años, tales obras se encuentren realizadas.</p> <p>XIX. Finalmente, se confrontó la información generada con algunas áreas operativas, a efecto de validar los resultados obtenidos; lo anterior, con especial énfasis en lo relacionado al programa de obras e inversiones.</p>
	<p>XIII. Se realizaron diagnósticos sobre la situación actual de la infraestructura médica conforme a indicadores, detectando el déficit o superávit en la operación de servicios, así como las necesidades y otras problemáticas existentes.</p>	
	<p>XIV. Se llevó a cabo el planteamiento de acciones a realizar para cubrir el déficit, o bien lograr el balanceo u optimización de los recursos excedentes, de acuerdo a las necesidades y problemáticas detectadas en el diagnóstico, por lo que hace a obras nuevas, ampliaciones, remodelaciones, sustituciones, equipamiento, etc.</p>	
	<p>XV. Se incorporaron algunas propuestas acerca de la futura ubicación de unidades médicas, de acuerdo al universo contemplado de acciones a realizar, considerando los planes institucionales de desarrollo urbano, así como los municipales, estatales y/o regionales.</p>	
	<p>XVI. Asimismo, se propusieron posibles ubicaciones para dichas acciones, en lo relativo a las reservas territoriales institucionales.</p>	

3.3.1 Flujograma de actividades



3.3.2 Diagrama Metodológico



Hasta el presente, los trabajos de planeación inmobiliaria se han caracterizado por ser: Centrales, Pasivos, Cerrados, así como por contener información Institucional y una visión propia a las unidades médicas.

Por ello, el modelo propuesto deberá de ser: Participativa, Dinámico, Abierto, y deberá contar con información de políticas urbanas, visión territorial y espacial digitalizada.

TRES CON FALLA DE ORIGEN

3.3.3 Marco Legal

Constitución Política Mexicana:

ARTÍCULO 4: establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar; así como la concurrencia de la federación y entidades federativas en materia de salubridad general.

ARTÍCULO 27: Faculta al estado para ordenar los asentamientos humanos y los usos, reservas y destinos de tierras, aguas y bosques, así como la fundación, conservación, mejoramiento y crecimiento de los centros de población.

ARTÍCULO 73: Faculta al Congreso de la unión para establecer la concurrencia del gobierno federal, estado y municipios en lo relativo al artículo 27 constitucional.

ARTÍCULO 115: Faculta a los municipios para formular, aprobar y administrar la zonificación y Planes de Desarrollo Urbano-Municipal; crear y administrar reservas territoriales, controlar y vigilar la utilización del suelo, otorgar permisos y licencias de construcción, expidiendo los reglamentos y disposiciones necesarias.

Ley General de Salud:

Reglamenta el derecho a la protección a la salud, que tiene como finalidad, entre otras cosas, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

En su artículo 3º, define todas las áreas relacionadas con la

salubridad general, directamente vinculadas con los servicios de atención médica.

En su artículo 7º, establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud. En el artículo 13 establece que corresponde al Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de salud, dictar Normas Oficiales Mexicanas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.

Ley General de Asentamientos Humanos:

Reglamenta los artículos 27, 73 y 115 constitucionales, y establece instancias federales, estatales y municipales dedicadas a la planeación y administración urbana.

Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente:

Garantiza el derecho de toda persona a vivir en un medio ambiente adecuado para su desarrollo, salud y bienestar. Establece las bases para preservación, restauración y mejoramiento del ambiente y para la preservación y el control de la contaminación del aire, agua y suelo, entre otras.

Ley de Planeación:

Establece las normas y principios básicos para llevar a cabo la Planeación Nacional de Desarrollo y encausar las actividades de la Administración Pública Federal, así como las bases de coordinación del Ejecutivo Federal con las entidades federativas en actividades de planeación.



Establece en sus artículos 21 al 32; el Plan Nacional de Desarrollo conformado por programas sectoriales, Institucionales, regionales y especiales. Entre los que de relevancia se encuentran el Plan Nacional de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo Urbano. Entre los programas sectoriales de relevancia, tenemos el Programa de 100 Ciudades, cuyo objetivo es propiciar el Desarrollo Urbano ordenado de un conjunto de 116 ciudades medias y pequeñas consideradas estratégicas.

delegacionales, la normatividad y los lineamientos generales y específicos a que se deberá sujetar la construcción, ampliación, remodelación y equipamiento de unidades médicas";

El artículo 79, que en su fracción establece como facultad de la Dirección de Planeación y Finanzas "Normar, regular, controlar y evaluar los usos y destinos de los inmuebles y reservas técnicas inmobiliarias, así como su administración; el artículo 80 que establece las facultades de la Dirección Administrativa; y los artículos 114 y 115 que establecen las facultades de las Direcciones Regionales y de los Concejos Consultivos Delegacionales.

Ley del Seguro Social:

ARTICULOS 2;3;4;5;89;251;264;271 y 274

De especial relevancia es el artículo 89 que establece las formas de prestación de servicios; así como el 251 que establece las atribuciones, recursos y órganos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por lo que hace a las atribuciones incluye:

"V. Adquirir bienes muebles e Inmuebles, para los fines que le son propios; y VI. Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convalecencia y vacacionales, velatorios así como centros de capacitación, deportivos, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares.

IMSS. Reglamento de Servicios Médicos:

En su artículo 4 establece un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención; en su artículo 5 establece la facultad del Instituto para asignar unidad de adscripción y médico familiar; y en su artículo 94 establece el mecanismo para el traslado de pacientes a hospital de subzona, zona, regionales y centros médicos, cuando no se cuente con capacidad resolutive al nivel local.

IMSS. Reglamento de organización Interna:

Artículos 31,76,79,80,114 y 115. De especial relevancia es el artículo 76, que en su fracción VI establece como facultad de la Dirección de Prestaciones Médicas: "Aprobar, previa coordinación con los órganos normativos, regionales y

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

3.3.4 Cédulas de Investigación

Se elaboró una Serie de Formatos (Cédulas de Investigación) para la obtención y codificación de datos que permitieran contar con una visión global capaz de evaluar y valorar las acciones relativas al diagnóstico de las unidades médicas en cada una de las delegaciones que integran las siete regiones del IMSS.

La información de éstas Cédulas fue obtenida directamente con el personal operativo de la Delegación Coahuila en el mes de Marzo del 2001.

Además de realizarse reuniones de trabajo con el personal normativo para solicitar datos acerca de capacidades, situación, condiciones, modelos operativos y problemáticas existentes de la Infraestructura Inmobiliaria, estado físico y funcional de cada una de las unidades.

Cada uno de los 9 formatos fue diseñado con la intención de recopilar de manera sencilla, clara y precisa toda la información necesaria referente al estado que guardan los 49 inmuebles destinados a la prestación de servicios médicos del IMSS en la Delegación Coahuila.

A continuación se explicará brevemente cada uno de las 9 Cédulas para realizar el diagnóstico:

Cédula 1. Datos Generales de la Unidad. Primeramente se necesita conocer la infraestructura de la Delegación, número de unidades, número de zonas médicas, así como las unidades que integran cada zona médica; el tipo de unidad (es decir, si es U.M.F., H.G.Z., H.E., etc.) la antigüedad de las unidades, el tipo de tenencia, niveles de construcción, y superficies tanto construidas de contacto y libres.

Cédula 2. Estado Físico del Inmueble. En este formato se aprecian las condiciones físicas en las que se encuentra operando cada unidad, y se hacen las primeras observaciones de acciones a realizar.

Cédula 3. Población Derechohabiente Usuaría. El IMSS hace sus cálculos de recursos inmobiliarios de acuerdo a la población que hace uso de los servicios médicos, por eso es necesario conocer la población de cada unidad, y observar las tendencias históricas para conocer déficits o superávits de servicios.

Cédula 4. Población Abierta. Son datos obtenidos del INEGI, para conocer el porcentaje de población que atiende el IMSS con respecto a la población abierta.

Cédula 5. Recursos Físicos. Se refiere la capacidad instalada con la que cuenta el IMSS en la Delegación. Haciendo énfasis en el número de consultorios y el número de camas.

Cédula 6 y 7. Productividad Anual. Son los diferentes tipos de servicios que brinda el IMSS en un año.

Cédula 8. Plantilla de Personal. Se refiere al número de personas trabajando en cada unidad, desde médicos hasta personal administrativo.

Cédula 9. Derivación de Unidades. De acuerdo a la ubicación de cada unidad, se le asigna una zona médica y una unidad a la cuál derivará a pacientes que requieran un nivel de atención más especializado.

Cédula de Investigación No. 1 "Datos Generales de la Unidad"

Región: III Norte.
 Delegación: Coahuila de Zaragoza.
 Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0500

Tipo de Unidad.	No.	Localidad.	Clave Presupuestal	Antigüedad	Tenencia			No. de Niveles de Construcción	Superficie			Observaciones
					Propia	Reservada	Ora		Tierras	Cobertes	Construidas	
H. Esp.	No. 11	Torreón.	05091612	20 años.	x			8	15,282	6,793	30,203	

Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0501

H.G.Z.M.F.	No. 18	Torreón.	05091102	26 años.	x			6	10,174	2,675	7,464	
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	05090205	25 años.	x			1	5,270	2,040	2,159	
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madero.	05060205	26 años.	x			1	5,012	2,373	2,555	
U.M.F.	No. 83	Matamoros	05190225	3 años.	x			1	274	274	274	
subtotal.									20,730	7,362	12,452	

Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0502

H.G.Z.M.F.	No. 16	Torreón.	05090102	31 años.	x			7	12,445	8,647	21,480	
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente.	05040205	12 años.	x			1	74,824	2,928	3,017	
U.M.F.	No. 80	Torreón.	05090325	1 año.		x		1	1,887	1,220	1,220	
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey.	05450125	21 años.	x			1	2,646	519	519	
U.M.F.	No. 66	Torreón.	05091525	19 años.	x			3	6,248	2,279	6,098	
subtotal.									98,050	15,593	32,334	

Subdelegación: Saltillo.
 ZONA: 0503

H.G.Z.M.F.	No. 2	Saltillo.	05031002	27 años.	x			4	22,304	4,219	10,282	
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urdinola).	05030225	7 años.	x			3	7,227	2,562	6,027	
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe.	05010325	26 años.	x			1	2,500	396	396	
U.M.F.	No. 88	Ramos Arizpe.	05010625	1 año.	x			2	5,424	2,152	2,402	UNIDAD NUEVA.
subtotal.									37,455	9,329	19,107	

Subdelegación: Saltillo.
 ZONA: 0504

H.G.Z.M.F.	No. 10	Saltillo.	05030101	40 años.	x			3	9,715	3,394	9,121	
U.M.F.	No. 67	Hipólito.	05480125	19 años.	x			1	890	189	189	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda.	05070125	21 años.	x			1	1,158	231	158	
U.M.F.	No. 70	Saltillo.	05032525	19 años.	x			1	6,767	1,623	1,675	
U.M.F.	No. 73	Saltillo.	05030925	8 años.	x			3	4,945	1,933	5,963	
U.M.F.	No. 4	Arteaga.	05020125	7 años.		x		1	200	172	172	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas.										Unidad perteneciente a otro ado.
U.M.F.	No. 14	Salaverra, Zacatecas.										Unidad perteneciente a otro ado.
U.M.F.	No. 13	Nochabueno, Zacatecas.										Unidad perteneciente a otro ado.
U.M.F.	No. 15	Terminal, Zacatecas.										Unidad perteneciente a otro ado.
subtotal.									23,675	7,542	17,278	

Cédula de Investigación No. 1 "Datos Generales de la Unidad" cont...

Tipo de Unidad.	No.	Localidad.	Clave Presupuestal	Antigüedad	Instrucción			No. de Niveles de Construcción	Superficie				Observaciones
					Propia	Recurso	Otra		Terreno	Cortado	Construido	Lira	

Subdelegación: Nueva Fesla.

ZONA: 0505

H.G.Z.M.F.	No. 24	Nueva Fesla	05210502	24 años.	x			5	21,090	6,350	13,967	14,740	
H.G.S.Z.M.F.	No. 27	Palau.	05260105	25 años.	x			1	10,828	3,276	3,437	7,552	
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz.	05220425	26 años.	x			1	3,171	1,030	971	2,141	
U.M.F.	No. 28	Rancherías.	05300125	29 años.		x		1	713	183	132	530	
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas	05240125	26 años.	x			1	6,000	295	370	5,705	
U.M.F.	No. 31.	Barroterán.	05250120	9 años.	x			1	5,252	1,037	1,150	4,215	
U.M.F.	No. 23	Sabinas.	05230325	25 años.	x			1	4,575	1,065	1,967	3,510	
U.M.F.	No. 26	Agüita.	05270125	10 años.	x			1	2,500	483	468	2,017	
U.M.F.	No. 32	San Jose de Aura.	05280225	29 años.			x	1	2,890	150	155	2,740	
subtotal.									57,919	13,868	22,617	43,150	

Subdelegación: Morelia.

ZONA: 0588

H.G.Z.M.F.	No. 7 "A"	Morelia.	05170102	39 años.	x			7	14,965	6,489	13,008	8,477	
H.G.Z.M.F.	No. 7 "B"	Morelia.	05170102	39 años.	x			5	9,280	5,140	10,610	4,140	
U.M.F.	No. 84	Morelia.	0517325	4 años.	X			1	5,312	933	933	4,379	
U.M.F.	No. 86	Morelia.	05171625	2 años.	X			1	4,708	989	989	3,717	
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera.	05160325	19 años.	x			1	8,492	950	5,067	7,542	
U.M.F.	No. 8	Castaños.	05180225	28 años.	x			1	1,617	731	731	896	
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura.	05150225	30 años.	x			1	2,140	443	512	1,697	
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas.	05390125	26 años.	x			1	6,048	956	956	5,092	
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo.	00541022K	25 años.	x			1	5,810	289	289	5,521	
U.M.F.	No. 74	Nadadores.	05490125	13 años.			x	1	468	150	222	318	
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera.	05160425	28 años.	x			1	3,863	1,500	1,580	2,383	
subtotal.									62,701	18,569	34,897	44,132	

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0597

H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras.	05120101	35 años.	x			4	7,169	3,250	9,060	3,919	
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña.	0510708	27 años.	x			1	16,122	3,177	3,177	12,945	
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña.	05111125	6 años.	x			2	1,755	1,604	2,220	151	
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña.	05010625	1 año.	x			2	5,344	1,795	2,170	3,549	UNIDAD NUEVA.
U.M.F.	No. 12	Añejo.	05130225	20 años.	x			1	3,094	1,159	1,385	1,935	
U.M.F.	No. 14	Zaragoza.	05100125	10 años.	x			1	1,599	418	418	1,181	
U.M.F.	No. 15	Villa Unión.	05140125	13 años.	x			2	2,528	220	250	2,308	
U.M.F.	No. 60	Nava.	05460125	21 años.	x			1	7,022	951	951	6,071	
U.M.F.	No. 64	Morelos.	05470125	20 años.	x			1	4,000	425	289	3,575	
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras.	05120925	8 años.	x			3	5,432	2,502	6,832	2,930	
subtotal.									54,065	15,501	26,772	38,564	

NOTA: Son un total de 49 Unidades FISICAS.

TOTAL: 368,877 94,558 195,660 274,419

Cédula de Investigación No. 2 "Estado Físico y funcionamiento del Inmueble"

Región: El Norte.
 Delegación: Consulta de Zaragoza.
 Subdelegación: Torón.
 ZONA: 0500.

NOTA:
 ACABADOS: M= MUROS, P= PISOS, F= PLAFONES, V= VENTANAS, T= PUERTAS.
 MOBILIARIO Y EQUIPO: Q= MOBILIARIO, Q= EQUIPO.
 INSTALACIONES: H= HIDRAULICA Y SANITARIA, E= ELECTRICA, A= AIRE ACONDICIONADO.
 EN ESPACIOS: Calificar es. S= SUFICIENTE, A= ADAPTADO,
 D= REQUIERE MODIFICACIÓN, I= REQUIERE AMPLIACIÓN.
 En factibilidad poner SI ó NO se puede emplear o modificar.
 EN MOBILIARIO EQUIPO E INST. calificar es. B= BUENO, R= REGULAR, C= REQUIERE CAMBIO, N= INCOMPLETO.
 BIEN
 REGULAR
 MAL

Unidad		Nombre y Localidad	Espacios	Factibilidad	Acabados					Instalaciones					Mob y Equipo		Acción a Realizar		Posibilidad de Acción		Observaciones	
TIPO	Nº				M	P	F	V	T	H	E	A	E	A	Q	E	C	N	U	L		U
H.G.S.Z.M.F.	No. 16	Torón		SI	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Consulta Externa, Aux. de Diagnóstico, Servs. Generales, y Areas Exteriores presentan problemas serios.

Subdelegación: Torón.
 ZONA: 0501

H.G.S.Z.M.F.	No. 16	Torón		NO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.		SI	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Sala de espera de cons. Ext. y Urgencias insuficientes.
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madero		SI	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Sala de espera de cons. Ext. y Urgencias insuficientes.
U.M.F.	No. 83	Matamoros.			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Unidad ampliada al H.R.S. 79 de Matamoros, que trabaja en regimen ordinario.

Subdelegación: Torón.
 ZONA: 0502

H.G.S.Z.M.F.	No. 16	Torón			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Auxiliares de Diagnóstico presentan problemas.
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente.		SI	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Por incremento de pob. se requieren 2 cons. y 8 camas.
U.M.F.	No. 80	Torón			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Esta unidad sustituye a la ubicada en Rodríguez sur 135.
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey.		NO	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
U.M.F.	No. 66	Torón			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	

Subdelegación: Saltillo.
 ZONA: 0503

H.G.S.Z.M.F.	No. 2	Saltillo		NO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Gobierno y Servs. Generales presentan problemas.
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urduola)			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Cons. Ext., Servs. Grales y Gob requieren ampliación.
U.M.F.	No. 88	Ramos Arizpe		SI	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Unidad Nueva.

Subdelegación: Saltillo.
 ZONA: 0504

H.G.Z.M.F.	No. 1	Saltillo		NO	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Area de Urgencias Insuficiente, sin posibilidad de ampliación.
U.M.F.	No. 67	Hidóito			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
U.M.F.	No. 70	Saltillo		SI	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Se requiere ampliación de sala de espera.
U.M.F.	No. 73	Saltillo			B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
U.M.F.	No. 4	Arteaga		NO	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas.																				Unidad Perteneciente a otro Estado.
U.M.F.	No. 14	Salaverra, Zacatecas.																				Unidad Perteneciente a otro Estado.
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas.																				Unidad Perteneciente a otro Estado.
U.M.F.	No. 15.	Terminal, Zacatecas.																				Unidad Perteneciente a otro Estado.

Cédula de Investigación No. 2 "Estado Físico y funcionamiento del Inmueble" cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Espacios	Facilidad	Acabados					Instalaciones			Mob y Equipo	Acción a Realizar			Possibilidad de Acción	Observaciones				
TIPO	Nº				M	P	F	V	T	H	E	A	O	E	Comun. Municipal	Pneumática	Saneamiento		Equipos	Facilidad	Luz	Sonido

Subdelegación: Huera Rosita.

ZONA: 0505

H.G.Z.M.F.	No. 24	Nueva Rosita	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Farmacia y Gobierno insuficientes.
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Palau.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Cons. Externa y Urgencias requieren ampliación.
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Cons. Ext. Curaciones y Servs. Grales. Insuficientes.
U.M.F.	No. 28	Rancherías.	SI	R					R											Espacio inadecuado en consulta externa.
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									La calle de acceso principal es de terracería.
U.M.F.	No. 31.	Barroterán.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									El estacionamiento requiere modificación.
U.M.F.	No. 23	Sabinas.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Consulta Externa y Servs. Grales. Insuficientes.
U.M.F.	No. 26	Aguita.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Consulta Externa y Servs. Grales. Insuficientes.
U.M.F.	No. 32	San José de Aurs.	SI	R					R											Farmacia y Gobierno requieren modificación.

Subdelegación: Menaera.

ZONA: 0508

H.G.Z.M.F.	No. 7 'A'	Mondova.	NO	R	R	R	R	R	R	R	R									
H.G.Z.M.F.	No. 7 'B'	Mondova.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Se requiere ampliación del área de urgencias.
U.M.F.	No. 84	Mondova.		R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 86	Mondova.		R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Se requiere una planta de fuerza.
U.M.F.	No. 8	Castaños.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Se requiere una planta de emergencia.
U.M.F.	No. 50	Cuatro Clénegas.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo.		R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 74	Nadadores.		R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 65	Villa Frontera.		R	R	R	R	R	R	R	R									

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z.	No. 11.	Piedras Negras.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Todas las áreas requieren de intervención.
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña.		R	R	R	R	R	R	R	R									Todas las áreas requieren de intervención.
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña.	NO	R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Unidad Nueva.
U.M.F.	No. 12	Allende.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									Se requiere ampliar el área de Urgencias.
U.M.F.	No. 14	Zaragoza.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 15	Villa Unión.	SI	R					R	R										
U.M.F.	No. 80	Nava.		R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 64	Morelos.	SI	R	R	R	R	R	R	R	R									
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras.	NO	R	R	R	R	R	R	R	R									Déficit de Consultorios de M.F.

Cédula de Investigación No. 3 "Población Derechohabiente Usuaría"

Región: Norte.
Delegación: Cahuilla de Zaragoza.
Subdelegación: Torreón.
ZONA: 0500

Unidad	TIPO	N°	Nombre y Localidad	Población Derechohabiente Usuaría					Observaciones	
				1995	1996	1997	1998	1999		2000
H. Exp.		No. 71	Torreón							

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0501

H.G.Z./M.F.	No. 18	Torreón	18,211	37,427	31,411	28,738	27,577	20,762	
H.G.S.Z./M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	18,102	19,749	20,502	20,268	25,424	30,575	
H.G.S.Z./M.F.	No. 20	Francisco I. Madero.	21,636	23,892	26,001	31,572	35,073	40,759	
U.M.F.	No. 83	Metamoros.	18,492	18,158	21,467	23,822	25,403	26,218	
Subtotal.			76,441	99,226	99,381	104,400	113,477	118,314	

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0502

H.G.Z./M.F.	No. 18	Torreón	111,011	101,080	72,257	93,823	117,546	121,801	
H.G.S.Z./M.F.	No. 6	Parras de la Fuente.	20,500	19,646	18,507	19,824	19,500	20,473	
U.M.F.	No. 80	Torreón	44,215	37,593	29,912	36,364	38,206	38,089	
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey.	3,444	2,982	3,182	3,151	3,728	3,865	
U.M.F.	No. 66	Torreón	100,938	95,122	90,977	102,174	110,639	112,830	
Subtotal.			280,108	256,423	214,836	266,336	289,617	297,068	

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0503

H.G.Z./M.F.	No. 23	Saltillo	60,377	58,649	58,149	61,369	65,746	70,082	
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urdinola).	64,901	62,496	76,752	100,053	110,538	120,421	
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe.	20,720	20,379	27,082	22,227	25,388	10,014	
U.M.F.	No. 88	Ramos Arizpe.						18,922	Unidad Nueva.
Subtotal.			146,998	141,624	161,983	183,649	201,672	217,439	

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0504

H.G.Z.	No. 13	Saltillo							
U.M.F.	No. 67	Hipólito	38	50	60	20	110	138	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda.	1,188	1,178	1,382	1,864	2,304	2,723	
U.M.F.	No. 70	Saltillo.	45,365	44,817	48,188	53,891	58,777	60,301	
U.M.F.	No. 73	Saltillo.	94,225	78,258	83,312	93,775	102,450	110,884	
U.M.F.	No. 4	Arteaga.	2,237	3,980	3,814	4,391	4,323	4,557	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas							Unidad perteneciente a otro edo.
U.M.F.	No. 14	Salaverra, Zacatecas							Unidad perteneciente a otro edo.
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas.							Unidad perteneciente a otro edo.
U.M.F.	No. 15.	Terminal, Zacatecas.							Unidad perteneciente a otro edo.
Subtotal.			143,063	126,061	138,766	163,341	167,964	178,603	

Cédula de Investigación No. 3 "Población Derechohabiente Usaria" cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Población Derechohabiente Usaria						Observaciones
TIPO	Nº		1995	1996	1997	1998	1999	2000	

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0505

H.G.Z.M.F.	No. 24	Nueva Rosita	33,622	30,426	29,281	31,746	32,355	33,701	
H.G.S.Z.M.F.	No. 27	Palau.	15,263	15,949	15,936	16,158	16,103	16,724	
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz.	18,358	19,315	20,899	18,966	21,335	20,853	
U.M.F.	No. 28	Rancherías.	498	510	677	741	853	935	
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas.	3,160	3,188	3,289	3,406	3,570	3,620	
U.M.F.	No. 31.	Barroterán.	10,441	10,644	10,327	9,694	10,810	10,148	
U.M.F.	No. 23	Sabinas.	22,047	18,577	17,854	20,305	21,614	22,947	
U.M.F.	No. 26	Agujilla.	8,127	8,897	7,700	7,463	7,628	7,804	
U.M.F.	No. 32	San Jose de Aura.	1,908	1,987	1,230	1,199	1,891	1,524	
Subtotal.			111,424	107,493	107,193	109,878	116,167	118,064	

Subdelegación: Monclova.

ZONA: 0506

H.G.Z.M.F.	No. 7	Monclova.	126,694	133,064	79,629	70,883	69,035	72,114	
U.M.F.	No. 84	Monclova.			21,448	23,708	24,555	23,499	Unidad de reciente creación.
U.M.F.	No. 86	Monclova.				24,355	20,367	18,714	Unidad de reciente creación.
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera.	36,415	35,482	36,730	41,801	43,552	44,925	
U.M.F.	No. 8	Castaños.	15,471	16,992	20,988	22,163	24,014	24,804	
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura.	12,724	13,231	13,003	12,642	13,175	11,991	
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas.	4,162	4,092	5,010	4,948	5,627	5,188	
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo.	1,457	1,429	1,489	1,832	1,475	1,585	
U.M.F.	No. 74	Nadadores.	2,978	2,864	2,344	2,352	3,905	3,078	
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera.			21,170	20,371	23,128	22,181	
Subtotal.			199,899	206,934	201,811	224,663	228,831	228,069	

Delegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras.							
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña.							
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña.	60,207	65,170	70,263	80,690	85,437	65,537	
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña.						27,885	
U.M.F.	No. 12	Atende.	12,720	13,155	14,030	11,211	12,368	15,436	
U.M.F.	No. 14	Zaragoza.	6,427	4,702	4,814	5,230	5,905	5,917	
U.M.F.	No. 15	Villa Unión.	2,465	2,678	2,471	2,359	2,621	2,828	
U.M.F.	No. 80	Nava.	7,056	11,601	12,538	12,410	13,741	13,124	
U.M.F.	No. 84	Morelos.	10,825	3,643	3,968	4,065	4,383	4,689	
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras.	80,820	89,308	75,449	87,292	88,932	93,005	
Subtotal.			180,820	190,256	183,533	203,257	213,387	228,419	

TOTAL

1,137,443	1,127,938	1,106,492	1,234,914	1,331,106	1,386,966
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Cédula de Investigación No. 4 "Población de la Localidad" (Censos INEGI).

Región: Norte.
 Delegación: Coahuila.
 Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0500

Unidad		Nombre y Localidad	Municipio	Clave INEGI	Población de la Localidad			T.A.C.
TIPO	Nº				1990	1995	2000	
H. Esp.	No. 71	Torreón	Torreón.	05035				

Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0501

H.G.S.Z.M.F.	No. 18	Torreón	Torreón.	05035	508,076.00	529,093.00	
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	San Pedro.	05330	91,421.00	88,451.00	
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madero.	Francisco I. Madero.	05009	47,510.00	48,403.00	
U.M.F.	No. 83	Matamoros.	Matamoros.	05017	88,235.00	91,858.00	
subtotal.					-	72,880.00	79,702.00

Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0502

H.G.S.Z.M.F.	No. 18	Torreón	Torreón.	05035			
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente.	Parras.	05024	43,303.00	43,244.00	
U.M.F.	No. 80	Torreón.	Torreón.	05035			
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey.	Sierra Mojada.	05034	6,594.00	6,022.00	
U.M.F.	No. 66	Torreón.	Torreón.	05035			
subtotal.					-	49,897.00	49,266.00

Subdelegación: Saltillo.
 ZONA: 0503

H.G.S.Z.M.F.	No. 2	Saltillo	Saltillo.	05030	-		
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urdiñoia).	Saltillo.	05030	-		
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe.	Ramos Arizpe.	05027	-	36,440.00	39,851.00
subtotal.					-	36,440.00	39,851.00

Subdelegación: Saltillo.
 ZONA: 0504

H.G.Z.	No. 11	Saltillo	Saltillo.	05030	527,979.00	577,352.00	
U.M.F.	No. 67	Hipólito.	General Cepeda.	05011	11,913.00	11,308.00	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda.	General Cepeda.	05011			
U.M.F.	No. 70	Saltillo.	Saltillo.	05030			
U.M.F.	No. 73	Saltillo.	Saltillo.	05030			
U.M.F.	No. 4	Arteaga.	Arteaga.	05004	18,907.00	19,353.00	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas.					
U.M.F.	No. 14	Salaverra, Zacatecas.					
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas.					
U.M.F.	No. 15	Terminal, Zacatecas.					
-					558,799.00	608,011.00	

Cédula de Investigación No. 4 "Población de la Localidad" (Censos INEGI) cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Municipio	Clave INEGI	Población de la Localidad			T.A.C.	Observaciones
TIPO	Nº				1990	1995	2000		

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0505

H.G.S.Z.M.F.	No. 24	Nueva Rosita	San Juan de Sabinas.	05032		40,731.00	40,133.00		
H.G.S.Z.M.F.	No. 27	Palau.	San Juan de Sabinas.	05032					
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz.	Múzquiz.	05020		62,990.00	62,693.00		
U.M.F.	No. 28	Rancharías.	Múzquiz.	05020					
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas.	Múzquiz.	05020					
U.M.F./H.	No. 31.	Barroterán.	Progreso.	05026		3,613.00	3,613.00		
U.M.F.	No. 23	Sabinas.	Sabinas.	05028		51,129.00	52,386.00		
U.M.F.	No. 26	Agüita.	Sabinas.	05028					
U.M.F.	No. 32	San José de Aum.	Múzquiz.	05020					
subtotal.						158,463.00	158,825.00		

Subdelegación: Monclova.

ZONA: 0506

H.G.S.Z.M.F.	No. 7	Monclova.	Monclova.	05018		189,738.00	193,657.00		
U.M.F.	No. 84	Monclova.	Monclova.	05018					
U.M.F.	No. 86	Monclova.	Monclova.	05018					
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera.	Frontera.	05010		63,947.00	66,472.00		
U.M.F.	No. 8	Castaños.	Castaños.	05006		21,924.00	22,401.00		
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura.	San Buenaventura.	05031		20,034.00	19,986.00		
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas.	Cuatro Ciénegas.	05007		12,899.00	12,150.00		
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo.	Ocampo.	05023		13,389.00	12,019.00		
U.M.F.	No. 74	Nadadores.	Nadadores.	05021		6,187.00	5,949.00		
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera.	Frontera.	05010					
subtotal.						328,018.00	332,634.00		

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.S.Z.	No. 11	Piedras Negras.	Piedras Negras.	05025		116,148.00	127,898.00		
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña.	Acuña.	05002		81,602.00	110,388.00		
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña.	Acuña.	05002					
U.M.F.	No. 12	Allende.	Allende.	05003		19,917.00	20,963.00		
U.M.F.	No. 14	Zaragoza.	Zaragoza.	05038		12,403.00	12,657.00		
U.M.F.	No. 15	Villa Unión.	Villa Unión.	05037		6,228.00	6,150.00		
U.M.F.	No. 60	Nava.	Nava.	05022		20,502.00	22,986.00		
U.M.F.	No. 64	Morelos.	Morelos.	05019		6,942.00	7,247.00		
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras.	Piedras Negras.	05025					
subtotal.						263,442.00	308,269.00		

total.

	1,487,939.00	1,576,678.00
--	--------------	--------------

Cédula de Investigación No. 5 "Recursos Físicos por Unidad"

Rajón: Norte.
Delegación: Cuahuila de Zaragoza.
Subdelegación: Torreón.
ZONA: 0500

Unidad		Nombre y Localidad	Cancuña Externa					Aun Nares de Diagnostico					Aun Nares de Tratamiento					Urgencias		Hosp.		Otras		Observaciones							
TIPO	N°		Mobiliario y aminor.	Equipamiento	Proveedores	Mobiliario Prevenciones	Otros	Planos y Librerías	Forma y Materiales	Forma y Materiales	Forma de Impresión "S"	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales	Manuales		Manuales						
H. E.M.	No. 71	Torreón	0	0	71	0	0	18	7	0	5	3	0	1	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	212	28	0	0

Subdelegación: Torreón.
ZONA: 0501

H.G.S.Z.M.F.	No. 18	Torreón	8	0	4	0	1	3	1	0	1	0	0	0	4	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	108	59	0	0
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Cot.	8	0	2	0	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	17	0	0
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madero	10	0	2	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	29	13	0	0	
U.M.F.	No. 83	Matamoros	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		subtotal	30	0	8	1	4	5	4	0	3	1	0	0	6	3	0	0	0	2	0	0	2	2	160	89	0	0	

Subdelegación: Torreón.
ZONA: 0502

H.G.S.Z.M.F.	No. 48	Torreón	19	0	33	0	4	1	4	0	5	1	0	0	7	4	0	0	1	4	0	0	23	18	231	103	1	0	
H.G.S.Z.M.F.	No. 8	Parras de la Fuente	5	0	2	0	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	18	8	0	0	
U.M.F.	No. 80	Torreón	10	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 81	Laguna del Ray	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 86	Torreón	22	1	0	9	2	1	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
		subtotal	58	4	35	11	9	4	12	0	8	2	0	0	8	5	0	0	1	0	9	1	0	31	22	249	111	1	0

Subdelegación: Saltillo.
ZONA: 0503

H.G.S.Z.M.F.	No. 2	Saltillo	22	0	22	0	1	7	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	81	17	1	0
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urdiola)	15	3	0	2	5	4	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 3	Ramos Arzpe	4	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 88	Ramos Arzpe	5	1	0	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
		subtotal	46	4	22	5	9	12	6	0	5	1	0	0	3	0	0	0	6	0	0	6	4	0	1	81	17	1	0

Subdelegación: Saltillo.
ZONA: 0504

H.G.S.Z.M.F.	No. 1	Saltillo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4	2	0	0	18	0	4	0	0	13	4	170	78	0	0
U.M.F.	No. 67	Hidalgo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 70	Saltillo	11	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 73	Saltillo	17	2	0	4	6	4	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 4	Arteaga	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas																												
U.M.F.	No. 14	Salvemos, Zacatecas																												
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas																												
U.M.F.	No. 15	Terminal, Zacatecas																												
		subtotal	31	2	0	7	7	5	7	0	4	1	0	1	0	4	2	0	0	18	0	6	0	0	15	4	170	78	0	0

Cédula de Investigación No. 5 "Recursos Físicos por Unidad" cont...

Unidad	Nombre y Localidad	Cercas Externas		Asideros de Diagnóstico		Asideros de Trabajo		Urganos		Hosp.		Otras		Observaciones
		

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0505

H.G.Z.M.F.	No. 27	Nueva Rosita	8	0	8	0	8	4	4	0	2	1	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	6	2	78	42	4	0	
H.G.S.Z.M.F.	No. 27	Palau	4	0	3	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1	34	6	0	0	
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz	4	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 28	Piñocherías	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 31	Barroterán	3	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
U.M.F.	No. 23	Sabanas	5	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 28	Agüita	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 32	San José de Auro	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
subtotal			29	4	11	5	11	7	5	0	6	1	0	0	0	4	3	0	0	1	0	9	0	0	11	4	112	48	4	0	0	

Subdelegación: Mendoza.

ZONA: 0506

H.G.Z.M.F.	No. 74	Mendoza	30	0	17	9	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
H.G.S.Z.M.F.	No. 74	Mendoza	0	0	0	0	2	1	6	0	2	1	0	1	0	5	0	0	0	1	0	3	0	0	2	1	188	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 84	Mendoza	5	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 86	Mendoza	5	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera	10	1	0	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 8	Catalán	8	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 50	Cuatro Cáñegas	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 74	Nadadores	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera	5	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
subtotal			72	5	17	17	9	8	8	0	7	1	0	1	0	8	2	0	0	1	0	16	0	0	12	9	271	0	14	0	0	0	

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras	0	0	12	0	0	5	4	0	2	1	0	0	0	2	2	0	0	17	0	5	0	0	12	11	99	38	14	0		
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña	0	0	3	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	29	9	0	0	
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña	12	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña	5	1	0	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 12	Alenda	5	1	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 14	Zampozoa	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 15	Villa Unión	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 60	Nava	5	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 84	Moritas	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras	17	1	0	1	2	5	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
subtotal			50	7	15	8	5	14	13	0	9	1	0	0	0	4	3	0	0	17	0	20	0	0	20	18	126	45	14	0	0	

TOTAL 318 28 178 54 54 71 62 0 47 11 0 3 0 45 18 0 0 37 0 68 1 0 97 64 1383 416 34 0

metodología

TESIS CON
ORIGEN

Cédula de Investigación No. 6 "Productividad Anual" (A)

Región: III Norte.
Delegación: Coahuila de Zaragoza.
Subdelegación: Torreón.
ZONA: 0500

Unidad		Nombre y Localidad	Consulta Externa				Estudios				Observaciones
TIPO	Nº		M. Familiar	Estomatología	Especialidades	Urgencias	Laboratorio	Rayos X	Ultrasonido	Tomografía	
H. Esp.	No. 71	Torreón	-	-	133,551	3,588	749,113	35,574	5,872	3,376	

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0501

H.G.Z.M.F.	No. 18	Torreón	48,623	1,913	13,090	21,145	178,462	12,749	-	-	
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	69,973	5,140	5,699	19,269	53,175	6,282	624	-	
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madero	81,295	5,324	6,199	22,739	64,705	5,243	-	-	
U.M.F.	No. 83	Matamoros	60,652	5,478	-	19,688	29,334	4,541	-	-	
subtotal.			260,543	17,866	24,988	82,841	325,676	28,816	624	-	

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0502

H.G.Z.M.F.	No. 16	Torreón	271,837	16,805	130,677	78,737	812,964	116,815	19,013		
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente	57,408	1,950	10,862	13,967	93,398	6,340	605		
U.M.F.	No. 80	Torreón	106,010	5,212	-	-	-	-	-		
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey	9,998	-	-	11,816	5,765	1,487	-		
U.M.F.	No. 66	Torreón	254,180	14,685	3,368	34,341	148,449	25,237	-		
subtotal.			699,433	38,662	144,907	138,861	1,060,677	148,879	20,818		

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0503

H.G.Z.M.F.	No. 2	Saltillo	120,063	10,258	81,321	57,967	336,469	52,189	4,320		
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urdinola)	205,886	17,334	2,998	40,985	192,818	22,028	-		
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe	30,140	-	-	5,981	-	-	-		
U.M.F.	No. 88	Ramos Arizpe	29,620	5,177	-	12,909	29,152	4,579	-		
subtotal.			386,709	32,769	84,319	117,842	668,438	78,796	4,320	-	

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0504

H.G.Z.	No. 1	Saltillo	-	-	47,644	67,035	458,375	40,183	4,383	2,986	
U.M.F.	No. 67	Hidalgo	1,955	-	-	-	-	-	-	-	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda	9,579	-	-	-	-	-	-	-	
U.M.F.	No. 70	Saltillo	127,776	8,237	-	28,854	122,228	14,782	-	-	
U.M.F.	No. 73	Saltillo	209,653	10,848	5,076	37,353	-	22,030	-	-	
U.M.F.	No. 4	Arteaga	15,733	-	-	-	-	-	-	-	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas									
U.M.F.	No. 14	Salaverra, Zacatecas									
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas									
U.M.F.	No. 15	Terminal, Zacatecas									
subtotal.			364,896	19,065	62,720	133,242	680,603	78,996	4,383	2,986	

Cédula de Investigación No. 6 "Productividad Anual" (A) cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Consultas Externas				Estudios			Observaciones
TIPO	Nº		M. Familiar	Estimología	Especialidades	Urgencias	Laboratorio	Reyes "R"	Ultrasonido	

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0505

H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita	96,258	3,773	45,552	40,690	185,323	20,910		
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Pelau	50,095	2,324	10,425	21,494	111,933	12,872		
U.M.F.	No. 25	Mejchor Múzquiz	58,163	2,297	-	25,783	-	-		
U.M.F.	No. 28	Rancherías	3,965	-	-	-	-	-		
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas	18,620	-	-	-	-	-		
U.M.F./H.	No. 31	Barroterán	29,174	2,175	-	16,648	23,392	2,891		
U.M.F.	No. 23	Sabinas	64,959	3,825	-	26,127	67,600	7,513		
U.M.F.	No. 26	Aguita	21,472	-	-	15,954	-	-		
U.M.F.	No. 32	San Jose de Aura	10,531	-	-	-	-	-		
subtotal			349,237	14,394	65,977	148,708	388,248	43,898		

Subdelegación: Monclova.

ZONA: 0506

H.G.Z./M.F.	No. 73	Monclova	156,879	12,466	120,720	67,318	534,471	81,838	13,853	5,728
U.M.F.	No. 84	Monclova	51,662	5,061	-	17,241	11,321	7,782	-	-
U.M.F.	No. 86	Monclova	52,071	4,859	-	16,541	24,495	5,454	-	-
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera	103,306	5,128	2,987	35,184	75,093	13,217	-	-
U.M.F.	No. 8	Castaños	47,973	-	-	21,793	-	-	-	-
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura	27,556	-	-	21,100	-	-	-	-
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas	14,402	-	-	-	-	-	-	-
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo	3,649	-	-	-	-	-	-	-
U.M.F.	No. 74	Nadadores	9,874	-	-	-	-	-	-	-
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera	46,640	3,581	-	3,488	-	-	-	-
subtotal			614,112	31,096	123,707	182,661	646,380	108,291	13,853	6,728

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras	-	-	36,277	43,301	266,942	34,943	5,463	
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña	-	-	21,821	35,804	144,368	16,821	6,483	
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña	153,645	10,040	-	22,524	106,017	8,568	-	
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña	22,147	2,680	-	6,805	22,257	2,758	-	
U.M.F.	No. 12	Allende	40,116	6,548	-	20,308	63,431	7,535	-	
U.M.F.	No. 14	Zaragoza	23,604	-	-	10,919	-	-	-	
U.M.F.	No. 15	Vita Unión	18,890	-	-	-	-	-	-	
U.M.F.	No. 60	Nava	34,306	2,913	-	30,198	10,425	4,870	-	
U.M.F.	No. 64	Morelos	18,984	-	-	-	-	-	-	
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras	202,825	10,650	4,998	32,790	136,405	14,169	-	
subtotal			614,617	32,831	63,096	202,647	749,845	89,480	11,946	-

TOTAL	3,088,447	186,681	683,265	1,008,388	6,067,881	811,796	81,516	12,088
-------	-----------	---------	---------	-----------	-----------	---------	--------	--------

Cédula de Investigación No. 7 "Productividad Anual" (B)

Región: III Norte.
Delegación: Coahuila de Zaragoza.
Subdelegación: Torréón.
ZONA: 0500

Unidad		Nombre y Localidad	Cirujas	Partos Ecláctos	Partos Distócicos	Egresos Hospitalarios	% de Ocupación	Días Estancia	Días Paciente	Cirujía Ambulatoria	Fuerpato de bajo riesgo	Indicador Operativo	Otros	Observaciones
TIPO	Nº													
H. Esp.	No. 71	Torréón	7,203	-	-	10,943	106	7	79,758	2,127	-			

Subdelegación: Torréón.
ZONA: 0501

H.G.Z./M.F.	No. 18	Torréón	2,855	1,474	1,012	6,554	70	4	27,571	579	1,260			
H.G.S.Z./M.F.	No. 21	San Pedro de las Col	307	211	137	1,140	37	3	3,094	76	170			
H.G.S.Z./M.F.	No. 20	Francisco I. Madero	468	412	83	1,578	52	3	5,139	225	335			
U.M.F.	No. 83	Matamoros												
subtotal			3,640	2,097	1,232	9,272	169	10	36,804	880	1,765			

Subdelegación: Torréón.
ZONA: 0502

H.G.Z./M.F.	No. 16	Torréón	12,258	4,734	2,700	13,688	97	6	81,708	5,172	4,249			
H.G.S.Z./M.F.	No. 8	Parras de la Fuente	948	412	247	1,801	73	3	4,790	224	249			
U.M.F.	No. 80	Torréón												
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey												
U.M.F.	No. 66	Torréón												
subtotal			13,206	5,148	2,947	16,489	189	9	88,498	6,396	4,498			

Subdelegación: Saltillo.
ZONA: 0503

H.G.Z./M.F.	No. 2	Saltillo	3,741	-	-	7,469	111	4	32,980	1,035	-			
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urdinola)												
U.M.F.	No. 3	Ramos Arzpe												
U.M.F.	No. 88	Ramos Arzpe												
subtotal			3,741	-	-	7,469	111	4	32,980	1,035	-			

Subdelegación: Saltillo.
ZONA: 0504

H.G.Z.	No. 1	Saltillo	11,076	6,548	2,969	18,953	103	3	64,691	3,418	5,201			
U.M.F.	No. 87	Hidalgo												
U.M.F.	No. 82	General Cepeda												
U.M.F.	No. 70	Saltillo												
U.M.F.	No. 73	Saltillo												
U.M.F.	No. 4	Arteaga												
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas												
U.M.F.	No. 14	Salaverria, Zacatecas												
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas												
U.M.F.	No. 15	Terminal, Zacatecas												
subtotal			11,076	6,548	2,969	18,953	103	3	64,691	3,418	5,201			

Cédula de Investigación No. 7 "Productividad Anual" (B) cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Circuitos	Partes Edificios	Partes Distintos	Egresos Hospitalarios	% de Ocupación	Días Estancia	Días Pacientes	Circuitos Ambulatorios	Pacientes de baja de alta	Índice de Operativa	Díes	Observaciones
TPO	Nº													

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0505

H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita	4,968	851	534	7,501	95	4	28,450	3,118	712			
H.G.S./M.F.	No. 27	Palau	1,444	618	463	3,788	93	3	11,828	436	438			
U.M.F.	No. 25	Mejchor Múzquiz												
U.M.F.	No. 28	Rancherías												
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas												
U.M.F./H.	No. 31	Bermeján												
U.M.F.	No. 23	Sebinas												
U.M.F.	No. 26	Agua												
U.M.F.	No. 32	San José de Aura												
subtotal.			6,412	1,469	997	11,289	188	7	40,078	3,554	1,150			

Subdelegación: Monclova.

ZONA: 0508

H.G.Z./M.F.	No. 7	Monclova	10,003	2,679	2,141	14,844	75	4	64,570	3,918	2,481			
U.M.F.	No. 84	Monclova												
U.M.F.	No. 86	Monclova												
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera												
U.M.F.	No. 8	Castañes												
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura												
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas												
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo												
U.M.F.	No. 74	Nadadores												
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera												
subtotal.			10,003	2,679	2,141	14,844	75	4	64,570	3,918	2,481	-	-	

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras	4,962	1,848	1,108	9,730	89	4	34,872	1,417	1,052			
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña	3,002	2,109	643	4,783	107	3	15,658	1,141	1,950			
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña												
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña												
U.M.F.	No. 12	Alende												
U.M.F.	No. 14	Zaragoza												
U.M.F.	No. 15	Villa Unión												
U.M.F.	No. 60	Nava												
U.M.F.	No. 64	Morelos												
U.M.F.	No. 78	Piedras Negras												
subtotal.			7,964	3,967	1,749	14,573	196	7	60,530	2,558	3,002	-	-	

Total. 63,248 21,894 12,036 102,792 1,107 82 464,907 22,884 18,077 - -

Cédula de Investigación No. 8 "Plantilla de Personal"

Región: III Norte.
 Delegación: Coahuila de Zaragoza.
 Subdelegación: Torreón.
 ZONA: 0500

TIPO	Nº	Nombre y Localidad	Total											Observaciones
			Medicos	Paramédicos	Medicos Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeras	Enfermeras Aux.	Terapeutas	Administrativos	Comunidades	Intendencia	Otros	
H. Esp.	No 71	Torreón	184	156		97	529	94	105	28	184	28		

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0501

H.G.Z./M.F.	No. 18	Torreón	76	66		240	17	47	18	68	7	
H.G.S.Z./M.F.	No 21	San Pedro de las Col	26	18		38	4	14	4	16	5	
H.G.S.Z./M.F.	No 20	Francisco I. Madero	29	21		47	4	13	4	13	5	
U.M.F.	No 83	Matamoros	24	15		33	4	12		11	6	
subtotal			155	120	-	358	-	29	88	26	108	23

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0502

H.G.Z./M.F.	No. 16	Torreón	274	197		92	568	83	126	29	177	22	
H.G.S.Z./M.F.	No 6	Parras de la Fuente	38	26		49	7	16	4	12	8		
U.M.F.	No 80	Torreón	30	30		13		17		5	2		
U.M.F.	No 81	Laguna del Rey	10	7		7	3	5	1	3	4		
U.M.F.	No 68	Torreón	68	50		35	17	42	9	22			
subtotal			420	340	-	92	672	-	110	206	43	219	38

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0503

H.G.Z./M.F.	No. 2	Saltillo	137	102		188	45	66	23	75	56	
U.M.F.	No 82	Saltillo (Urdinola)	58	81		35	12	39	11	22	1	
U.M.F.	No 3	Ramos Arizpe	5	4		3		7		2		
U.M.F.	No 88	Ramos Arizpe	19	20		19	6	23	3	8	5	UNIDAD NUEVA
subtotal			219	187	-	245	-	63	135	37	107	62

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0504

H.G.Z.	No. 1	Saltillo	138	110		3	429	41	68	25	84	15	
U.M.F.	No 87	Hidalgo	1										
U.M.F.	No 62	General Cepeda	3			1		1					
U.M.F.	No 70	Saltillo	31	35		19		8	20	1	9	1	
U.M.F.	No 73	Saltillo	58	68		18	32	2	37	2	15	1	
U.M.F.	No 4	Arteaga	5			2		2					
U.M.F.	No 9	Concepción, Zacatecas											
U.M.F.	No 14	Salaverra, Zacatecas											
U.M.F.	No 13	Nochebuena, Zacatecas											
U.M.F.	No 15	Tormalá, Zacatecas											
subtotal			238	211	-	19	483	-	51	128	28	106	17

Cédula de Investigación No. 8 "Plantilla de Personal" cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Total										Observaciones
TIPO	Nº		Medicos	Paramédicos	Medicines Practicas	Psicologos	Especialistas	Eficiencia Ruc.	Fisicos	Administrativos	Consumo salón	Intendencia	

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0506

H.G.Z./M.F.	No.	Localidad	Medicos	Paramédicos	Medicines Practicas	Psicologos	Especialistas	Eficiencia Ruc.	Fisicos	Administrativos	Consumo salón	Intendencia	Otros
H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita	96	81			192		25	61	18	67	32
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Palau	49	30			107		14	27	12	26	22
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz	17	10			11		5	1	2	4	
U.M.F.	No. 28	Rancherías	3				6			1		1	
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas	4				6		2	1	2	4	
U.M.F.	No. 31	Barroterán	14	8			10		3	9	2	5	7
U.M.F.	No. 23	Sabinas	19	13			13		6	12		3	5
U.M.F.	No. 26	Agüita	10	4			8			3		2	
U.M.F.	No. 32	San José de Aura	4				1			1			1
subtotal:			218	148	-	-	352	-	48	121	32	108	75

Subdelegación: Moclova.

ZONA: 0508

H.G.Z./M.F.	No.	Localidad	Medicos	Paramédicos	Medicines Practicas	Psicologos	Especialistas	Eficiencia Ruc.	Fisicos	Administrativos	Consumo salón	Intendencia	Otros
H.G.Z./M.F.	No. 7	Moclova	219	193			525		70	125	39	151	49
U.M.F.	No. 84	Moclova	19	20			15		2	14	2	6	4
U.M.F.	No. 86	Moclova	18	19			16		2	14	1	6	
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera	35	34			20		10	21	2	11	7
U.M.F.	No. 8	Castafloa	18	20			16		4	20	1	6	4
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura	13	7			8		3	1	2	4	
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas	6				4		2	1		3	
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo	1				1						1
U.M.F.	No. 74	Nadadores	5				4		2			1	
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera	17	16			7		6	1	3		
subtotal:			351	308			614		88	207	48	188	72

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z./M.F.	No.	Localidad	Medicos	Paramédicos	Medicines Practicas	Psicologos	Especialistas	Eficiencia Ruc.	Fisicos	Administrativos	Consumo salón	Intendencia	Otros
H.G.Z./M.F.	No. 11	Piedras Negras	96	65			238		32	53	18	52	39
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña	63	28			119		12	27	9	18	21
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña	46	45			27		8	33	6	9	
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña	18	21			19		6	25	3	9	4
U.M.F.	No. 12	Atencio	14	9			10		7	7	2	4	4
U.M.F.	No. 14	Zaragoza	10	5			5			2		1	
U.M.F.	No. 15	Villa Unión	4	2			1		2	2		1	
U.M.F.	No. 60	Nava	14	13			12		2	11	1	8	6
U.M.F.	No. 64	Morelos	6				1		2	1		2	
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras	56	62			31		11	41	9	17	3
subtotal:			327	250			463		80	203	49	119	77

Total: 2,110 1,718 208 3,716 563 1,191 288 1,119 328

Cédula de Investigación No. 9 "Derivación de Unidades"

Región III Norte.
Delegación: Coahuila de Zaragoza.
Subdelegación: Torreón.
ZONA: 0500

Unidad		Nombre y Localidad	Concentración	Derivación	Distancia Kilometros	Tiempo Minutos	Observaciones
TIPO	Nº						
H. Exp.	No. 71	Torreón.					

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0501

H.G.Z.M.F.	No. 18	Torreón.		C.M.N. TORREON.	cd.	cd.	
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		69	95	
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madero.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		32	32	
U.M.F.	No. 53	Malamoras.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		23	23	

Subdelegación: Torreón.

ZONA: 0502

H.G.Z.M.F.	No. 18	Torreón.		C.M.N. TORREON.	cd.	cd.	
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		174	198	
U.M.F.	No. 80	Torreón.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		cd.	cd.	
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		224	290	
U.M.F.	No. 66	Torreón.	H.G.Z.M.F. No. 18 Torreón.		cd.	cd.	

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0503

H.G.Z.M.F.	No. 2	Saltillo.		C.M.N. MONTERREY.	83	83	
U.M.F.	No. 82	Saltillo. (Urdiñola).	H.G.Z.M.F. No. 2 Saltillo.		cd.	cd.	
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe.	H.G.Z.M.F. No. 2 Saltillo.		12	12	
U.M.F.	No. 88	Ramos Arizpe.	H.G.Z.M.F. No. 2 Saltillo.		12	12	

Subdelegación: Saltillo.

ZONA: 0504

H.G.Z.	No. 1	Saltillo.		C.M.N. MONTERREY.	83	83	
U.M.F.	No. 67	Hipólito.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		67	134	
U.M.F.	No. 62	General Cepeda.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		85	130	
U.M.F.	No. 70	Saltillo.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		cd.	cd.	
U.M.F.	No. 73	Saltillo.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		cd.	cd.	
U.M.F.	No. 4	Arteaga.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		18	26	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		112	220	
U.M.F.	No. 14	Salaverra, Zacatecas.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		122	224	
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		cd.	cd.	
U.M.F.	No. 15	Terminal, Zacatecas.	H.G.Z. No. 1 Saltillo.		cd.	cd.	

Cédula de Investigación No. 9 "Derivación de Unidades" cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Concentración	Derivación	Distancia Kilómetros	Tiempo Minutos	Observaciones
TIPO	Nº						

Subdelegación: Nueva Rosita.

ZONA: 0505

H.G.Z./M.F.	No.	Nombre y Localidad	Derivación	Distancia Kilómetros	Tiempo Minutos	Observaciones
H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita	C.M.N. MONTERREY.	259	518	
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Palau.	H.G.Z./M.F. No. 24 Nueva Rosita.	25	50	
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz.	H.G.S.Z./M.F. No. 25 Palau.	5	10	
U.M.F.	No. 28	Rancherías.	H.G.S.Z./M.F. No. 25 Palau.	5	10	
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas.	H.G.S.Z./M.F. No. 25 Palau.	18	36	
U.M.F./H.	No. 31.	Barroterán.	H.G.S.Z./M.F. No. 25 Palau.	33	66	
U.M.F.	No. 23	Sabinas.	H.G.Z./M.F. No. 24 Nueva Rosita.	12	12	
U.M.F.	No. 26	Aguja.	H.G.Z./M.F. No. 24 Nueva Rosita.	10	10	
U.M.F.	No. 32	San Jose de Aura.	H.G.Z./M.F. No. 24 Nueva Rosita.	50	50	

Subdelegación: Monclova.

ZONA: 0506

H.G.Z./M.F.	No.	Nombre y Localidad	Derivación	Distancia Kilómetros	Tiempo Minutos	Observaciones
H.G.Z./M.F.	No. 7	Monclova.	C.M.N. MONTERREY.	194	388	
U.M.F.	No. 84	Monclova.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	cd.	cd.	
U.M.F.	No. 86	Monclova.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	cd.	cd.	
U.M.F.	No. 9	Villa Frontera.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	2	4	
U.M.F.	No. 8	Castaños.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	15	15	
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	23	46	
U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	83	166	
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	133	266	
U.M.F.	No. 74	Nadadores.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	46	92	
U.M.F.	No. 85	Villa Frontera.	H.G.Z./M.F. No. 7 Monclova.	2	4	

Subdelegación: Piedras Negras.

ZONA: 0507

H.G.Z./M.F.	No.	Nombre y Localidad	Derivación	Distancia Kilómetros	Tiempo Minutos	Observaciones
H.G.Z./M.F.	No. 11	Piedras Negras.	C.M.N. MONTERREY.	442	442	
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	89	89	
U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña.	H.G.S.Z. No. 13 Cd. Acuña.	cd.	cd.	
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña.	H.G.S.Z. No. 13 Cd. Acuña.	cd.	cd.	
U.M.F.	No. 12	Allende.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	62	62	
U.M.F.	No. 14	Zaragoza.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	63	63	
U.M.F.	No. 15	Villa Unión.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	81	81	
U.M.F.	No. 60	Nava.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	42	94	
U.M.F.	No. 64	Morelos.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	54	108	
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras.	H.G.Z. No. 11 Piedras Negras.	cd.	cd.	

3.3.5 Confrontación de datos obtenidos de las áreas normativas y operativas con parámetros Institucionales establecidos

Se realizaron reuniones de trabajo con usuarios y el área normativa para solicitar información de la capacidad, situación, condiciones, modelo operativo y problemática existente de la infraestructura inmobiliaria; estado físico y funcional de cada una de las unidades, capacidad real y situación general en cuanto a mobiliario, equipo y plantilla laboral; antecedentes históricos, tendencias de crecimiento de la población derechohabiente y su perfil epidemiológico; por último los recursos materiales y financieros de que disponen.

Esto último se confrontó con documentos y planes derivados elaborados por las dependencias operativas del IMSS, tanto a nivel Nacional como Delegacional, esto con objeto de valorar las propuestas hechas por el mismo Instituto y contar con datos que permitieran generar un panorama global de cada Delegación.

Estos Planes y Documentos, fueron revisados minuciosamente, e incluso algunos de ellos consultados directamente en las Delegaciones; a continuación se enumeran los planes consultados:

- ▶ Plan General Inmobiliario.- Este ejercicio fue realizado por la Coordinación de Construcción, conservación y Equipamiento (CORCCE), que estimó un déficit de 1588 consultorios y 8237 camas al 2006, después de considerar la infraestructura construida en el 2000 y 2001.
- ▶ Por otra parte, sin explicitar la metodología aplicada, la Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas, consideró que, después de poner en operación las 1696 camas del programa de obras 2000-2001, elaborado por ellos se requerirán al 2006 un total de 3749 camas

adicionales. En síntesis, el programa 2000-2006, propuesto por la Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas incluye 486 acciones de obra civil que significa tareas de arquitectura 232 de ellas (48%) corresponden a unidades de nueva creación, y 254 (52%) a acciones de ampliación y remodelación.

- ▶ Por último las obras en Proceso, durante el primer semestre del 2001, esto con objeto de no repetir acciones inmobiliarias que tal vez estuvieran en proceso. Esta información fue obtenida de las CORCCE's de cada Delegación.

En síntesis, se analizó lo que requerían, las áreas normativas (Coordinación de Obras), lo que requerían las áreas operativas, o sea los médicos; (Infraestructuras Médicas) y las obras que estaban en proceso o por iniciar trabajos, durante ese periodo.

Por último, se adiciona una columna con observaciones, éstas últimas, se pueden considerar como la primera aproximación a lo que será el resultado final del Proceso de la Planeación.

En esta columna, de acuerdo con el análisis de los 3 Planes, y el estudio de las 9 cédulas de Investigación, se pueden establecer los primeros juicios de valor, y una perspectiva más global de lo que realmente se necesita, ya sea remodelación, ampliación u obra nueva, en cada Localidad, y a su vez Unidad Médica dentro de la Delegación, como en este caso la de Coahuila.

Tabla de Confrontación de datos

Unidad		PLAN GENERAL INMOBILIARIO			PROPUESTA DEL AREA MEDICA (Del. Cochabamba)			CORCCCE (Obras en proceso) 16/Febr/01					OBSERVACIONES		
Tipo	No.	Nombre y Localidad	Tipo de obra	Nueva / Ampliación	Año	Tipo de obra	Nueva / Ampliación	Prioridad	Tipo de Unidad de Obra	Tipo	Acciones	Origen de la Petición		Proyecto	Obra
Subdelegación: Tarija															
ZONA: 0608															
H. Esp.	No. 71	Torrón							Ampliación y Remod.		Ampl. y Remod. de Cirugía, Med. Nuclear, Cardiología, Hematología		100%	91%	1a. Etapa Cirugía, Méd. Nuclear y Braquiaterapia.
Subdelegación: Tarija															
ZONA: 0601															
U.M.F.	No. 83	Masamora							U.M.F. 8 Obra NUEVA		Unidad de 1er Nivel	Delegación			Cuarta demanda. Sin terreno
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.													
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.													
H.G.S.Z.M.F.	No. 20	Francisco I. Madern.													
H.G.S.Z.M.F.	No. 29	Francisco I. Madern.													
H.G.Z.M.F.	No. 18	Torrón							U.M.F. 8 Obra NUEVA - Remodelación		Unidad de 1er Nivel	Delegación			Cuarta demanda. Sin terreno
H.G.Z.M.F.	No. 18	Torrón									Remod. Integral. Reestructuración	Delegación			
H.G.S.Z.M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.													
H.G.S.Z.M.F.	No. 29	Francisco I. Madern.													
H.G.Z.M.F.	No. 18	Torrón													
Subdelegación: Tarija															
ZONA: 0602															
U.M.F.	No. 80	Torrón							U.M.F. 8 Obra NUEVA -		Unidad de 1er Nivel	Delegación			Cuarta demanda. Sin terreno
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey							U.M.F. 2 Obra NUEVA -		Substitución de Unidad Existente	Delegación	100%	100%	En Operación.
U.M.F.	No. 66	Torrón	U.M.F. 5 Conv.	Nueva	2001	U.M.F. 5 Consultorio	Nueva	A							
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente													
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente	54 Camas	Ampliación	2001	Amp. Rem. Com. M.F. Quiróf. 8 Camas	Ampliación	AA	Ampl. y Remod.		Quiróf. y 2 CMF. 8 camas de hosp. Urg.	Delegación			
H.G.Z.M.F.	No. 18	Torrón				U.M.F. 10 Consultorio	Nueva	A							
H.G.Z.M.F.	No. 18	Torrón							Ampl. y Remod.		Tecnoquímica y Cirugía	Delegación	100%	100%	1a. Etapa Teco (Ocupa Obra 2001)
H.G.S.Z.M.F.	No. 6	Parras de la Fuente													
H.G.Z.M.F.	No. 18	Torrón													
Subdelegación: Salta															
ZONA: 0603															
U.M.F.	No. 62	Salta (Unión)	10 Consultorio	Nueva	2008	10 Consultorio	Nueva	A							
U.M.F.	No. 3	Remon Arce							U.M.F. 8 Obra NUEVA		Unidad NUEVA	Delegación	100%	100%	En Operación.
H.G.Z.M.F.	No. 2	Salta													
H.G.Z.M.F.	No. 2	Salta	58 Camas	Ampliación	2001	Amp. UCI, Trauma, Urgencias	Ampliación	AA	Ampl. y Remod.		Urgencias y Medicina Física	Delegación	100%	0%	Obras fuera de Programa 2001.
U.M.F.	No. 58	Remon Arce				H.G.Z. 144 Camas	Nueva	A	Remodelación		Ampliación Cuidados Intensivos	Delegación			
Subdelegación: Salta															
ZONA: 0604															
U.M.F.	No. 67	Hipato													
U.M.F.	No. 62	General Ciprés													
U.M.F.	No. 70	Salta	5 consultorios	Ampliación	2002	Amp Laboratorio, Farmacia	Ampliación	AA	U.M.F. 8 Obra NUEVA		Unidad de Primer nivel. NUEVA	Delegación			Para atender demanda
U.M.F.	No. 70	Salta	10 Consultorios	Nueva	2002	5 Consultorios	Nueva	A							
U.M.F.	No. 4	Arce													
U.M.F.	No. 8	Corsección, Zacaletas													
U.M.F.	No. 14	Salvadora, Zacaletas													
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacaletas													
U.M.F.	No. 15	Ternero, Zacaletas													
H.G.Z.	No. 1	Salta							Ampliación		Unidad de Atención Ambulatoria	Delegación			Para atender demanda 2a. Nivel en Salta.
									Remodelación		Adic. 1 sala de operaciones, Urgencias	Delegación			

Tabla de Confrontación de datos cont...

Unidad		Nombre y Localidad	PLAN GENERAL INMOBILIARIO			PROPUESTA DEL AREA MEDICA (Del Coahuila)			CORCOE (Obras en proceso) 16/Fabr/01				OBSERVACIONES
Tipo	No.		Tipo de obra	Nueva / Ampliación	Año	Tipo de obra	Nueva / Ampliación	Prioridad	Tipo de Unidad de Obra	Tipo	Acciones	Proyecto	
Subdelegación: Nueva Rosita. ZONA: 0906													
U.M.F.	No. 25	Melchor Múzquiz	2 Consultorios	Ampliación	2002	Ampl. Urgencias, CEYE, Cons. Esterna	Ampliación	AA					
U.M.F.	No. 28	Rancherías											
U.M.F.	No. 29	Las Esperanzas											
U.M.F.	No. 31	Bersteinán											
U.M.F.	No. 23	Sabinas	7 Consultorios	Ampliación	2002								
U.M.F.	No. 28	Agüita											
U.M.F.	No. 32	San José de Auro											
H.G.B.Z.M.F.	No. 27	Palas											
H.G.B.Z.M.F.	No. 27	Palas											
H.G.Z.M.F.	No. 24	Nuevas Rosas											
H.G.Z.M.F.	No. 24	Nuevas Rosas											

H.G.B.Z.M.F.	No. 27	Palas
H.G.Z.M.F.	No. 24	Nuevas Rosas

Subdelegación: Matamoros.
ZONA: 0906

U.M.F.	No. 64	Mondrón				U.M.F. 10 Consultorios	Nueva	A	U.M.F. 8 para NUEVA	Desmontar la Medicina Familiar H.G.Z.M.F. No. 7		100%	100%	En Operación
U.M.F.	No. 68	Mondrón							U.M.F. 8 para NUEVA	Unidad de Primer nivel	Delegación			
U.M.F.	No. 9	Villa Frontón	1 consultorio	Ampliación	2004									
U.M.F.	No. 8	Castaños							Ampl. y Remod. Ampliación	Urgencias y Gabinetes	Delegación	100%	100%	En Operación
U.M.F.	No. 10	San Buenaventura								Ampliar 5 consultorios	Delegación			
U.M.F.	No. 50	Cuatro Chiriques	3 consultorios	Ampliación	2004									
U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo												
U.M.F.	No. 74	Nadadorita												
U.M.F.	No. 65	Villa Frontón				Adic. Lab. Urgencias, E.M.	Ampliación	A						No se posee post. Chu del 95
H.G.Z.M.F.	No. 7	Mondrón							Remodelación	Remodelación lab. Gineco, Ped. Cir de maq. Lab. y Arch. Clin.	Delegación	100%	85%	Terminado So. Piso Hospitalización y Urgencias, Gineco.
H.G.Z.M.F.	No. 7	Mondrón	27 Camas	Ampliación	2004	So. Piso Laboratorio	Ampliación	AA	Remodelación	2o. Etaje (Gobierno, Sala de Oper. Urg.)	Delegación			Prioritas para terminar la etapa actual

Subdelegación: Piedras Negras.
ZONA: 0907

U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña				U.M.F. de 5 Consultorios	Nueva	A	U.M.F. 8 para NUEVA	Unidad NUEVA	Delegación	100%	100%	En Operación
U.M.F.	No. 12	Atlixco												
U.M.F.	No. 14	Zaragoza												
U.M.F.	No. 15	Villa Unión				Remodelación Integral	Ampliación	A						
U.M.F.	No. 60	Nave	1 consultorio	Ampliación	2004				U.M.F. 8 para NUEVA			100%	100%	En Operación
U.M.F.	No. 64	Morón												
U.M.F.	No. 79	Piedras Negras							Remodelación	Trazo Urgencias, Hospitalización, Unidad de Atención Ambulatoria	Delegación			Para atender demanda por asentamiento de maquiladoras
H.G.B.Z.	No. 13	Cd. Acuña				H.G.Z. 22 camas	Nueva	B						
H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras	24 Camas	Ampliación	2001	Ampl. Traumatología, 18 camas	Nueva	AA	Ampl. y Remod.	Urgencias, Hosp. y Cons. Est.	Delegación	100%	35%	En Proceso de Obra
H.G.B.Z.	No. 13	Cd. Acuña							U.M.F. 8 para NUEVA	Unidad de 1er Nivel	Delegación			Cubrir demanda. Terminó en evaluación
H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras												
U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña												

NOTA: SE TOMARON EN CUENTA COMO INDICADORES NACIONALES PARA EL CALCULO DE CAMAS Y CONSULTORIOS.

3.3.6 Metodología para la elaboración de proyecciones de crecimiento al año 2006

El objeto de un análisis de regresión es investigar la relación estadística que existe entre una variable dependiente (Y) y una o más variables independientes (X_1, X_2, X_3, \dots).

Para poder realizar esta investigación, se debe postular una relación funcional entre las variables.

Debido a su simplicidad analítica, la forma funcional que más se utiliza en la práctica es la relación lineal. Cuando solo existe una variable independiente, esto se reduce a una línea recta:

$$\hat{Y} = b_0 + b_1 X$$

donde los coeficientes b_0 y b_1 son parámetros que definen la posición e inclinación de la recta. (Nótese que hemos usado el símbolo especial)

Y para representar el valor de Y calculado por la recta. Como veremos, el valor real de Y rara vez coincide exactamente con el valor calculado, por lo que es importante hacer esta distinción.)

El parámetro b_0 , conocido como la "ordenada en el origen," nos indica cuánto es Y cuando $X = 0$. El parámetro b_1 , conocido como la "pendiente," nos indica cuánto aumenta Y por cada aumento de una unidad en X.

Nuestro problema consiste en obtener estimaciones de estos coeficientes a partir de una muestra de observaciones sobre las variables Y y X. En el análisis de regresión, estas estimaciones se obtienen por medio del método de *mínimos Cuadrados*.

Estimación de la Recta de Regresión:

Para estimar los coeficientes por medio de mínimos cuadrados, se utilizan las siguientes fórmulas:

$$b_1 = \frac{\sum XY - \bar{y} \sum x}{\sum x^2 - \bar{x} \sum x}$$

$$b_0 = \bar{y} - b_1 \bar{x}$$

Coefficiente de Determinación (R^2):

Una pregunta importante que se plantea en el análisis de regresión es la siguiente: ¿Qué porcentaje de la variación total en Y se debe a la variación en X?

En otras palabras, ¿cuál es la proporción de la variación total en Y que puede ser "explicada" por la variación en X? El estadístico que mide esta proporción o porcentaje se denomina *coeficiente de determinación*:

$$R^2 = 1 - \frac{\sum e^2}{\sum (Y - \bar{y})^2}$$

En este caso, al hacer los cálculos respectivos, se obtiene un valor de 0.958. Esto significa que la variación en la capacidad instalada explica 95.8 % de la variación.

Regresión Múltiple.

Hasta ahora hemos considerado únicamente el caso de la *regresión simple*. En el caso más general de la *regresión múltiple*, existen dos o más variables independientes:

$$\hat{Y} = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots$$

La estimación de los coeficientes de una regresión múltiple es un cálculo bastante complicado y laborioso, por lo que se requiere del empleo de programas de computación especializados.

Sin embargo, la interpretación de los coeficientes es similar al caso de la *regresión simple*: el coeficiente de cada variable independiente mide el efecto separado que esta variable tiene sobre la variable dependiente.

El coeficiente de determinación, por otro lado, mide el porcentaje de la variación total en Y que es explicado por la *variación conjunta* de las variables independientes.

Aplicación de Proyecciones a Indicadores Institucionales.

El diseño de una nueva unidad, la ampliación o remodelación de una existente, parten de indicadores obtenidos de acuerdo a la información permanente sobre la productividad del Instituto.

Actualmente los que determinan el dimensionamiento de los servicios de un hospital se han modificado, como producto de los programas de cirugía de corta estancia que ha establecido la institución; esto es: *el puerperio de bajo riesgo y la cirugía ambulatoria*.

Estos indicadores tienen las siguientes características:

- *Válidez*
- *Confiable*
- *Factible*
- *Calidad en datos básicos*
- *Utilidad*
- *Están dentro de una normatividad*

En esta tesis utilizaremos aquellos que nos representan el uso de consultorios y camas, es decir:

- *1 consultorio de medicina familiar = 4,800 dhu.*
- *1 cama censable = 1,000 dhu.*

Después se divide el número de PDHU, entre los indicadores y tendremos automáticamente el número de consultorio o camas necesarias.

Proyecciones de crecimiento al año 2006 de la Pob. DHU

No.	Clave	Unidad	Localidad	Población Derivohabiente Usaria (Histórica)						Num Datos	TAC	Proy. Tendencia Ajustada		
				1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000			2002	2004	2006
			TOTAL DELEGACIONAL	1,137,443	1,127,936	1,105,492	1,234,914	1,331,105	1,385,956		4.03%	1,475,238	1,588,466	1,701,694
		H.G.Z./M.F.	No. 18 Torreón.	18,211	37,427	31,411	28,738	27,577	20,762	6	2.71%	24,768	23,887	22,938
		H.G.S.Z./M.F.	No. 21 San Pedro de las Col.	18,102	19,749	20,502	20,268	25,424	30,575	6	10.14%	32,505	37,388	42,234
		H.G.S.Z./M.F.	No. 20 Franciso I. Madero.	21,636	23,892	26,001	31,572	35,073	40,759	6	10.14%	46,986	55,184	63,404
		U.M.F.	No. 83 Matamoros.	18,492	18,158	21,467	23,822	25,403	26,218	6	7.29%	30,222	34,119	38,009
		H.G.Z./M.F.	No. 16 Torreón.	111,011	101,080	72,257	93,823	117,545	121,801	6	1.93%	118,580	128,901	135,092
		H.G.S.Z./M.F.	No. 6 Parras de la Fuente.	20,500	19,646	18,507	19,824	19,500	20,473	6	0.03%	19,771	20,004	20,197
		U.M.F.	No. 80 Torreón.	44,215	37,593	29,912	38,364	38,205	38,089	6	-1.96%	34,408	33,454	32,411
		U.M.F.	No. 61 Laguna del Rey.	3,444	2,982	3,182	3,151	3,728	3,865	6	2.39%	3,933	4,219	4,500
		U.M.F.	No. 66 Torreón.	100,938	95,122	90,977	102,174	110,639	112,830	6	2.31%	116,790	124,651	132,378
		H.G.Z./M.F.	No. 2 Saltillo.	60,377	58,649	58,149	61,369	65,746	70,082	6	3.08%	71,545	76,431	81,238
		U.M.F.	No. 82 Saltillo. (Urdinola).	64,901	62,496	76,752	100,053	110,538	120,421	6	10.14%	145,920	172,909	199,991
		U.M.F.	No. 3 Ramos Arizpe.	20,720	20,379	27,082	22,227	25,388	10,014	6	-1.96%	15,342	12,996	10,583
		U.M.F.	No. 88 Ramos Arizpe.						18,922	1	4.09%	18,059	19,524	21,063
		U.M.F.	No. 67 Hipólito.	38	50	60	20	110	138	6	18.18%	151	189	228
		U.M.F.	No. 62 General Cepeda.	1,188	1,178	1,382	1,864	2,304	2,723	6	18.11%	3,246	3,940	4,639
		U.M.F.	No. 70 Saltillo.	45,365	44,617	48,188	53,891	58,777	60,301	6	5.92%	67,426	75,138	82,821
		U.M.F.	No. 73 Saltillo.	94,225	78,258	83,312	93,775	102,450	110,884	6	3.37%	115,253	126,269	137,203
		U.M.F.	No. 4 Arsaaga.	2,237	3,980	3,814	4,391	4,323	4,557	6	15.36%	5,563	6,375	7,189
		H.G.Z./M.F.	No. 24 Nueva Rosita.	33,622	30,426	29,281	31,746	32,355	33,701	6	0.10%	32,857	33,669	34,423
		H.G.S.Z./M.F.	No. 27 Palau.	15,263	15,949	15,936	16,158	16,103	16,724	6	1.90%	16,992	17,615	18,210
		U.M.F.	No. 25 Melchor Múzquiz.	18,358	19,315	20,899	18,966	21,335	20,853	6	2.84%	22,015	23,181	24,317
		U.M.F.	No. 28 Rancherías.	498	510	677	741	853	935	6	13.49%	1,120	1,319	1,519
		U.M.F.	No. 29 Las Esperanzas.	3,160	3,188	3,289	3,406	3,570	3,620	6	2.81%	3,817	4,059	4,295
		U.M.F.	No. 31 Barroterán.	10,441	10,644	10,327	9,694	10,810	10,146	6	-0.52%	10,103	10,107	10,090
		U.M.F.	No. 23 Sabinas.	22,047	18,577	17,854	20,305	21,614	22,947	6	0.86%	22,548	23,688	24,795
		U.M.F.	No. 26 Aguililla.	6,127	6,897	7,700	7,463	7,626	7,604	6	4.47%	8,408	9,026	9,634
		U.M.F.	No. 32 San Jose de Aurs.	1,908	1,987	1,230	1,199	1,891	1,524	6	-4.34%	1,331	1,215	1,094

Proyecciones de crecimiento al año 2006 de la Pob. DHU cont...

No.	Clave	Unidad	Localidad	Población Derechohabiente Usaria (Histórica)						Num Datos	TAC	Proy. Tendencia Ajustada		
				1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000			2002	2004	2006
	H.G.Z./M.F.	No. 7	Monclova.	126,694	133,064	79,629	70,683	69,035	72,114	6	-1.96%	64,565	58,557	53,000
	U.M.F.	No. 84	Monclova.			21,448	23,708	24,555	23,499	4	4.09%	25,079	27,111	29,250
	U.M.F.	No. 88	Monclova.				24,355	20,367	18,714	3	4.09%	19,972	21,591	23,294
	U.M.F.	No. 9	Villa Frontera.	36,415	35,462	36,730	41,801	43,552	44,925	6	4.35%	48,893	53,495	58,063
	U.M.F.	No. 8	Castaños.	15,471	16,992	20,988	22,163	24,014	24,804	6	9.96%	29,499	33,743	37,990
	U.M.F.	No. 10	San Buenaventura.	12,724	13,231	13,003	12,642	13,175	11,991	6	-1.12%	12,214	12,090	11,938
	U.M.F.	No. 50	Cuatro Ciénegas.	4,162	4,092	5,010	4,948	5,627	5,198	6	4.60%	6,069	6,685	7,299
	U.M.R.-E.M.	No. 52	Ocampo.	1,457	1,429	1,489	1,632	1,475	1,565	6	1.50%	1,608	1,670	1,731
	U.M.F.	No. 74	Nadadores.	2,976	2,664	2,344	2,352	3,905	3,078	6	0.73%	3,420	3,697	3,970
	U.M.F.	No. 85	Villa Frontera.			21,170	20,371	23,126	22,181	4	4.09%	23,671	25,591	27,609
	U.M.F.	No. 81	Cd. Acuña.	60,207	65,170	70,263	80,690	85,437	65,537	6	1.77%	83,521	89,951	96,297
	U.M.F.	No. 87	Cd. Acuña.						27,885	1	4.09%	29,760	32,173	34,710
	U.M.F.	No. 12	Allende.	12,720	13,155	14,030	11,211	12,368	15,436	6	4.00%	14,185	14,804	15,402
	U.M.F.	No. 14	Zaragoza.	6,427	4,702	4,814	5,230	5,905	5,917	6	-1.59%	5,670	5,809	5,938
	U.M.F.	No. 15	Villa Unión.	2,465	2,678	2,471	2,359	2,621	2,826	6	2.83%	2,757	2,871	2,981
	U.M.F.	No. 60	Nava.	7,056	11,601	12,538	12,410	13,741	13,124	6	10.14%	16,400	18,663	20,926
	U.M.F.	No. 64	Morelos.	10,825	3,643	3,968	4,065	4,383	4,689	6	-10.03%	3,604	2,806	2,181
	U.M.F.	No. 79	Piedras Negras.	80,820	89,306	75,449	87,292	88,932	93,005	6	2.91%	94,694	99,722	104,623

Confrontación de Indicadores Institucionales con
Proyecciones de crecimiento al año 2006 de la Pob. DHU.

Unidad		Nombre y Localidad	Pob. Usaria		Recursos Fisicos		Indicador		2000			T.A.C.	2002		Dif. o sup.	2004			Dif. o sup.	2006		Dif. o sup.	
Tipo	No.		1986	2000	camas	cons.	Operación (camas)	Cone	Demanda por ind.	Déficit	Superáv		POB. DHU	# Cons. o camas		POB. DHU	# Cons. o camas	POB. DHU		# Cons. o camas			
Subdelegación: Termón.																							
ZONA: 0500																							
H. Exp.	No. 71	Termón.																					
Subdelegación: Termón.																							
ZONA: 0501																							
U.M.F.	No. 83	Martamoros	18 492	26 218	4		5		-	1	-	7 29	30 222	8		34 119	7		38 009	8			
H.G.S.Z./M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	18 102	30 575	5		6		-	1	-	10 14	32 505	7		37 368	8		42 234	9			
H.G.S.Z./M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	18 102	30 575	23		0.50		15	-	8	11 05	37 707	19		46 503	23	0	57 350	29		8	
H.G.S.Z./M.F.	No. 20	Francisco L. Madero	21 636	40 759	6		8		-	2	-	10 14	48 986	10		55 184	11		63 404	13		7	
H.G.S.Z./M.F.	No. 20	Francisco L. Madero	21 636	40 759	29		0.50		20	-	9	13 00	52 510	26		67 648	34	6	87 152	44		18	
H.G.Z./M.F.	No. 18	Termón	18 211	20 782	6		4		-	4	-	2 71	24 768	5		23 687	5		22 938	5		1	
H.G.Z./M.F.	No. 18	Termón	36 703	46 980	108		0.75		35	-	73	5 06	54 990	41		67	58 006	44	64	69 947	46		82
SUBTOTAL																							
H.G.S.Z./M.F.	No. 21	San Pedro de las Col.	18 102	30 575			0.25		8			37 707	9		30 575	8		30 575	8				
H.G.S.Z./M.F.	No. 20	Francisco L. Madero	21 636	40 759			0.25		10			52 510	13		67 648	17		87 152	22				
H.G.Z./M.F.	No. 18	Termón	36 703	46 980			0.75		35			54 990	41		58 006	44		69 947	46				
SUBTOTAL																							
ZONA: 0502																							
U.M.F.	No. 80	Termón	14 215	38 089	10		8		-	2	-	1 96	34 408	7		33 454	7		32 411	7			
U.M.F.	No. 61	Laguna del Rey	3 444	3 665	2		1		-	1	-	2 39	3 933	1		4 219	1		4 900	1			
U.M.F.	No. 66	Termón	100 938	112 830	22		24		-	2	-	2 31	116 790	24		124 661	26		132 378	28		6	
H.G.S.Z./M.F.	No. 6	Parras de la Fuente	20 500	20 473	5		4		-	1	-	0 03	19 771	4		20 004	4		20 197	4			
H.G.S.Z./M.F.	No. 6	Parras de la Fuente	20 500	20 473	18		0.50		10	-	8	0 03	20 482	10		20 451	10	8	20 441	10		8	
H.G.Z./M.F.	No. 18	Termón	111 011	121 861	18		25		-	7	-	1 93	116 580	25		126 801	28		135 092	28		10	
H.G.Z./M.F.	No. 18	Termón	259 808	276 585	231		0.91		252	-	21	-	1 27	273 711	249		289 225	263	32	304 381	277		46
SUBTOTAL																							
H.G.S.Z./M.F.	No. 6	Parras de la Fuente	20 500	20 473			0.41		8	-	8	20 482	8	-	20 451	8	-	20 441	8	-	8		
H.G.Z./M.F.	No. 18	Termón	259 808	276 585			0.91		252	-	21	273 711	249	-	289 225	263	-	304 381	277	-	46		
SUBTOTAL																							
Subdelegación: Saltillo.																							
ZONA: 0503																							
U.M.F.	No. 82	Saltillo (Urutilla)	64 901	120 421	16		25		-	10	-	10 14	145 920	30		172 909	36		199 991	42		14	
U.M.F.	No. 3	Ramos Arizpe	20 720	10 014	4		2		-	2	-	1 96	15 342	3		12 998	3		10 583	2		3	
H.G.Z./M.F.	No. 2	Saltillo	60 377	70 082	13		15		-	2	-	3 08	71 545	15		78 431	16		81 238	17		4	
U.M.F.	No. 68	Ramos Arizpe	-	18 922	5		4		-	1	-	4 09	18 059	4		19 524	4		21 063	4			
H.G.Z./M.F.	No. 2	Saltillo	145 996	217 438	81		0.75		183	-	82	-	8 29	250 888	188		281 960	211	190	312 878	235		184
SUBTOTAL																							
Subdelegación: Saltillo.																							
ZONA: 0504																							
U.M.F.	No. 67	Hípato	36	138	1		0		-	1	-	15 18	151	0		189	0		228	0			
U.M.F.	No. 62	General Cepeda	1 188	2 723	1		1		-	0	-	18 11	3 246	1		3 940	1		4 639	1		0	
U.M.F.	No. 70	Saltillo	45 395	80 301	11		13		-	2	-	5 92	67 428	14		75 138	16		82 921	17		6	
U.M.F.	No. 73	Saltillo	94 225	110 684	18		23		-	5	-	3 37	115 253	24		126 269	26		137 203	29		11	
U.M.F.	No. 4	Atesga	2 237	4 557	1		1		-	0	-	15 38	5 563	1		6 375	1		7 189	1		0	
U.M.F.	No. 9	Concepción, Zacatecas	4 425	5 683	3		1		-	2	-	5 13	6 281	1		6 942	1		7 673	2			
U.M.F.	No. 14	Sauvresse, Zacatecas	434	502	1		0		-	1	-	2 98	632	0		764	0		898	0		1	
U.M.F.	No. 13	Nochebuena, Zacatecas	367	220	1		0		-	1	-	9 73	179	0		198	0		119	0		1	
U.M.F.	No. 15	Terminel, Zacatecas	980	1 068	1		0		-	1	-	2 11	1 134	0		1 183	0		1 233	0		1	
H.G.Z.	No. 1	Saltillo	149 259	166 006	172		0.83		154	-	18	4 51	169 786	186		220 748	183	111	241 703	201		29	
SUBTOTAL																							

Confrontación de Indicadores Institucionales con Proyecciones de crecimiento al año 2006 de la Pob. DHU . cont...

Unidad		Nombre y Localidad	Pop. Usuaría		Recursos Físicos		Indicador			T.A.C.	2002		2006		2006		2006		
Tipo	No.		1995	2000	camas	cons.	Operación (camas)	Cons	Demanda por Ind.		Dif/Cl	Superávlt	POB. DHU	# Cons. o camas	Dif. o sup	POB. DHU	# Cons. o camas	Dif. o sup	POB. DHU

Subdelegación: Nueva Rosita.
ZONA: 0505

UMF	No. 25	Melchor Múzquiz.	18 358	20 853		5				1	2.64	22 015	5	0	23 181	5	0	24 317	5	0	
UMF	No. 28	Rancharías	498	935		1				1	13.48	1 120	0	1	1 319	0	1	1 519	0	1	
UMF	No. 29	Las Esperanzas	3 160	3 620		1				1	2.81	3 817	1	0	4 059	1	0	4 295	1	0	
UMF	No. 31	Barroterán.	10 441	10 148		3				1	0.52	10 103	2	1	10 107	2	1	10 090	2	1	
UMF	No. 23	Sabinas	22 047	22 947		6				1	0.86	22 546	5	1	23 696	5	1	24 795	5	1	
UMF	No. 26	Agüita	8 127	7 604		2				2	4.47	8 408	2	0	9 026	2	0	9 634	2	0	
UMF	No. 32	San José de Aura	1 808	1 524		1				1	4.34	1 331	0	1	1 215	0	1	1 094	0	1	
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Palau.	15 263	16 724		4				3	1.80	16 992	4	0	17 615	4	0	18 210	4	0	
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Palau.	47 720	52 278		34		0.50		28	8.184	54 047	27	7	56 281	28	6	58 431	29	5	
H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita	33 622	30 426		8				8	0.10	32 857	7	1	33 669	7	1	34 423	7	1	
H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita.	63 704	62 501		82		0.75		47	-	65 142	49	33	67 596	51	31	69 946	52	30	
H.G.S.Z./M.F.	No. 27	Palau.	47 720	52 278				0.25		13	-	54 047	14		56 281	14		58 431	15		
H.G.Z./M.F.	No. 24	Nueva Rosita.	63 704	62 501				0.75		47	-	65 142	49		67 596	51		69 946	52		
SUBTOTAL											60		119,189	62	20	123,877	65	17	128,277	67	15

Subdelegación: Monclova.
ZONA: 0506

UMF	No. 84	Monclova.	21 448	23 499		5				5	4.09	25 079	5	0	27 111	8	1	29 250	8	1	
UMF	No. 86	Monclova.	21 942	18 714		5				4	4.09	19 972	4	1	21 591	4	1	23 294	5	0	
UMF	No. 9	Villa Frontera	36 415	44 925		10				9	4.35	48 893	10	0	53 495	11	2	58 063	12	2	
UMF	No. 8	Castaños	16 559	23 908		5				5	9.96	29 439	6	1	33 743	7	2	37 990	8	3	
UMF	No. 10	San Buenaventura	12 724	11 991		3				2	1.12	12 214	3	0	12 090	3	0	11 938	2	1	
UMF	No. 50	Cuatro Ciénegas.	4 162	5 196		2				1	4.60	6 069	1	1	6 665	1	1	7 269	2	0	
UMR-E.M	No. 52	Ocampo	1 457	1 566		2				2	1.50	1 608	0	2	1 670	0	2	1 731	0	2	
UMF	No. 74	Nadadores	2 978	3 078		1				1	0.73	3 420	1	0	3 697	1	0	3 970	1	0	
UMF	No. 65	Villa Frontera	21 170	22 181		5				5	4.09	23 671	5	0	25 591	5	0	27 609	6	1	
H.G.Z./M.F.	No. 7	Monclova	126 694	127 114		15				15	0	1.98	64 565	13	2	68 557	12	3	72 500	11	4
H.G.Z./M.F.	No. 7	Monclova.	265 547	227 171		227		0.91		207	-	234 990	214	13	244 230	222	8	254 144	231	4	
SUBTOTAL											111		1 111,111	113	5	1 111,111	115	11	1 111,111	117	11

Subdelegación: Piedras Negras.
ZONA: 0507

UMF	No. 81	Cd. Acuña	60 207	85 437		12				18	8	7.25	98 278	20	8	113 043	24	12	130 030	27	15
UMF	No. 87	Cd. Acuña		27 885		5				6	1	4.09	29 760	6	1	32 173	7	2	34 710	7	2
UMF	No. 12	Atlante	12 720	15 436		3				3	0	3.96	16 878	3	0	18 021	4	1	19 471	4	1
UMF	No. 14	Zaragoza	8 427	5 917		2				1	1.64	5 725	1	1	5 538	1	1	5 358	1	1	
UMF	No. 15	Villa Unión	2 465	2 826		1				1	0	2.77	2 985	1	0	3 153	1	0	3 330	1	0
UMF	No. 60	Nava	7 058	13 124		2				3	1	13.21	18 822	4	2	21 561	4	2	27 636	6	4
UMF	No. 84	Morelos	10 825	4 689		3				1	2	15.41	3 355	1	2	2 401	1	2	1 718	0	3
UMF	No. 79	Piedras Negras	80 820	93 095		17				19	2	2.85	98 379	20	3	104 063	23	5	110 076	23	6
H.G.S.Z.	No. 13	Cd. Acuña.	60 207	113 322		40		0.50		57	-	13 48	145 942	73	33	187 952	94	64	242 055	121	81
H.G.Z.	No. 11	Piedras Negras.	120 313	134 997		99		0.75		101	-	2.33	143 943	108	8	154 737	116	17	167 589	126	27
SUBTOTAL											5		1 111,111	5		1 111,111	5		1 111,111	5	

3.4 Planteamiento de acciones a realizar

Después de Analizar en gabinete la información resultante de cada unidad, la confrontación de datos con parámetros institucionales, y la elaboración de proyecciones censales e históricas, se realizó un diagnóstico sobre la situación actual de cada Delegación, de acuerdo a su Infraestructura Médica de Atención a la Salud, conforme a Indicadores Institucionales, detectando déficits y superávits en la operación de servicios, así como las necesidades y otras problemáticas existentes.

Se llevó a cabo el planteamiento de acciones a realizar para cubrir el déficit, o bien lograr el balanceo u optimización de los recursos excedentes, de acuerdo a las necesidades y problemáticas detectadas en el diagnóstico, por lo que hace a obras nuevas, ampliaciones, remodelaciones, sustituciones, equipamiento etc.

En este planteamiento se hace énfasis en dos planes elaborados por el IMSS, que son: El Plan General Inmobiliario, y la Propuesta del Área Médica.

Esto último con objeto, de confrontarlos con la Propuesta hecha a través de esta metodología, ya que de esta manera también la sustenta al comparar, las propuestas hechas por planes derivados y las propuestas elaboradas en este estudio.

Cabe mencionar que en los planes derivados no se especifican acciones inmobiliarias necesarias en algunas Unidades que después del análisis resaltan por encima de las demás, como son Obras nuevas, o ampliaciones.

Y por el contrario, existen acciones consideradas innecesarias en localidades con excedentes de servicios médicos, como es

el caso de la zona médica 0505 de Nueva Rosita, en donde se proponían Unidades nuevas, y de acuerdo a los análisis de proyecciones de PDHU, la situación económica de la región, y las aportaciones por parte de la Delegación, no se justificaba ninguna acción antes mencionada.

Por último se considera el tipo de prioridad de cada obra, de acuerdo a las necesidades a corto, mediano y largo plazo.

De esta manera, se puede calendarizar un programa de inversión estableciendo tiempos previos para la solicitud, autorización y ejecución de presupuesto, para las ejecuciones de las acciones a realizar.

Planteamiento de acciones a realizar (tabla)

UNIDAD	LOCALIDAD	PLAN GENERAL HMOBILIARIO		COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN E INFRAESTRUCTURA MÉDICA		PLAN MAESTRO DELEGACIONAL			OBSERVACIONES		
		P	ACCIONES A REALIZAR	P	ACCIONES A REALIZAR	TIPO DE OBRA	CAPACIDAD CAMAS	CONCL.			
TORREÓN 0500											
H. Esp. No. 71	Torreón		No Especifica.		No Especifica.	REMODELACIÓN			A	Instalación de Bomba de Cobalto y Unidad de Hemodinamia.	Obras suspendidas por falta de presupuesto.
TORREÓN 0501											
H.G.Z./M.F. No. 18	Torreón		No Especifica.		No Especifica.				B	Sus titución de equipo propio del inmueble.	Deficiente funcionalidad de los equipos.
H.G.S.Z./M.F. No. 20	Francisco I. Madero.		No Especifica.		No Especifica.	AMPLIACIÓN.			A	Amp. de Sala de Espera, Cons. Ext. y Urgencias.	Por insuficiencia de espacios. Existe reserva técnica.
U.M.F.	Sn. Pedro de las Cñ		No Especifica.		No Especifica.	OBRA NUEVA.	5 cons.		C	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2008. Constituir reserva territorial.
U.M.F.	Francisco I. Madero		No Especifica.		No Especifica.	OBRA NUEVA.	5 cons.		B	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2004. Constituir reserva territorial.
TORREÓN 0502											
H.G.Z./M.F. No. 18	Torreón		No Especifica.		No Especifica.				C	Utilización de camas en reserva.	Cubrir déficit de camas al 2006.
H.G.S.Z./M.F. No. 6	Parras de la Fuente.	A	Ampliación de 34 camas.	A	Amp. Rem. Cons. M. F. Quiróf. 8 Camas.	AMPLIACIÓN			A	2 CMF, 1 Quirófano, 9 Camas, Urgencias y Tococriugía.	Existe reserva técnica.
U.M.F.	Torreón.	A	U.M.F. 5 Consultorios. NUEVA.	A	U.M.F. 5 Consultorios. NUEVA.	OBRA NUEVA	5 cons.		A	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2002. Constituir reserva territorial.
U.M.F.	Torreón.		No Especifica.	A	U.M.F. 10 Consultorios. NUEVA.	OBRA NUEVA	10 cons.		B	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2004. Constituir reserva territorial.
SALTILLO 0503											
H.G.Z./M.F. No. 2	Saltillo	A	Ampliación de 58 camas.	A	Amp. UCI, Trauma, Urgencias.	AMPLIACIÓN	10 cons.		A	Urgencias, (U.C.I. Traumatología, Sala Rx), 10 CMF, Unidad de Medicina Ambulatoria.	Cubrir déficit de consultorios al 2004. Existe reserva técnica.
U.M.F.	Saltillo.	B	U.M.F. 10 Consultorios. NUEVA.	A	U.M.F. 10 Consultorios. NUEVA.	OBRA NUEVA	10 cons.		A	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2002. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional.
U.M.F.	Saltillo.		No Especifica.		No Especifica.	OBRA NUEVA	5 cons.		B	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2004. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional.
U.M.F.	Saltillo.		No Especifica.		No Especifica.	OBRA NUEVA	5 cons.		B	Unidad de primer nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2006. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional.
SALTILLO 0504											
H.G.Z. No. 1	Saltillo		No Especifica.		No Especifica.	AMPLIACIÓN	25 camas		A	Ampliación de camas.	Desimpactar 20. Nivel en Saltillo.
U.M.F. No. 70	Saltillo	B	Ampliación de 5 consultorios.	A	Amp. Laboratorio, Farmacia.	AMPLIACIÓN	5 cons.		A	Lab, Farmacia, Sala de Espera y 5 CMF	Cubrir déficit de consultorios al 2002. Existe reserva técnica.
U.M.F.	Saltillo	C	U.M.F. 10 Consultorios. NUEVA.	A	U.M.F. 5 Consultorios. NUEVA.	OBRA NUEVA	10 cons.		C	Unidad de primer nivel Nueva.	Desimpactar la MF de de los HGZ. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional.
H.G.Z. con G.O.P.	Saltillo		No Especifica.		No Especifica.	OBRA NUEVA	144 camas.		A	Hospital General de Zona	Cubrir déficit de camas al 2002. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional.
NUEVA ROSITA 0505											
U.M.F. No. 25	Melchor Múzquiz.	B	Ampliación de 2 consultorios.	A	Amp. Urgencias, CEYE, Cons. Externa.	AMPLIACIÓN			A	Urgencias, CEYE y Cons. Externa, Sustitución de equipo.	Por insuficiencia y deficiente funcionalidad de los espacios.

Planteamiento de acciones a realizar (tabla) cont...

UNIDAD	LOCALIDAD	PLAN GENERAL BIBLIARIO		COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN E INFRAESTRUCTURA MÉDICA		PLAN MAESTRO DELEGACIONAL				OBSERVACIONES	
		P	ACCIONES A REALIZAR	P	ACCIONES A REALIZAR	TIPO DE OBRA	CAPACIDAD CAMAS CONE.		P		ACCIONES A REALIZAR
H.G.Z./M.F. No. 7	Cd. Acuila	B	Ampliación de 27 camas.	A	Ampliación 50. Piso y Laboratorio	AMPLIACIÓN			B	Ampliación 50. Piso y Laboratorio	Por insuficiencia de espacios.
PIEDRAS NEGRAS 0517											
H.G.Z. No. 11	Piedras Negras	A	Ampliación de 24 camas.	A	Amp. Toccoyugla, 16 camas.	AMPLIACIÓN	16 camas.		A	Amp. Toccoyugla, 16 camas, Marito. Int. y sustitución de equipo, Urgencias.	Por Insuficiencia de espacios. Existe reserva técnica.
H.G.S. No. 13	Cd. Acuila		No Especifica.		No Especifica.	AMPLIACIÓN	3 cons.		C	Ampliación de CMF.	Ampliar 3 cons. cuando se haya sacado las especialidades al hospital de zona nuevo, al 2008
U.M.F. No. 15	Villa Unión		No Especifica.	A	Remodelación Integral del inmueble	REMODELACIÓN			A	Remodelación Integral del inmueble.	El inmueble se encuentra en mal estado físico
U.M.F. No. 60	Nava.	B	Ampliación de 1 CMF.		No Especifica.	AMPLIACIÓN	1 cons.		C	Ampliación de CMF.	Ampliación por crecimiento poblacional.
U.M.F.	Cd. Acuila.		No Especifica.		U.M.F. 5 + 2 Consultorios. NUEVA.	OBRA NUEVA	5 + 2 cons.		A	Unidad de Primer Nivel Nueva.	Cubrir déficit de consultorios al 2002. Constituir reserva técnica, en zonas de crec. Poblacional.
H.G.Z.	Cd. Acuila		No Especifica.	B	H.G.Z. 72 camas.	OBRA NUEVA	72 camas.		A	Hospital General de Zona Nuevo	Cubrir déficit de camas al 2002. Constituir reserva técnica, en zonas de crec. Poblacional.

(P) PRIORIDADES

- AA INMEDIATA
- A CORTO PLAZO 2002
- B MEDIANO PLAZO 2004
- C LARGO PLAZO 2006

3.5 Conclusiones

La atención médica en México, a partir de este siglo ha registrado cambios considerables, cuyo origen es la aplicación de políticas destinadas a lograr su universalidad; es decir que toda la población tenga derecho a la vida, a la salud y al bienestar social, adquiriendo con ello validez la idea de que la salud Integral no debe ser potestad de una sola clase, sino patrimonio de toda la nación; representando la suma de esfuerzos que se emplean para la atención de la salud individual y colectiva convirtiéndose, por lo tanto, en asunto público y privado de responsabilidad mancomunada, que lleva implícita la intervención del estado, el cual para consolidar sus fundamentos originales y en congruencia con ellos, el Gobierno de la República ha marcado, como objetivo prioritario en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, impulsar el desarrollo nacional profundizando en la justicia social y elevando los niveles de bienestar de los mexicanos.

Dentro de los compromisos de la reforma del Sistema Nacional de Salud destaca el mejorar la calidad de los servicios médicos mediante la reestructuración de las Instituciones y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.

Es así como cobra relevancia un estudio de esta naturaleza, enfocado a establecer criterios generales que permitan hacer más eficientes los servicios de salud del IMSS. Con lo anterior se pretende realizar un cambio en la concepción de los servicios de salud y los mecanismos para acceder a ellos en función de las características económicas y geográficas de la población.

La contribución del IMSS a la salud de los mexicanos es sumamente importante. Como lo reflejan las cifras de atención

ofrecidas diariamente, expuestas en esta tesis.

En un día típico del IMSS, 367,930 personas reciben consulta; se llevan a cabo 25,670 estudios de radiodiagnóstico; se registran 5,322 egresos hospitalarios; se realizan 3,452 intervenciones quirúrgicas; y más aún, en promedio nacen en las instalaciones institucionales 86 niños cada hora. Por lo anterior los importantes logros en materia de salud pública de la institución se ven reflejados en comportamiento de diversos indicadores en nuestro país.

Es así como la Planeación Estratégica aplicada a Instituciones tan nobles como es el IMSS, resulta de vital importancia para su funcionamiento a corto mediano y largo plazo.

Al reconocer el impacto que implica la Planeación, en la operatividad del Instituto, no solamente se está de acuerdo con los principios establecidos en el PND 2001-2006, sino que permite partir de una premisa de reconocimiento a estas acciones y empezar a construir nuevos modelos de atención, como es la Unidad Médica de Atención Ambulatoria.



4. El miss como marco de
referencia general

4.1. Información Nacional

4.1.1 Generalidades

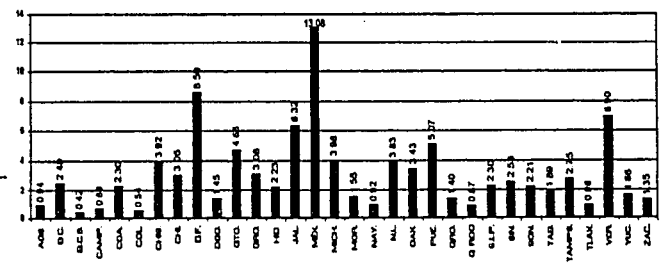
De acuerdo al registro de información estadística del INEGI, se tiene que a partir de los últimos cinco años, la población nacional muestra una fuerte tendencia a concentrarse en poco más de 252 municipios, los cuales pese a representar sólo el 10% de estas unidades político administrativas, agrupa a tres cuartas partes de los casi 98 millones de mexicanos. De ahí, que el llamado fenómeno de la urbanización sea un hecho no sólo consolidado, sino que por sus propias características ha generado graves desequilibrios e inequidades por lo que se refiere a la dotación de la infraestructura y servicios necesarios para atender las demandas de la sociedad en su conjunto.

Asociado a lo anterior, la estructura económica del país refleja hoy el cambio de una economía de producción primaria, basada en actividades agropecuarias y mineras, hacia una estructura económica alimentada por las manufacturas y los servicios y plenamente identificada en ciertos núcleos urbanos; por lo que si bien las ciudades se han convertido en el espacio donde se concentra la mayor fuerza económica que impulsa el desarrollo e incrementa la riqueza nacional, no debe soslayarse que es también en ellas, donde se registra la mayor demanda de satisfactores, sin que necesariamente exista la disponibilidad de recursos suficientes que garanticen su otorgamiento.

Por otra parte, resulta conveniente mencionar el impacto de la transición epidemiológica y demográfica que en las últimas décadas ha transformado el perfil de población mexicana. Asimismo, la esperanza de vida al nacer actualmente se ha incrementado de manera notable, gracias a los avances en la ciencia, la medicina y la mayor cobertura de servicios de salud; entre otros; sin embargo, como una consecuencia directa de la mayor longevidad, es que los padecimientos crónicos degenerativos, han provocando nuevas y mayores presiones económicas y sociales tanto para los gobiernos como para quienes sufren de tales enfermedades.



Regionalización de Servicios Médicos
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



Población Censal por Entidad Federativa
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

marca de referencia

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CO

tesis profesional UNAM

4.1.2 Análisis de Población

En lo referente al Sistema Nacional de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene una cobertura de 30 millones 868,000 derechohabientes usuarios, lo que representa el 31.7% de la población total del país; el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, atiende a 7 millones 722,000 derechohabientes usuarios, mientras que otros organismos atienden a 27 millones 511,000 usuarios, lo que representa el 7.9% y el 7% respectivamente del gran total. Por su parte, la Secretaría de Salud ofrece potencialmente sus servicios a una población usuaria de 27'511,000, o sea el 28.6% del total de los habitantes del país.

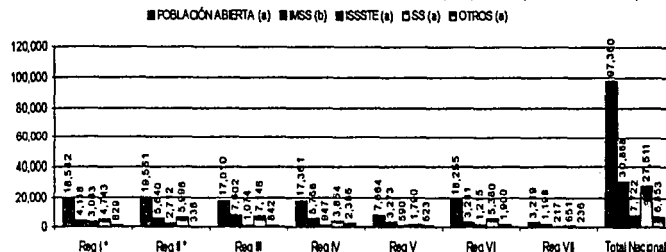
Como se mencionó anteriormente, el IMSS atiende una población usuaria de 30 millones 868,000 mientras que la población adscrita es de 15 millones 959,000 personas, y la población derechohabiente es de 40 millones 807,000 derechohabientes, esto representa el 41.9% de la población nacional.

De acuerdo a las proyecciones estimadas, las tendencias de crecimiento de la población usuaria del IMSS, se espera que:

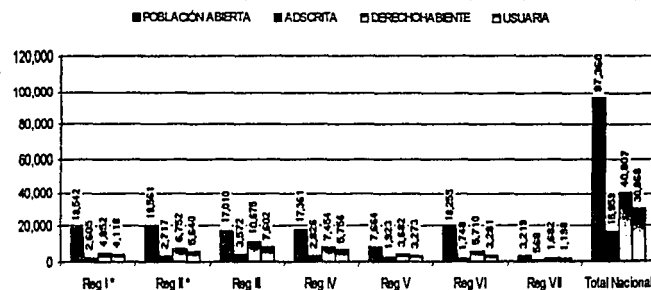
Para el año 2002, dicha población sea de 32 millones 939,919;

Para el año 2004, dicha población será de 35 millones 565,517 usuarios; y

Para el año 2006 será de 38 millones, 280,536, lo que implicará que en ese período de seis años, la población se incrementará en 7 millones 413,023 derechohabientes usuarios.



Población Atendida por el Sector Salud 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

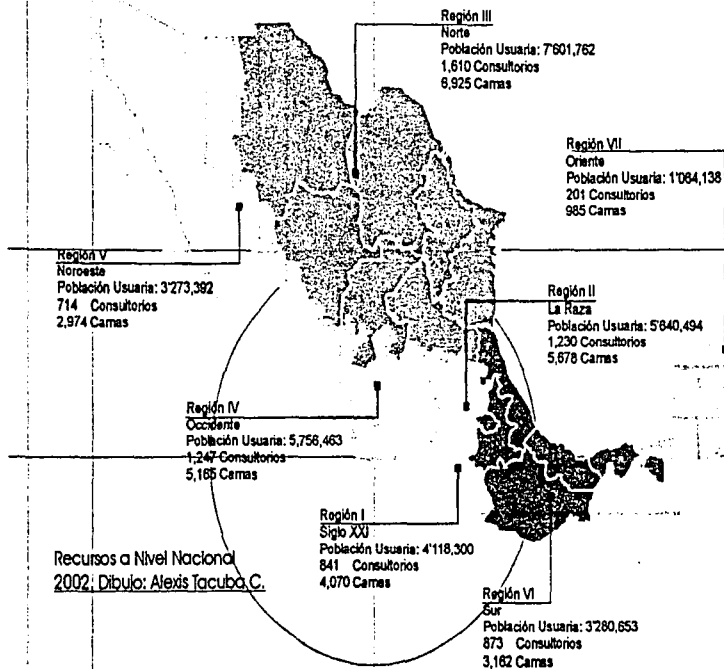


Población Atendida por el IMSS 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

AÑO	Reg I	Reg II	Reg III	Reg IV	Reg V	Reg VI	Reg VII	Total
2000	4,118,300	5,640,494	7,601,762	5,756,483	3,273,392	3,280,653	1,196,448	30,867,513
2002	4,418,051	5,894,992	8,054,622	6,109,805	3,577,767	3,523,643	1,363,039	32,939,919
2004	4,834,733	6,340,610	8,582,736	6,565,393	3,930,770	3,776,110	1,535,165	35,565,517
2006	5,256,062	6,786,303	9,111,146	7,062,910	4,328,238	4,028,562	1,707,297	38,280,536

Población Derechohabiente Usuaria con Proyección 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

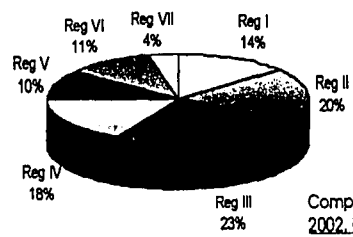
4.1.3 Comparativa Nacional de Regiones



	REG I	REG II	REG III	REG IV	REG V	REG VI	REG VII	Nacional
Primer Nivel								
U.M.F.	111	110	238	184	109	185	34	982
U.M.F.H.	4	3	16	21	25	21	8	98
SUBTOTAL PRIMER NIVEL: 115 113 256 215 134 216 42 1080								
Segundo Nivel								
H.G.S.		1	2	3	2	4		12
H.G.S.M.F.	5	2	11	14	13	8	4	58
H.G.Z.	8	8	15	8	9	7	1	53
H.G.Z.M.F.	8	7	18	14	8	9	3	81
H.G.R.	3	4	2	4	3	2	1	19
H.G.R.M.F.	1							1
H.G.O.		2	1	1				4
H.G.O.M.F.		2			1			3
H.G.P.	1	1			1		1	3
H.Pn.	1	1						2
SUBTOTAL SEGUNDO NIVEL: 34 29 47 44 32 31 19 218								
Tercer Nivel								
C.M.N.	1	1	2	2	1	1	1	10
M.Ea.	1	1	2	2	2	2	1	11
H.G.Ea.	1	1	2	1				2
H.E.Ped.	1							1
H.Ea.O.P.	1		1	1	1	1	1	4
H.E.Gin-Ob.	1	1	1	1				4
H.E.Mac.	1	1						1
H.E.Cardi.	1	1						2
H.E.Onc.	1							1
H.E.Oncob.		1						1
H.E.T.O.	1	1	1			1		3
H.E.Psiqu.	1		1	1				3
H.E.Traul.	1	1						2
SUBTOTAL TERCER NIVEL: 7 7 8 8 3 4 2 35								

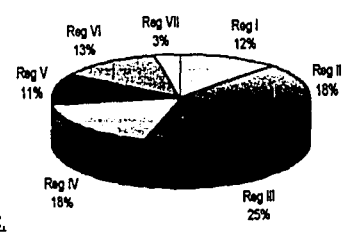
TOTAL DE UNIDADES: 1341

Infraestructura Médica Inmobiliaria 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



Comparativa de Camas 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

TOTAL DE CAMAS: 28,992



Comparativa de Consultorios 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

TOTAL DE CONSULTORIOS: 6,748

4.1.4 Recursos Físicos Actuales

	Reg I	Reg II	Reg III	Reg IV	Reg V	Reg VI	Reg VII	TOTAL NACIONAL
CONSULTA EXTERNA								
CONSULTORIOS MEDICINA FAMILIAR	841	1,230	1,610	1,247	714	873	233	6,748
CONSULTORIOS ESPECIALIDADES	629	627	823	636	416	453	150	3,734
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO								
PEINES DE LABORATORIO	338	500	480	284	169	215	80	2,066
RADIODIAGNÓSTICO	145	186	217	103	94	108	35	888
AUXILIARES DE TRATAMIENTO								
SALAS DE CIRUGIA	144	157	199	169	111	119	30	929
SALAS DE EXPULSIÓN	58	49	99	92	77	67	20	462
URGENCIAS								
CONSULTORIOS URGENCIAS	144	187	224	219	85	77	50	986
HOSPITALIZACIÓN								
CAMAS CENSABLES 2o NIVEL DE ATENCIÓN	3,118	3,412	5,434	3,760	2,629	2,253	347	20,953
CAMAS CENSABLES 3er NIVEL DE ATENCIÓN	952	2,266	1,491	1,405	345	909	362	7,730

Tabla de Recursos Físicos Actuales
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

4.1.5 Diagnóstico

REGION	2001		2002		2004		2006	
	déficit	superávit	déficit	superávit	déficit	superávit	déficit	superávit
I - SIGLO XXI	54	858	48	539	44	430	35	358
	-79	-859	-130	-620	-203	-1,132	-280	-1,325
II - LA RAZA	119	1,307	105	1,258	93	1,124	85	1,070
	-92	-1,018	-121	-1,136	-210	-1,583	-287	-1,830
III - NORTE	201	636	131	570	124	458	136	358
	-222	-1,421	-255	-1,692	-259	-2,092	-325	-2,438
IV - OCCIDENTE	150	885	148	790	148	685	142	589
	-172	-825	-234	-1,040	-297	-1,277	-383	-1,514
V - NOROESTE	97	577	107	512	102	430	76	294
	-88	-220	-151	-355	-220	-557	-276	-747
VI - SUR	139	485	128	477	114	498	103	458
	-37	-649	-51	-841	-86	-1,037	-81	-1,233
VII - ORIENTE	9	79	9	126	8	179	3	161
	-50	-272	-63	-320	-90	-417	-113	-518
TOTAL	788	4830	875	4342	831	3782	579	3284
INSTITUCIONAL	-728	-5014	-1025	-4298	-1472	-8035	-1808	-8728

Déficit - Superávit de Servicios
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

REGION	I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
PREDIOS	3	14	68	39	36	20	3	183
SUPERFICIE (M2)	62,089	68,817	294,727	283,501	183,040	143,021	27,586	1,022,881

Reservas Territoriales Institucionales
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

El IMSS contó al año 2000 con una infraestructura médica inmobiliaria de 1,341 unidades: 1,090 de primer nivel de atención; 216 de segundo nivel y 35 de tercer nivel, conformándose 10 Centro Médicos Nacionales. Dicha infraestructura se distribuye en una superficie de terreno de 7 millones 85 mil 658 metros cuadrados, contando con 2 millones 255 mil 435 metros cuadrados construidos. Del total de las unidades médicas en operación mil 344 son propiedad del Instituto, mientras que 186 unidades son rentadas, o bien presentan otro tipo de tenencia.

La capacidad instalada se integró por 6 mil 748 consultorios de medicina familiar y 28,992 camas censables de segundo y tercer nivel de atención médica, recursos que cabe mencionar resultan insuficientes para cubrir la demanda actual de 38 millones 867 mil derechohabientes usuarios.

De las cifras anteriores es posible obtener un índice de 4,386 derechohabientes usuarios por consultorio de medicina familiar y 1,0108 camas por 1,000 derechohabientes usuarios, lo que refleja la existencia de manera generalizada de un superávit de los recursos con que cuenta el Instituto. Sin embargo, dichos datos en realidad muestran un marcado desbalance entre la oferta y demanda de servicios, principalmente por lo que hace a las unidades de primer nivel de atención, observando excedentes en la oferta que registran las localidades eminentemente rurales, aparejada de una saturación de los servicios en los grandes centros de población.

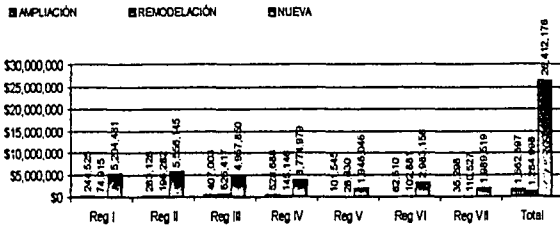
De acuerdo a las tendencias de crecimiento, así como a las proyecciones e indicadores, tanto de operación como de dimensionamiento; se requerirá adicionalmente de la construcción de 1,035; 1,472 y 1,905 consultorios de medicina familiar para el 2002, 2004 y 2006 respectivamente. En cuanto a camas de segundo y tercer nivel de atención se requerirán de 6,295; 8,035 y 9,725 para los mismos años.

Por último, resulta conveniente mencionar que para llevar a cabo las acciones mencionadas, el Instituto cuenta con una reserva territorial de 183 predios que suman una superficie de 1 millón 22 mil 881 metros cuadrados.

4.1.6 Estrategias y Líneas de Acción

	AMPLIACIÓN		REMODELACIÓN		OBRAS NUEVAS		TOTAL NACIONAL	
	NUMERO	MONTO	NUMERO	MONTO	NUMERO	MONTO	NUMERO	MONTO
L. SIGLO XXI							91	\$5,523,921
Centro Médico Nacional	1	\$38,737	4	\$17,332	0	\$0		
Hospitales	6	\$62,281	8	\$44,000	8	\$3,338,731		
Unidad de Medicina Ambulatoria	0	\$0	0	\$0	0	\$0		
Unidades de Medicina Familiar	13	\$95,487	7	\$13,487	42	\$1,895,750		
X. LA RAZA							117	\$8,030,543
Centro Médico Nacional	0	\$0	3	\$18,943	1	\$16,579		
Hospitales	10	\$27,804	12	\$148,633	8	\$2,419,182		
Unidad de Medicina Ambulatoria	0	\$0	0	\$0	3	\$182,348		
Unidades de Medicina Familiar	25	\$40,319	6	\$32,660	48	\$1,838,055		
EL NORTE							173	\$5,961,270
Hospitales	30	\$295,510	15	\$423,426	8	\$2,168,094		
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	\$13,241	0	\$0	8	\$308,884		
Unidades de Medicina Familiar	37	\$128,252	8	\$103,008	64	\$2,373,102		
IV. OCCIDENTE							131	\$4,448,813
Hospitales	17	\$277,440	3	\$60,513	6	\$1,508,500		
Unidad de Medicina Ambulatoria	3	\$212,402	0	\$0	0	\$0		
Unidades de Medicina Familiar	35	\$38,840	8	\$48,033	50	\$2,298,478		
V. NO NOROESTE							70	\$2,078,421
Hospitales	13	\$28,221	4	\$28,830	1	\$452,766		
Unidad de Medicina Ambulatoria					2	\$81,488		
Unidades de Medicina Familiar	10	\$13,224	0	\$0	40	\$1,491,753		
VI. SUR							97	\$3,148,547
Hospitales	4	\$14,180	8	\$91,728	8	\$1,480,814		
Unidad de Medicina Ambulatoria	0	\$0	0	\$0	0	\$0		
Unidades de Medicina Familiar	24	\$48,320	7	\$11,143	48	\$1,607,343		
VI. ORIENTE							43	\$2,130,344
Centro Médico Nacional	1	\$12,056	1	\$1,404	0	\$0		
Hospitales	4	\$8,736	3	\$91,236	5	\$1,542,952		
Unidad de Medicina Ambulatoria	0	\$0	0	\$0	2	\$68,152		
Unidades de Medicina Familiar	10	\$18,413	7	\$15,977	10	\$358,717		
TOTAL NACIONAL								
Centro Médico Nacional	2	\$28,813	8	\$35,686	1	\$16,579	11	\$121,081
Hospitales	88	\$995,187	53	\$1,021,436	44	\$13,937,716	185	\$18,954,333
Unidad de Medicina Ambulatoria	4	\$22,643	0	\$0	18	\$748,682	25	\$774,328
Unidades de Medicina Familiar	154	\$384,961	43	\$225,944	311	\$11,709,198	508	\$12,320,103

Propuesta de Acciones a Realizar 2002, Dibujo: Alexis Tacuba C.



Comparativa de Costos por Región 2002, Dibujo: Alexis Tacuba C.



Ante el requerimiento permanente del Instituto Mexicano del Seguro Social, por contar con mejores espacios donde proporcionar los servicios de salud necesarios para su población derechohabiente, se hace indispensable establecer modernos conceptos de proyecto que permitan adecuar los espacios a las siempre cambiantes necesidades del Instituto. En esta labor es fundamental integrar la participación de las diferentes áreas involucradas en la planeación y desarrollo de los proyectos, de la Dirección de Servicios Médicos y de la Dirección de Finanzas, de las Direcciones encargadas de las funciones sociales y administrativas, así como de las áreas operativas que se integran en el desempeño de esas funciones. De esta manera, se pretende que la División de Planeación sea el detonador en esta búsqueda de una mejor arquitectura; para ello es necesario iniciar los estudios que permitan llevar a cabo estas propuestas y establecer una estructura de actualización e investigación que posibilite la integración de todas las áreas involucradas.

Adicionalmente, cabe mencionar que será necesario contar con nuevos criterios constructivos para un adecuado desarrollo inmobiliario del IMSS; entre ellos podemos señalar los siguientes:

- A. Integrar y actualizar las nuevas Normas Técnicas de las diferentes Divisiones que configuran la Coordinación de Construcción, Conservación y Equipamiento del IMSS, hasta obtener las Normas Técnicas de la CCCyE; que entre ellas se planteen las mismas especificaciones y soluciones, para evitar que mientras una norma es renovada en una División, su contraparte no lo está. Para ello es indispensable su realización conjunta y concertada entre todas las áreas.
- B. Definir, entre todas las áreas de la Coordinación, los tiempos y la forma de llevar a cabo los catálogos de obra, para evitar que la División de Proyectos aparezca como la responsable de atrasos y malas especificaciones.
- C. Establecer procedimientos para que los nuevos proyectos cumplan con los requerimientos institucionales de economía operativa, funcionalidad, confort, flexibilidad y racionalidad, que permita satisfacer plenamente las necesidades institucionales; para lograr los objetivos señalados anteriormente, esta concepción dinámica se debe reflejar tanto en la aplicación de los materiales, como en la de los sistemas constructivos aplicados.

4.2 Información Regional, (R-III Norte)

4.2.1 Generalidades

Integrada por las delegaciones de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas, esta región es la más grande de la República Mexicana; por su ubicación geográfica colindante con los Estados Unidos de América, concentra la mayor cantidad de industrias maquiladoras, de ahí que el número de sus asegurados permanentes y beneficiarios, sea uno de los más altos que se registra en todo el país.

En el caso de Coahuila, su vocación productiva se divide por regiones: en el área de la Laguna, se ubican las principales empresas textiles y agropecuarias; en la Región Sureste, con cabecera en Saltillo, encuentra aserento la industria automotriz y toda su cadena productiva, además de importantes factorías metalúrgicas, textiles y papireras; en la región Centro, se ubica una de las compañías siderúrgicas más importantes del país.

En Chihuahua, las principales actividades económicas que reportan ingresos a la entidad son la agricultura, la cual tiene entre sus principales cultivos el de alfalfa, maíz, maíz forrajero, y chile; la minería, en la que destaca la extracción de plata, plomo, cobre y zinc; pesca, en particular la captura de especies como la carpa, mojarra tilapia, bagre, lobina negra y charal; ganadería, en esta rama se registran importantes volúmenes de producción de ganado bovino, porcino, ovino, caprino, equino, aves y abejas.

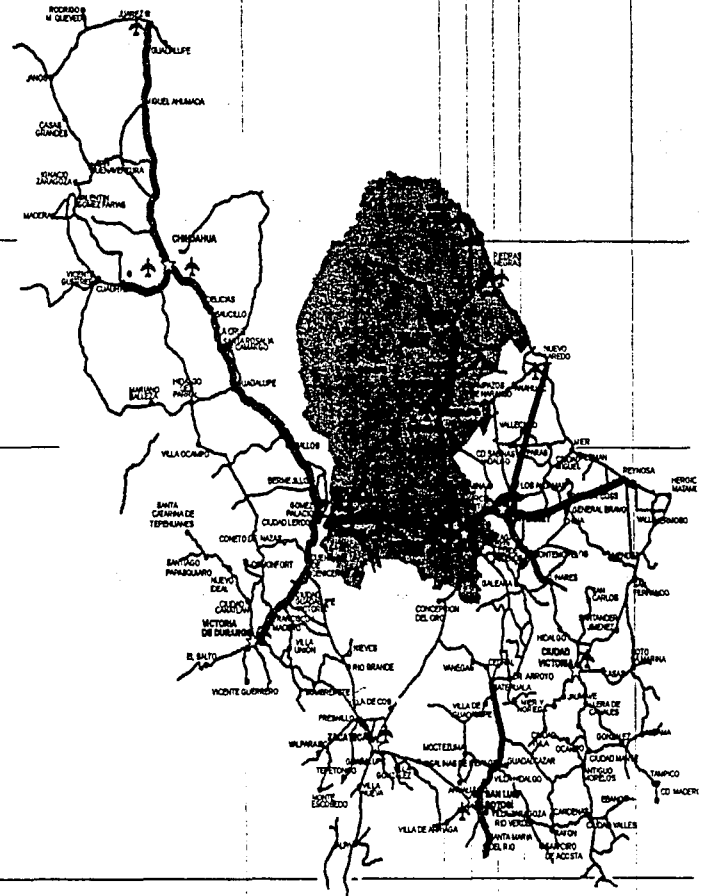
En Durango, destaca la producción de manufacturas, en especial en la rama alimenticia, textiles, bebidas, confección de prendas de cuero, industria maderera y del papel, entre otras. Asimismo, es considerable su industria minera, agrícola, así como la ganadería.

El estado de Nuevo León, económicamente destaca en la producción de bienes manufacturados, en especial productos alimenticios y bebidas, sustancias químicas, productos minerales, maquinaria y equipo. La agricultura, así como la ganadería son otros de sus principales fuentes generadoras de recursos, sin olvidar el potencial de su industria turística, la cual ofrece en promedio 8,000 cuartos de hotel para visitantes nacionales y extranjeros.

Con relación a San Luis Potosí, las principales actividades económicas son la agricultura, ésta a pesar de ser la actividad más importante, se desenvuelve difícilmente por las limitaciones naturales y la insuficiencia de obras de riego y el bajo grado de mecanización; la ganadería, se desarrolla fundamentalmente en las zonas áridas y semiáridas como el altiplano y la parte central del Estado; la explotación forestal, dedicada principalmente a la extracción de enca, caoba, cedra, pino, mezquite y otras maderas tropicales, resinas y el látex de lechugilla; minería, sobresale con la producción de fluorita, plata y oro.

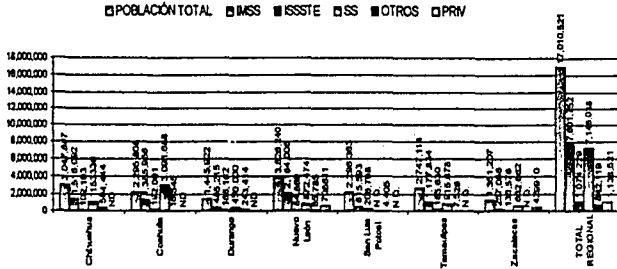
Con respecto a Tamaulipas, cuenta con mano de obra joven calificada y una de las ofertas más importantes de suelo industrial; ocupa el primer lugar nacional en superficie de parques industriales; tiene una planta productiva desarrollada sobre la base de la refinación de petróleo. Existen 636 empresas exportadoras y una presencia fuerte de empresas competitivas de alto nivel mundial.

Finalmente, por lo que hace a Zacatecas puede mencionarse que las dos terceras partes de la población viven en la zona suroeste donde existe un gran desarrollo industrial. La minería es parte fundamental de la estructura económica del estado, la cual se enfoca en la producción de plata como principal producto.

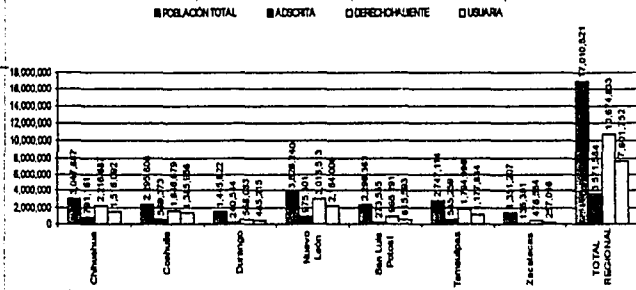


Región R3 Norte
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

4.2.2 Análisis de Población



Población Atendida del Sector Salud 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



Población IMSS 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

AÑO	Coahuila	Coahuila	Durango	Nuevo León	San Luis Potosí	Tamaulipas	Zacatecas	TOTAL REGIONAL
2000	1 516 022	1 383 056	485 313	2 184 009	815 563	1 177 834	257 098	7 801 795
2002	1 667 871	1 475 241	541 013	2 207 922	850 852	1 251 267	398 160	8 054 827
2004	1 828 775	1 568 453	594 375	2 252 750	881 848	1 322 101	517 809	8 382 720
2006	1 953 828	1 701 864	647 708	2 288 448	922 005	1 371 258	558 138	8 111 142

Población Derechohabiente Usaria con Proyección 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

En cuanto a la población total de la región Norte, se calcula que ésta agrupa actualmente a 17 millones 10 mil 521 habitantes, de los cuales corresponden a Coahuila 2' 295, 808; Chihuahua 3' 047, 867; Durango 1' 445, 922; Nuevo León 3' 826, 240; San Luis Potosí 2' 296, 363; Tamaulipas 2' 747, 114; Zacatecas 1' 351, 207. Por otra parte, los servicios de salud orientados a atender los requerimientos de la población por cada una de las Instituciones involucradas presentan las siguientes cifras de cobertura: el Instituto Mexicano del seguro social brinda servicios a 10' 674, 833 derechohabientes; de los cuales corresponden a asegurados permanentes 3' 571, 584 y una población usuaria de 7' 601, 752.

Por lo que hace a las proyecciones de población usuaria del IMSS por cada una de las delegaciones que conforman a la Región Norte se observa el siguiente comportamiento: Coahuila, al año 2000 contaba con 1' 385, 956 usuarios; siendo que para los años 2002, 2004 y 2006, se prevé una población usuaria de 1' 475, 241; 1' 568, 463 y 1' 701, 694 respectivamente. En el caso de Chihuahua, para el año 2000 se registró una población usuaria de 1' 516,092; para el año 2002 la proyección es de 1' 657, 677; para el año 2004 es de 1' 805, 770 y para el año 2006 de 1' 953, 858.

Con relación a Durango, la población usuaria al año 2000 fue de 485,215; mientras que para los años 2002, 2004 y 2006 se espera que los usuarios del sistema sean 541, 013; 594, 374 y 647, 739, respectivamente; en Nuevo León, la población usuaria que se registró al año 2000 fue de 2' 184,006 personas; mientras que para los años 2002, 2004 y 2006, dicha cifra se eleva a 2' 207,922; 2' 252,730; y 2' 298,446 usuarios, para cada lapso.

Por su parte, la delegación San Luis Potosí, contempla una población al año 2000 de 615,593 derechohabientes usuarios; al 2002 de 650, 652; al 2004 de 691, 348, y al 2006 de 732, 035 personas, en cada caso; Por lo que hace a Tamaulipas, la población usuaria al año 2000 fue de 1' 177, 834, previniéndose para los bienios 2002, 2004 y 2006, un volumen de usuarios del orden de 1' 252, 957, 1' 362, 101 y 1' 471, 236. Finalmente, en cuanto a la delegación Zacatecas, se tuvo para el año 2000 una población usuaria de 257, 066 personas, mientras que para los bienios 2002, 2004 y 2006, se tiene proyectado un registro de usuarios de 269, 160; 287,649; y 306,138, respectivamente.

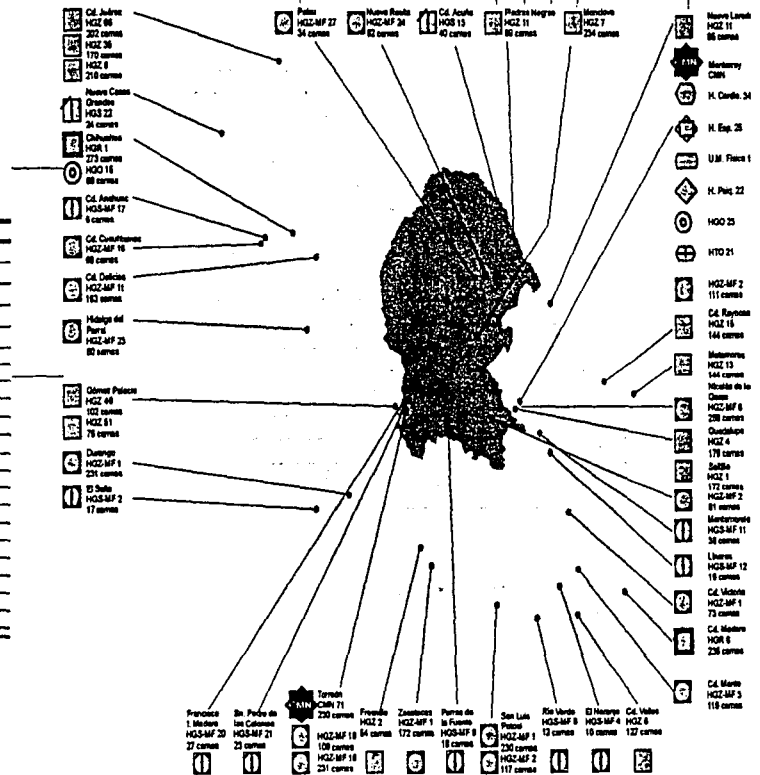
Por otra parte, con relación a los servicios de salud proporcionados por el ISSSTE, éstos atienden a 1' 074, 229 habitantes; la Secretaría de Salud ofrece atención a 4' 446, 038 personas, sin considerar los datos correspondientes a San Luis Potosí, ya que no fue posible disponer de ellos; por su parte, los servicios ofertados por otras instituciones de salud dedicadas a atender a ciertos grupos de usuarios, registran una población cubierta de 842,119 pacientes; esto sin tomar en cuenta los servicios brindados en Zacatecas, por no contar con la información respectiva.

A la luz de las cifras anteriores, no puede soslayarse que éstas no reflejan necesariamente la totalidad de la llamada población abierta, pues resulta evidente que en algunos casos se carece de un registro completo y confiable de los servicios que se proporcionan, como es el caso de la Secretaría de Salud, ya que ésta aún no ha incorporado en sus modelos de operación un esquema de referencia y contrarreferencia de los pacientes atendidos; situación similar es la que se presenta en el caso de los servicios médicos privados, pues como se evidencia para esta Región, no pudieron ser consultados en la mayoría de las delegaciones.

4.2.3 Ubicación de Unidades de 2º y 3er Nivel

		Coahuila	Chihuahua	Durango	Nuevo León	San Luis Potosí	Tamaulipas	Zacatecas	TOTAL REGIONAL
UNIDADES MEDICAS									
Primer nivel									
U.M.R.M.	UNIDAD DE MED. RURAL CON ESC. MODIFICADO	1	4						5
U.M.F.	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	35	42	21	43	28	39	31	239
U.M.F.H.	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON HOSP.	7	4	3	2				16
SUBTOTAL 1er NIVEL		38	49	29	48	30	39	31	260
Segundo Nivel									
H.G.S.	HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA	1	1						2
H.G.S.M.F.	HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA CON M.F.	4	1	1	2	2	1		11
H.G.Z.	HOSPITAL GENERAL DE ZONA	2	3	2	3	1	3	1	15
H.G.Z.M.F.	HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON M.F.	5	3	1	2	2	2	1	16
H.G.R.	HOSPITAL GENERAL REGIONAL	1					1		2
H.G.P.	HOSPITAL GENERAL DE GINECO PEDIATRIA	1							1
SUBTOTAL 2º NIVEL		12	10	4	7	6	7	2	47
Tercer Nivel									
C.M.N.	CENTRO MEDICO NACIONAL								
H.E.S.	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	1			2				3
H.G.O.	HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICA				1				1
H.PSIO.	HOSPITAL DE PSIQUIATRIA				1				1
H.T.O.	HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA				1				1
U.M.FISICA	UNIDAD DE MEDICINA FISICA				1				1
SUBTOTAL 3er NIVEL		1			6				7

314



Infraestructura
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

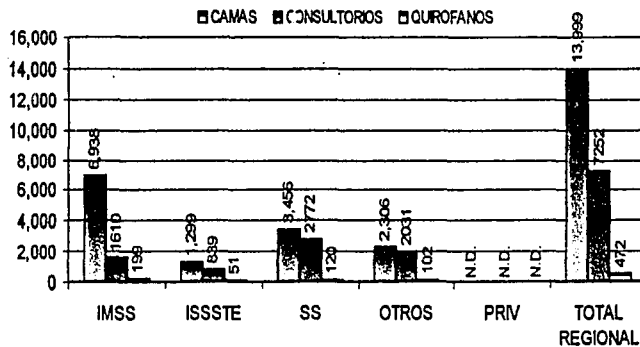
Ubicación de Unidades
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



4.2.4 Recursos Físicos Actuales

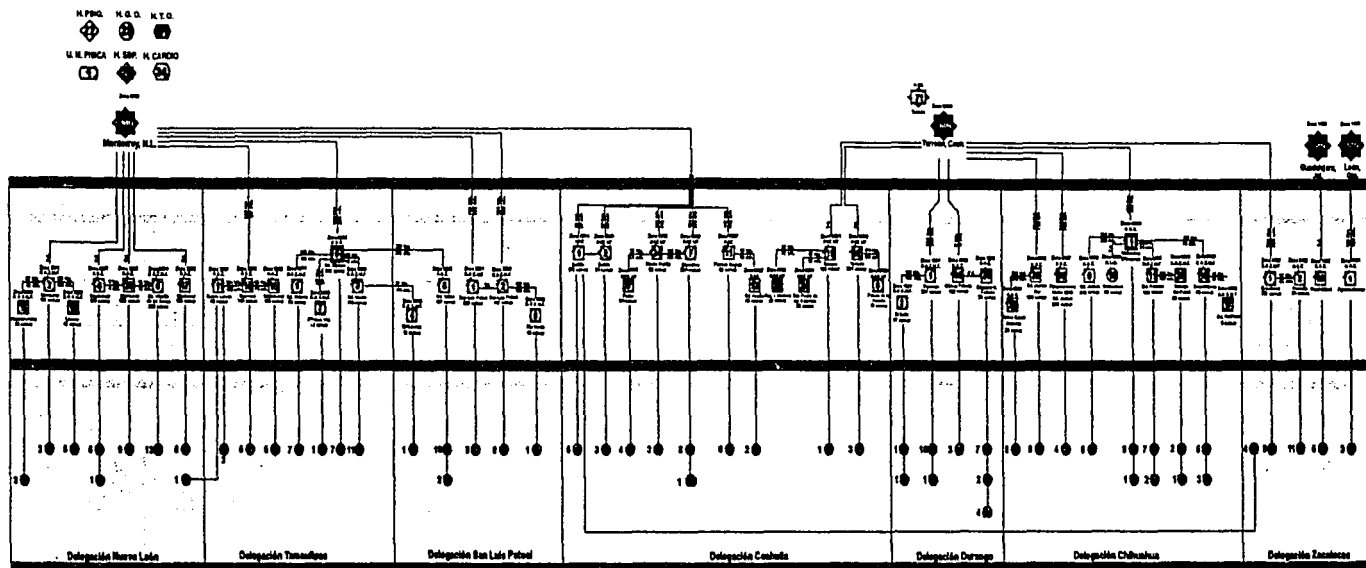
DELEGACIÓN	Chihuahua	Cochila	Durango	Nuevo León	San Luis Potosí	Tamaulipas	Zacatecas	TOTAL REGIONAL
CONSULTA EXTERNA								
CONSULTORIOS MEDICINA FAMILIAR	313	278	119	441	155	217	87	1,610
CONSULTORIOS ESPECIALIDADES	125	176	40	287	51	123	21	823
CONSULTORIOS ESTOMATOLOGÍA	35	48	21	40	12	30	7	193
CONSULTORIOS MEDICINA PREVENTIVA	43	41	12	61	22	38	9	226
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO								
PEINES DE LABORATORIO	89	91	29	178	32	49	12	480
CUBICULOS TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA	48	57	26	154	23	40	4	352
RADIOGRÁFICO	34	49	20	69	13	27	5	217
ULTRASONIDO	9	11	3	15	2	6	2	48
TOMOGRÁFO AXIAL COMPUTARIZADO	2	3	1	3	-	1	1	11
AUXILIARES DE TRATAMIENTO								
SALAS DE CIRUGÍA	32	43	13	68	15	24	6	199
SALAS DE EXPULSIÓN	23	18	6	21	7	18	8	99
URGENCIAS								
CONSULTORIOS URGENCIAS	35	57	12	80	14	36	10	224
CUBICULOS DE CURACIONES	40	9	33	61	35	42	32	252
CAMAS DE OBSERVACIÓN DE ADULTOS	88	183	27	194	38	99	35	660
CAMAS/CUNA OBSERVACIÓN MENORES	38	101	28	101	14	45	27	354
HOSPITALIZACIÓN								
CAMAS CENSABLES 2º. NIVEL ATENCIÓN	1,264	1,149	426	1,051	496	822	226	5,434
CAMAS CENSABLES 3ER. NIVEL DE ATENCIÓN	-	230	-	1,261	-	-	-	1,491

Capacidad Instalada
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



Comparativa de Capacidad Instalada
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

4.2.5 Derivación de Unidades Médicas



marco de referencia

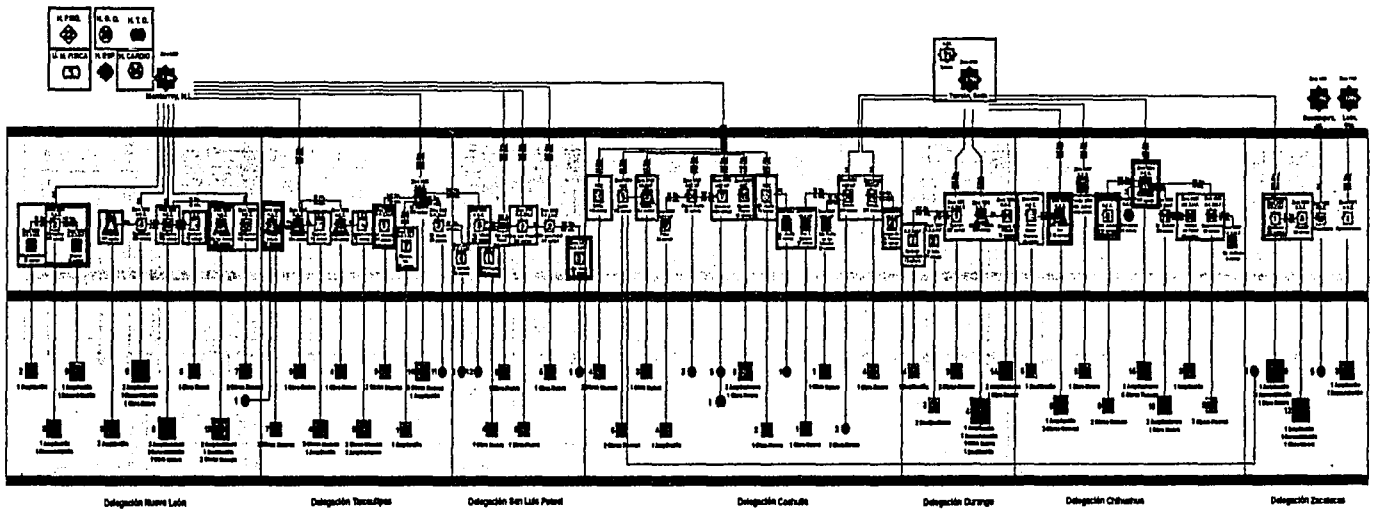
79

tesis profesional UNAM

ESTA TESIS NO SALIR
DE LA BIBLIOTECA

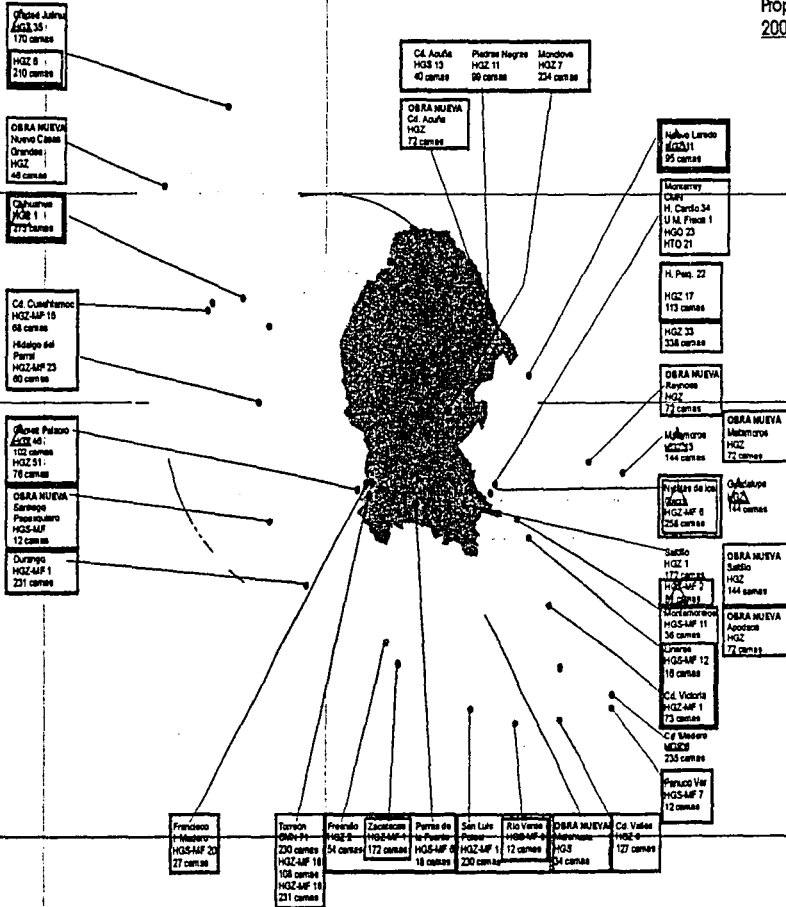
4.2.6 Propuesta para la Derivación de Unidades Médicas

- Nuevo
- Remodelación
- Ampliación
- UMA



4.2.7 Propuesta de Acciones Inmobiliarias a Realizar

Propuestas Inmobiliarias
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



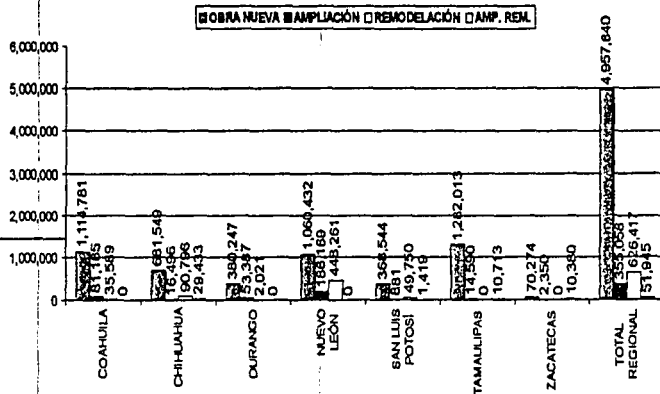
	OBRA NUEVA	AMPLIACION	REMEDIACION
COAHUILA			
Hospitales	2	7	6
Unidades de Medicina Familiar	9	4	1
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	0	0
CHIHUAHUA			
Hospitales	1	6	3
Unidades de Medicina Familiar	16	7	1
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	1	0
DURANGO			
Hospitales	1	3	1
Unidades de Medicina Familiar	8	3	1
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	0	0
NEUVO LEÓN			
Hospitales	2	5	7
Unidades de Medicina Familiar	9	13	5
Unidad de Medicina Ambulatoria	2	0	0
SAN LUIS POTOSÍ			
Hospitales	2	1	3
Unidades de Medicina Familiar	4	1	0
TAMAILIPAS			
Hospitales	2	6	3
Unidades de Medicina Familiar	16	4	0
Unidades de Medicina Ambulatoria	4	0	0
ZACATECAS			
Hospitales	0	2	0
Unidades de Medicina Familiar	2	4	4
TOTAL REGIONAL	84	66	35

Propuestas Inmobiliarias
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

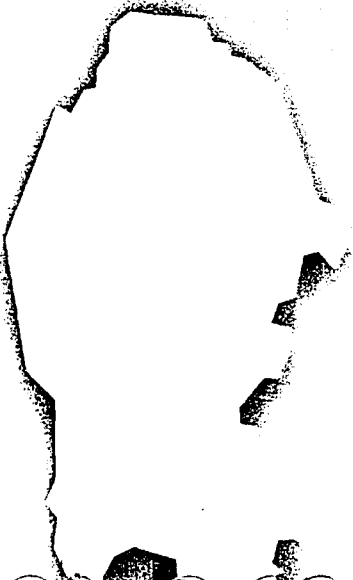
4.2.8 Propuesta de Inversión de Acciones a Realizar

	OBRAS NUEVAS		AMPLIACIÓN		REMODELACIÓN		AMP. Y REM.	
	NÚMERO	MONTO	NÚMERO	MONTO	NÚMERO	MONTO	NÚMERO	MONTO
COAHUILA								
Hospitales	2	\$650,115	7	\$87,626	8	\$31,859	0	\$0
Unidades de Medicina Familiar	9	\$420,590	4	\$13,559	1	\$3,730	0	\$0
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	\$44,076	0	\$0	0	\$0	0	\$0
CHIHUAHUA								
Hospitales	1	\$0	3	\$6,052	0	\$0	3	\$16,192
Unidades de Medicina Familiar	16	\$637,473	7	\$10,444	1	\$90,796	0	\$0
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	\$44,076	0	\$0	0	\$0	1	\$13,241
DURANGO								
Hospitales	1	\$99,170	3	\$50,403	1	\$1,598		
Unidades de Medicina Familiar	8	\$237,011	3	\$2,984	1	\$423	0	\$0
Unidad de Medicina Ambulatoria	1	\$44,076	0	\$0	0	\$0	0	\$0
NUEVO LEÓN								
Hospitales	2	\$650,117	5	\$104,371	8	\$440,202	0	\$0
Unidades de Medicina Familiar	9	\$322,163	13	\$81,798	5	\$8,059	0	\$0
Unidad de Medicina Ambulatoria	2	\$88,152	0	\$0	0	\$0	0	\$0
SAN LUIS POTOSÍ								
Hospitales	2	\$228,676	0	\$0	2	\$49,750	1	\$1,419
Unidades de Medicina Familiar	4	\$141,868	1	\$881		\$0	0	\$0
TAMAULIPAS								
Hospitales	2	\$561,986	3	\$8,384	0	\$0	3	\$10,713
Unidades de Medicina Familiar	16	\$543,723	5	\$8,206	0	\$0	0	\$0
Unidades de Medicina Ambulatoria	4	\$178,304	0	\$0	0	\$0	0	\$0
ZACATECAS								
Hospitales	0	\$0	2	\$2,350	0	\$0	0	\$0
Unidades de Medicina Familiar	2	\$70,274	0	\$0	0	\$0	4	\$10,380
TOTAL REGIONAL								
	83	\$4,957,850	56	\$355,058	23	\$826,417	12	\$51,945

Propuestas de Inversión
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



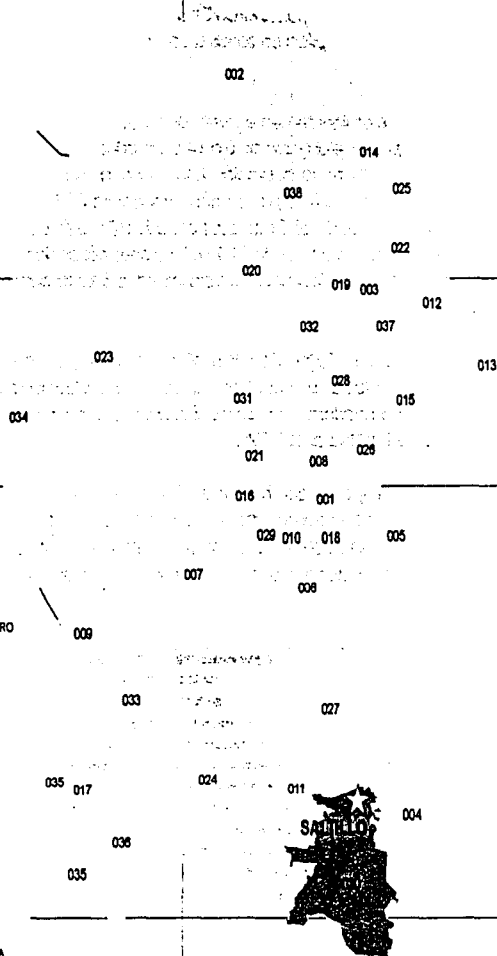
Comparativa de Inversión
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



5. delegación ~~coahuila~~ como
caso de estudio

5.1 Generalidades

001	ABASOLO
002	ACUÑA
003	ALLEDE
004	ARTEAGA
005	CANDELA
006	CASTAÑOS
007	CUATROCIELEGAS
008	ESCOBEDO
009	FRANCISCO I. MADERO
010	FRONTERA
011	GENERAL CEPEDA
012	GUERRERO
013	HIDALGO
014	JIMÉNEZ
015	JUÁREZ
016	LAMADRID
017	MATAMOROS
018	MONCLOVA
019	MORELOS
020	MUZQUIZ
021	NADADORES
022	NAVA
023	OCAMPO
024	PARRAS
025	PIEDRAS NEGRAS
026	PROGRESO
027	RAMOS ARIZPE
028	SABINAS
029	SACRAMENTO
030	SALTILLO
031	SAN BUENAVENTURA
032	SAN JUAN DE SABINAS
033	SAN PEDRO DE LAS COL.
034	SIERRA MOJADA
035	TORREÓN
036	VIESCA
037	VILLA UNIÓN
038	ZARAGOZA



División Política de Coahuila
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

NORTE

El estado de Coahuila se encuentra en el centro de la parte septentrional de la República. Limita al norte con los Estados Unidos de América; al oriente con el estado de Nuevo León; al sur con los estados de San Luis Potosí, Zacatecas y Durango, y al poniente con Durango y Chihuahua. Cuenta con una extensión de 151,571 km², que representan un 7.74% del total de la superficie del País. Coahuila cuenta, conforme el último censo de población del 2000, con 2 millones 295 mil 808 habitantes, de los cuales 1 millón 135 mil 143 son hombres y 1 millón 160 mil 665 son mujeres. En 1995 eran 2 millones 173 mil 775 y en 1990, 1 millón 972 mil 340 habitantes.

La población se concentra en los municipios de Saltillo (25.14%), Torreón (23.05%), Monclova (8.44%), Piedras Negras (5.57%), Acuña (4.81%), Matamoros (4%), San Pedro (3.85); Frontera (2.9%), Múzquiz (2.73%), el restante (19%) se ubica en los otros 32 municipios. El Municipio menos habitado es Abasolo donde viven 1030 habitantes.

En ese mismo orden de ideas, el 89.42% de la población de Coahuila, vive en localidades de 2,500 y más habitantes; el resto, vive en localidades de menos de 2,500 habitantes. De la población total, el 89.3% vive en zonas urbanas. Existen 544 mil 44 viviendas, ocupando un promedio de 4.21 personas por vivienda.

El marco orográfico del estado es sumamente irregular debido a la presencia de la Sierra Madre Oriental, que atraviesa la entidad de sur a norte por la región central-oriental, dando origen a un complejo de sierras y lomeríos que se extienden en toda la entidad. Tomando en cuenta en donde descargan las aguas del colector o corriente principal, el estado queda comprendido en cuatro regiones hidrográficas: Región 24 Río Bravo, 35 Mapiimí, 36 Nazos-Aguanaval y 37 Río Salado.

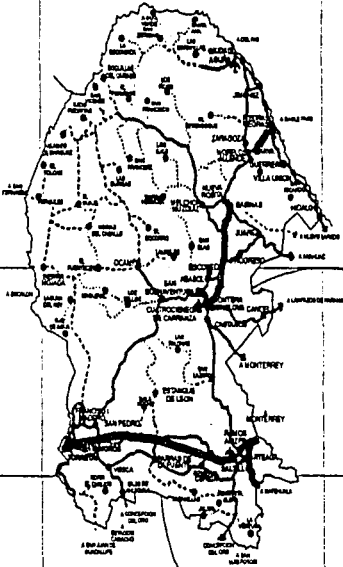
Debido a su extensión, en Coahuila se distinguen diferentes tipos de climas, dependiendo de la región de que se trate. En la región lagunera predomina un clima seco, debido a su escaso régimen de lluvias, aunque tiene intensidad en ciertas épocas del año. Dentro de esa región se registran algunas variedades de climas, como el caso de la sierra de Jumulco, que en su parte baja es semi-seco y en lo alto es templado. En la región sureste, Saltillo y sus alrededores, varía de seco, árido y semicálido a semiseco, semiarido y templado, donde el régimen de lluvias es intermedio. En la región carbonífera, al centro de la entidad, prevalece un clima semiseco, semiarido y semicálido, con un régimen de lluvias escaso.

Su vocación productiva se divide por regiones: en el área de la Laguna, se ubican las principales empresas textiles y agropecuarias; en la Región Sureste, con cabecera en Saltillo, encuentra asiento la industria automotriz y toda su cadena productiva además de importantes factorías metalúrgicas, textiles y químicas; en la región Centro, se ubica una de las compañías siderúrgicas más importantes del país; en la región norte, por su posición estratégica con los Estados Unidos de América, se ubica un importante número de empresas maquiladoras.

5.2 Geografía

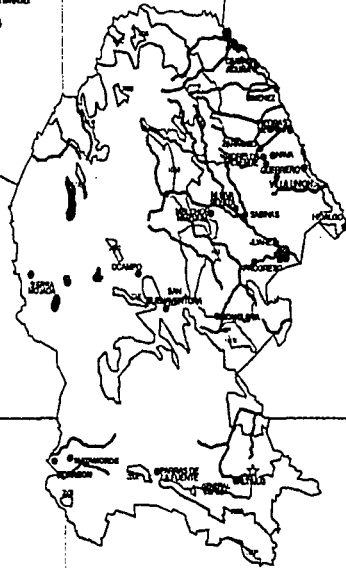
INFRAESTRUCTURA DEL TRANSPORTE

- Carretera mas de 2 carriles
- Carretera de 2 carriles
- - - - - Terrocarril
- Brecha
- + Ferrocarril
- ✈ Aeropuerto



Sistema Carretero 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

Hidrología y Geología 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



- CURSOS DE AGUA
- ☉ CORRIENTES Y CUERPOS DE AGUA

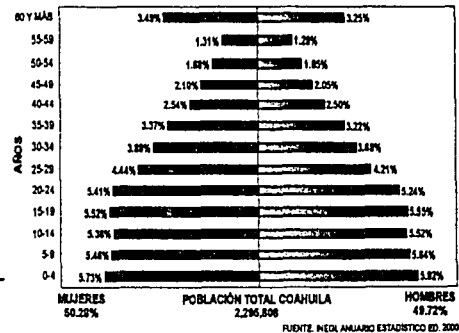


De acuerdo a la información contenida en el último censo de la población INEGI, se tiene una población total de 2 millones 295 mil 808 habitantes, de los cuales el 89.42% se ubica en zonas urbanas y el 10.58% restante en áreas rurales.

La población es eminentemente joven, dado que la media estatal es de 22 años; por lo que hace al grupo de 0 a 14 años, concentra 33.07%; de 15 a 64 años 62%, 59.25% de la población total, mientras que el grupo de edad avanzada, es decir, mayores de 65 años, concentra 4.81%. La tasa bruta de natalidad actual es de 26.3 nacidos por cada mil mujeres en edad fértil, y su tasa de mortalidad infantil es de 11.7 defunciones por cada mil habitantes, lo que representa una desviación favorable en 5.8%, respecto a la media nacional.

Por lo que hace a un diagnóstico de su situación demográfica, en Coahuila se concentra la población en cuatro grandes ciudades, situación que se muestra el siguiente comportamiento: Saltillo 577,352; Torreón 529,093; Monclova 193,657; y Piedras Negras 127,898.

Finalmente, un aspecto que no puede soslayarse es el de la tendencia de crecimiento mostrada por el grupo de edad avanzada, el cual al concentrar a 4.81% de la población estatal, proyecta la existencia de un número importante de padecimientos y enfermedades crónico degenerativas.



Pyramide de Edades 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.3 Plan Estatal de Desarrollo

El Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Coahuila tiene la finalidad de poner en marcha una nueva etapa en el desarrollo del Estado. En este sentido es que agrupan en seis grandes vertientes estratégicas, las acciones que en los próximos años habrán de ser puestas en marcha por el gobierno del estado y la población en su conjunto:

- Desarrollo económico para tener mayor capacidad de generar empleos y prosperidad para todos. Debemos dar certidumbre económica al presente y al futuro, principalmente a los jóvenes y a las mujeres, activando todas nuestras ventajas y oportunidades sectoriales y regionales.
- Calidad de vida para todos. Un espacio digno para vivir, vivienda decorosa, servicios básicos de agua, drenaje y electricidad, alimentación, educación, salud, cultura, deporte, y medio ambiente sano, son aspiraciones colectivas que el nuevo gobierno deberá satisfacerlas con mayor calidad y en igualdad de oportunidades.
- Asistencia social y combate a la pobreza. Importantes acciones se dirigirán a reconstruir la cohesión social y a fortalecer nuestro capital humano a través de la solidaridad con los más desprotegidos.
- Seguridad pública y justicia. Con la formulación e instrumentación de este Plan se impedirá que en Coahuila se siga arrebatando la tranquilidad a sus habitantes. Se hará frente a la violencia, al delito, a la corrupción, a la injusticia y a la impunidad. Ya no se erosionará la vida cotidiana en las comunidades, en las escuelas, en los barrios, en las calles y en los hogares.
- Educación superior, ciencia y tecnología. Es imperativo vincular nuestros desafíos de desarrollo económico y de calidad de vida con la infraestructura del conocimiento y de las habilidades.

Democracia, gobierno y administración pública.

Debemos fortalecer nuestra vida democrática, perfeccionar el quehacer del gobierno y hacer más eficiente y transparente la gestión de

los asuntos públicos.

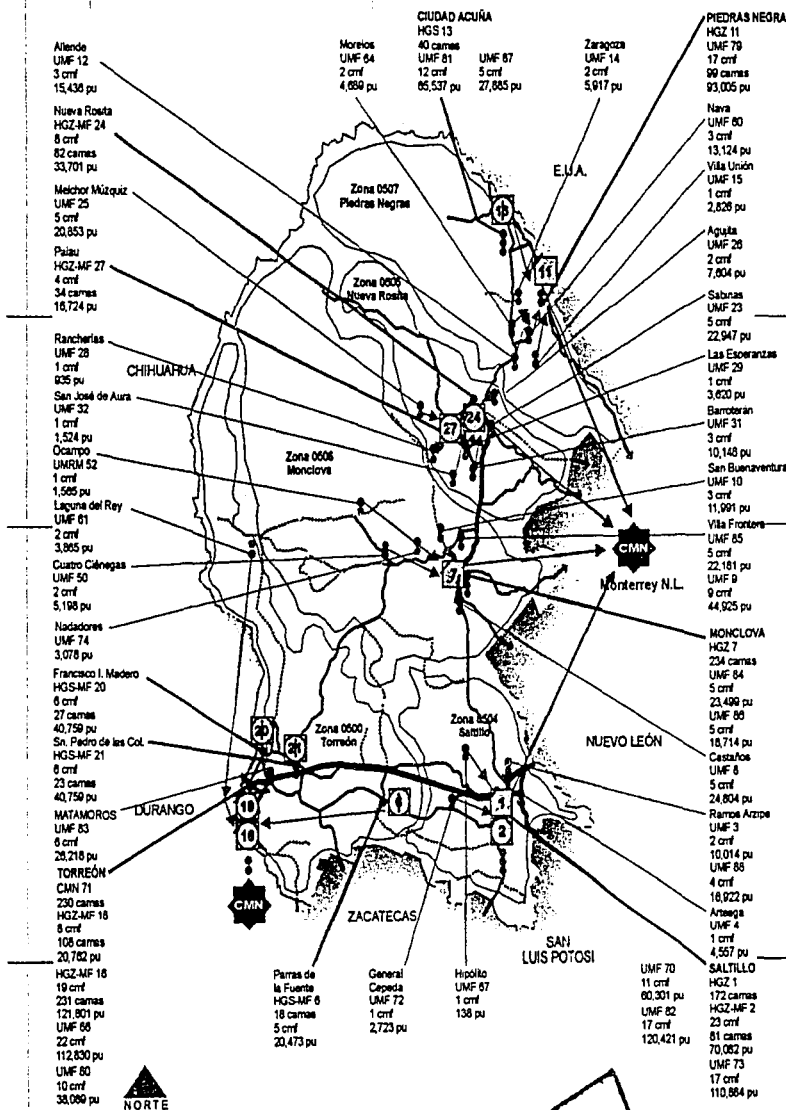
De esta manera, se reconoce el papel estratégico no sólo del fortalecimiento de las actividades productivas sino también de la superación de los rezagos sociales, de la convivencia armoniosa y segura, de los avances democráticos, del conocimiento, y de mejores formas de gobernar.

Es a la luz de las consideraciones anteriores que el Plan de Desarrollo del estado de Coahuila, propone:

- Proteger y asegurar los derechos de las personas
- Suministrar medios para la representación de los intereses diversos y ofrecer un foro para conciliar las demandas.
- Crear y proteger una esfera pública abierta, en la que pueda llevarse a cabo un debate libre sobre las cuestiones sociales y políticas.
- Suministrar los bienes públicos para la seguridad y bienestar colectivos.
- Regular los mercados en función del interés público y fomentar la competencia mercantil donde haya amenazas de monopolio.
- Fomentar la paz social mediante el control de los instrumentos de coerción y el mantenimiento del orden.
- Promover el desarrollo activo de capital humano a través de su papel esencial en el sistema educativo.
- Apoyar y mantener un sistema judicial eficaz
- tener un papel activo en el desarrollo económico, además de proveer de infraestructura para el bienestar y la producción.
- Fomentar alianzas regionales, nacionales e internacionales para conseguir una inserción más favorable en la economía global.

5.4 Ubicación de Unidades Médicas 2001

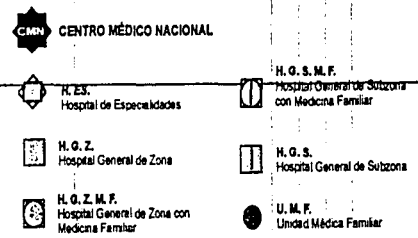
Plano de Ubicación de Unidades
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



ZONA	TORREÓN	DURANGO	TORREÓN	TORREÓN	TORREÓN	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	SALTILLO	TOTAL DELEGACION
UNIDADES MÉDICAS																			
Primer Nivel																			
U.M.F.	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR																		
U.M.F.	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR																		
U.M.F.	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR																		
U.M.F.	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR																		
SUBTOTAL 1er Nivel																			
Segundo Nivel																			
H.G.S.	HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA																		
H.G.S.M.F.	HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA CON M.F.																		
H.G.Z.	HOSPITAL GENERAL DE ZONA																		
H.G.Z.M.F.	HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON M.F.																		
SUBTOTAL 2o Nivel																			
Tercer Nivel																			
C.M.N.	CENTRO MEDICO NACIONAL																		
H. Espl.	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES																		
SUBTOTAL 3er Nivel																			
TOTAL DELEGACIONAL																		49	

FUENTE: DEPARTAMENTO DE CONSTRUCCION Y CONSERVACION, DELEGACION INMS COAHUILA

Recursos Fisicos Del Coahuila
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



caso de estudio

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

5.5 Derivación de Unidades Médicas

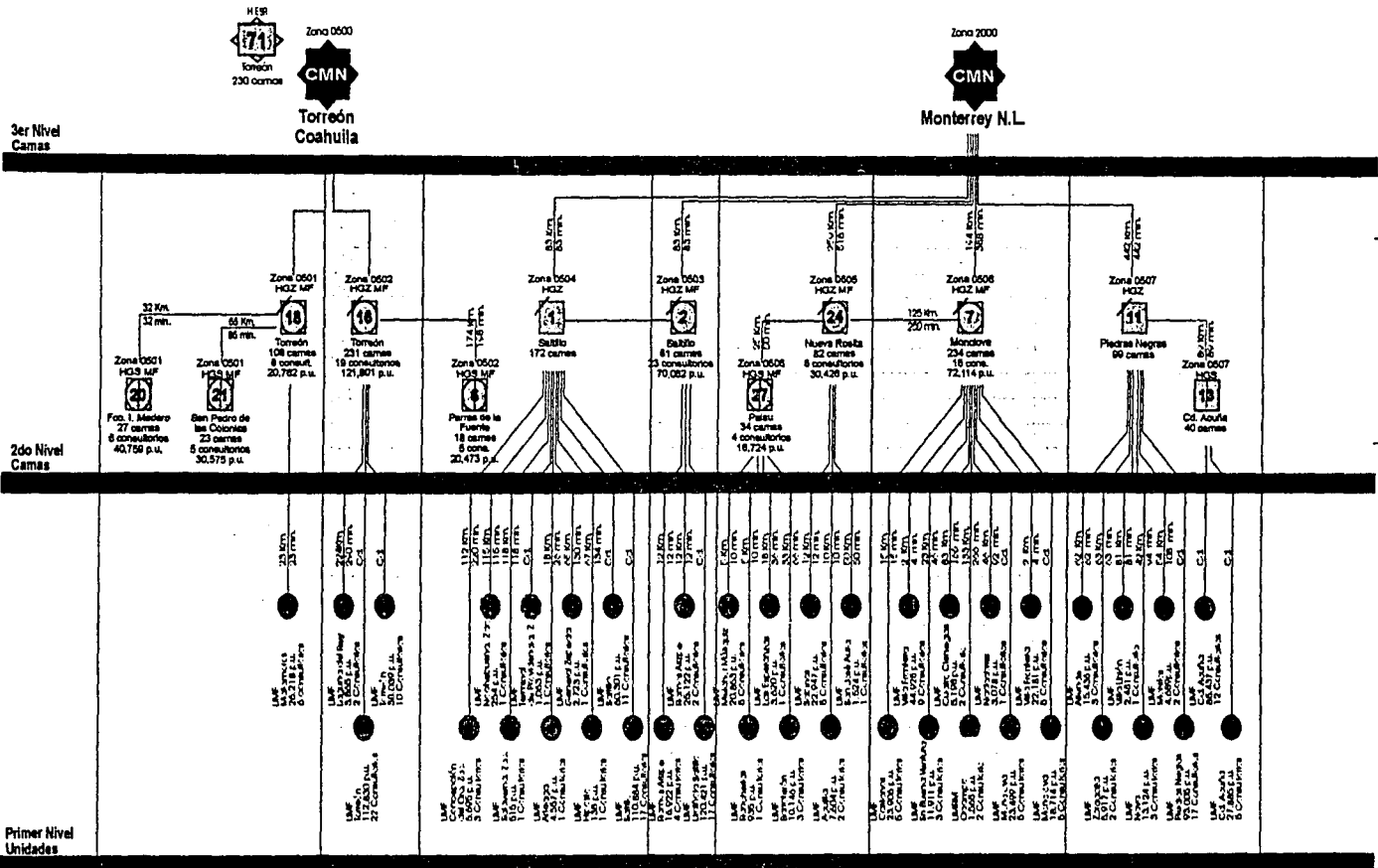


Diagrama de Derivación Médica, Coahuila 2002, Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.6 Recursos Físicos Actuales

ZONA	TORREON 0500	TORREON 0501	TORREON 0502	SALTILLO 0503	SALTILLO 0504	NUEVA ROSITA 0505	MONCLOVA 0506	PIEDRAS NEGRAS 0507	TOTAL DELEGACIÓN
CONSULTA EXTERNA									
CONSULTORIOS MEDICINA FAMILIAR	-	25	58	36	31	30	53	45	278
CONSULTORIOS ESPECIALIDADES	71	8	23	13	8	18	21	14	176
CONSULTORIOS ESTOMATOLOGÍA	-	4	9	7	3	7	8	10	48
CONSULTORIOS MEDICINA PREVENTIVA	-	3	5	7	5	8	8	5	41
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO									
PEINES DE LABORATORIO	18	6	15	9	12	10	11	10	91
CUBICULOS TOMAS MUESTRAS DE SANGRE	7	5	8	6	7	5	8	11	57
RADIODIAGNÓSTICO	7	3	8	5	4	5	7	10	49
ULTRASONIDO	3	1	2	1	1	1	1	1	11
MASTOGRAFÍA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RESONANCIA MAGNETICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOMÓGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO	1	-	-	-	1	-	1	-	3
AUXILIARES DE TRATAMIENTO									
SALAS DE CIRUGÍA	8	4	8	3	4	3	8	5	43
SALAS DE EXPULSIÓN	-	3	5	-	2	3	2	3	18
SALAS DE TOCOCIRUGÍA	-	-	-	-	-	-	2	-	2
URGENCIAS									
CONSULTORIOS URGENCIAS	-	3	8	5	5	12	9	15	57
CUBICULOS DE CURACIONES	-	1	2	1	1	1	2	1	9
CAMAS DE OBSERVACIÓN DE ADULTOS	16	14	52	17	19	12	27	28	183
CAMAS/CUNA OBSERVACIÓN MENORES	-	8	22	4	15	14	17	21	101
HOSPITALIZACIÓN									
CAMAS CENSABLES 2º. NIVEL ATENCIÓN	-	158	249	81	172	116	234	139	1,149
CAMAS CENSABLES 3ER. NIVEL DE ATENCIÓN	230	-	-	-	-	-	-	-	230

FUENTE: DEPARTAMENTO DE CONSTRUCCION Y CONSERVACION, DELEGACION IMSS COAHUILA

Tabla de Recursos Físicos al 2001
2002, Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.7 Información de Unidades Médicas al 2001

Unidad	Localidad	Cave Presupuestal	Aneplado	Tenencia			Superficie					Potencial de ampliación			
				Propie	Renta	No de Inveres Construcción	Tenencia	Construido	Construido	Libre	Edificios	Terrenos	Edificios	Terrenos	Urbano
TORREÓN 0580															
H.G.S.Z.A.F. No. 71	Torreón	05801612	20 años			0	15,282	8,793	30,202	8,489	R	R	R	R	R
TORREÓN 0501															
H.G.S.Z.A.F. No. 11	Torreón	05011102	28 años			0	10,174	2,875	7,464	7,498	R	R	R	R	R
H.G.S.Z.A.F. No. 21	San Pedro de las Cds	05010201	25 años			1	5,270	2,040	2,158	3,220		R	R	R	R
H.G.S.Z.A.F. No. 20	Francisco I. Madero	03060205	28 años			1	5,012	2,373	2,555	2,830		R	R	R	R
U.M.F. No. 83	Mazamorat	05190225	3 años			1	274	274	274	-					
TORREÓN 0591															
H.G.S.Z.A.F. No. 18	Torreón	05910102	31 años			7	12,445	8,617	21,440	3,754					
H.G.S.Z.A.F. No. 8	Pierras de la Fuente	05040205	12 años	4		1	74,824	2,928	3,017	71,896					
U.M.F. No. 80	Torreón	05090325	1 año			1	1,887	1,220	1,220	987					
U.M.F. No. 81	Laguna del Rey	05450125	21 años			1	2,648	519	519	2,127					
U.M.F. No. 86	Torreón	05091525	19 años			3	8,248	2,279	4,096	3,969					
BALTILLO 0503															
H.G.S.Z.A.F. No. 3	Baltillo	05031002	27 años			4	22,354	4,219	10,282	18,065	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 63	Salto (Toluca)	05030225	1 año			3	7,227	2,563	6,007	4,865					
U.M.F. No. 3	Ramos Arizpe	05010325	28 años			1	2,500	306	306	2,104	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 68	Ramos Arizpe	05010825	1 año			2	5,424	2,152	2,402	3,272					
BALTILLO 0504															
H.G.S.Z.A.F. No. 1	Baltillo	05030101	40 años			3	9,715	3,394	9,121	8,321					
U.M.F. No. 67	Huixtla	05480125	19 años			1	850	159	169	701					
U.M.F. No. 82	General Cepeda	05070125	21 años			1	1,159	251	158	927	R				
U.M.F. No. 76	Salto	05030225	19 años			1	6,787	1,823	1,875	5,144					
U.M.F. No. 73	Salto	05030825	8 años			3	4,945	1,933	5,963	3,012					
U.M.F. No. 4	Arriaga	05020125	7 años			1	200	172	172	28					
 NUEVAROSTA 8905															
H.G.S.Z.A.F. No. 24	Nuevarostita	05210502	24 años			5	21,090	6,350	13,967	14,740	R	R	R	R	R
H.G.S.Z.A.F. No. 27	Paseo	05280105	23 años			1	10,828	3,278	3,437	7,552	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 25	Machor Múzquiz	05220425	28 años			1	3,171	1,020	971	2,141	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 28	Rancherías	05300125	29 años			1	713	143	152	550	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 29	Las Esperanzas	05240125	28 años			1	8,000	258	370	3,768					
U.M.F. No. 31	Barrancón	05250120	9 años			1	5,251	1,037	1,150	4,215	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 23	Salinas	05230325	25 años			1	4,575	1,085	1,967	3,510	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 28	Agua	05270125	10 años			1	2,500	443	468	2,017	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 32	San José de Auz.	05280225	28 años			1	2,990	150	155	2,740	R	R	R	R	R
MORCLOVA 0508															
H.G.S.Z.A.F. No. 7	Morclova	05170102	38 años			7	24,243	11,828	23,818	12,617	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 84	Morclova	05171225	4 años			1	5,312	933	933	4,379	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 86	Morclova	05171625	2 años			1	4,708	989	989	3,717					
U.M.F. No. 9	Villa Frontera	05180225	18 años			1	4,493	950	9,067	7,242					
U.M.F. No. 8	Castaños	05180225	28 años			1	1,817	731	731	648					
U.M.F. No. 10	San Buenaventura	05150225	30 años			1	2,140	443	512	1,997					
U.M.F. No. 50	Cuatro Ciénegas	05380125	28 años			1	6,048	958	5,092	5,092	R	R	R	R	R
U.M.F. - E.M. No. 32	Ocampo	0054102X	25 años			1	5,810	298	299	5,521	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 74	Niñoses	05490125	13 años			1	468	150	222	318	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 85	Villa Frontera	05180425	28 años			1	3,853	1,500	1,500	2,363	R	R	R	R	R
MEDIAS NEGRAS 0507															
H.G.S.Z.A.F. No. 11	Medias Negras	05120101	33 años			4	7,188	3,250	9,890	3,919	R	R	R	R	R
H.G.S.Z.A.F. No. 13	Cd. Acuña	05110208	27 años			1	18,122	3,177	3,177	12,945					
U.M.F. No. 81	Cd. Acuña	05111125	6 años			2	1,755	1,804	2,230	191					
U.M.F. No. 87	Cd. Acuña	05010625	1 año			2	5,344	1,795	2,170	3,548					
U.M.F. No. 12	Atenas	05130225	20 años			1	3,094	1,159	1,383	1,935					
U.M.F. No. 14	Zaragoza	05100125	10 años			1	1,599	418	418	1,181					
U.M.F. No. 15	Villa Unión	05140125	13 años			2	2,238	220	250	2,308	R	R	R	R	R
U.M.F. No. 80	Navas	05460125	21 años			1	7,022	951	951	8,071					
U.M.F. No. 84	Navas	05470125	20 años			1	4,000	428	285	3,575					
U.M.F. No. 79	Medias Negras	05120629	8 años			3	5,432	2,002	6,632	2,830					

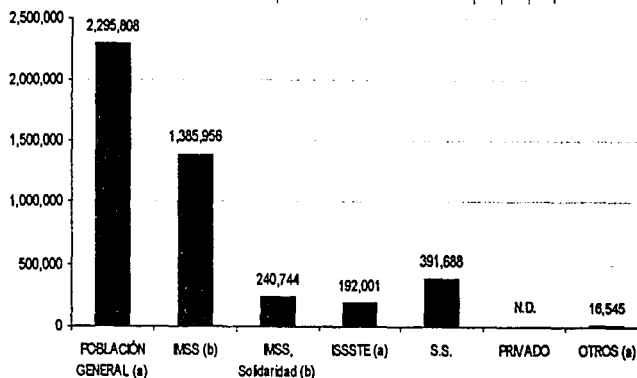
Información de Unidades Médicas
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

■ BUENO
R REGULAR
■ MALO

5.8. Población

UNIDAD	LOCALIDAD	POBLACIÓN (USUARIA)					Var. anual de incrementos
		1995	1998	1997	1998	2002	
TIERRA NUEVA #598							
H.O.S.Z.M.F. No. 21							
SUBTOTAL							
TIERRA NUEVA #591							
H.O.S.Z.M.F. No. 21							
H.O.S.Z.M.F. No. 20							
U.M.F. No. 83							
SUBTOTAL							
TIERRA NUEVA #581							
H.O.S.Z.M.F. No. 8							
U.M.F. No. 80							
U.M.F. No. 81							
U.M.F. No. 85							
SUBTOTAL							
SALTILLO #593							
U.M.F. No. 82							
U.M.F. No. 3							
U.M.F. No. 98							
SUBTOTAL							
SALTILLO #604							
U.M.F. No. 67							
U.M.F. No. 62							
U.M.F. No. 70							
U.M.F. No. 73							
U.M.F. No. 4							
SUBTOTAL							
NOVA ROSITA #596							
H.O.S.Z.M.F. No. 27							
U.M.F. No. 25							
U.M.F. No. 28							
U.M.F. No. 29							
U.M.F. No. 31							
U.M.F. No. 23							
U.M.F. No. 26							
U.M.F. No. 33							
SUBTOTAL							
MONCLOVA #586							
U.M.F. No. 84							
U.M.F. No. 9							
U.M.F. No. 9							
U.M.F. No. 10							
U.M.F. No. 50							
U.M.F. E.M. No. 52							
U.M.F. No. 74							
U.M.F. No. 85							
SUBTOTAL							
PIEDRAS NEGRAS #607							
H.O.S.Z.M.F. No. 13							
U.M.F. No. 81							
U.M.F. No. 87							
U.M.F. No. 12							
U.M.F. No. 14							
U.M.F. No. 15							
U.M.F. No. 60							
U.M.F. No. 64							
U.M.F. No. 78							
SUBTOTAL							
TOTAL DELEGACION							

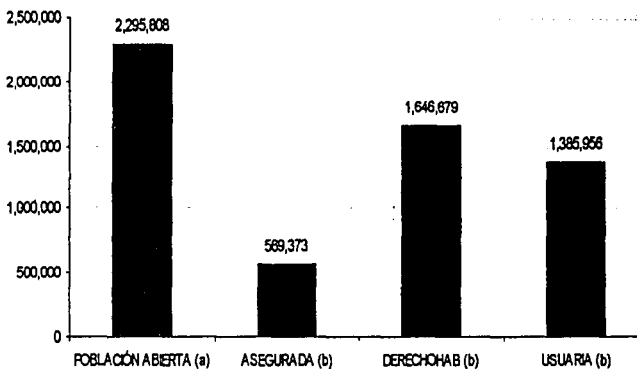
FUENTE: ESTADÍSTICA DE PRESTACIONES MEDICAL DELEGACION #600 COAHUILA



FUENTE: (a) ANUARIO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE COAHUILA, INEGI 2000.

(b) JEFATURA DE AFILIACIÓN Y COBRANZA, DELEGACION IMSS COAHUILA, 2000.

Población Atendida por el Sector Salud 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.



FUENTE: (a) ANUARIO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE COAHUILA, INEGI, 2000.

(b) JEFATURA DE AFILIACIÓN Y COBRANZA, DELEGACION IMSS COAHUILA, 2000.

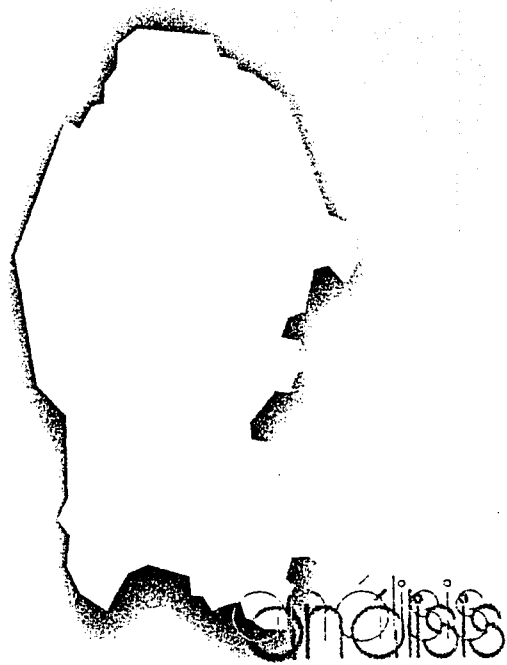
Población Atendida por el IMSS 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

caso de estudio








TESIS CON FALLA DE ORIGEN

90

tesis profesional UMO



5.11 Crecimiento de Población Abierta

-  CRECIMIENTO EXTREMO > 5.6%
-  CRECIMIENTO ACCELERADO DE 2.6% A 5.5%
-  CRECIMIENTO MODERADO DE 1% A 2.5%
-  ESTABLE DE -0.99% A 0.99%
-  DECREMENTO MODERADO DE -1% A -2.5%
-  DECREMENTO ACCELERADO DE -2.6% A -5.5%
-  DECREMENTO EXTREMO < -3.6%

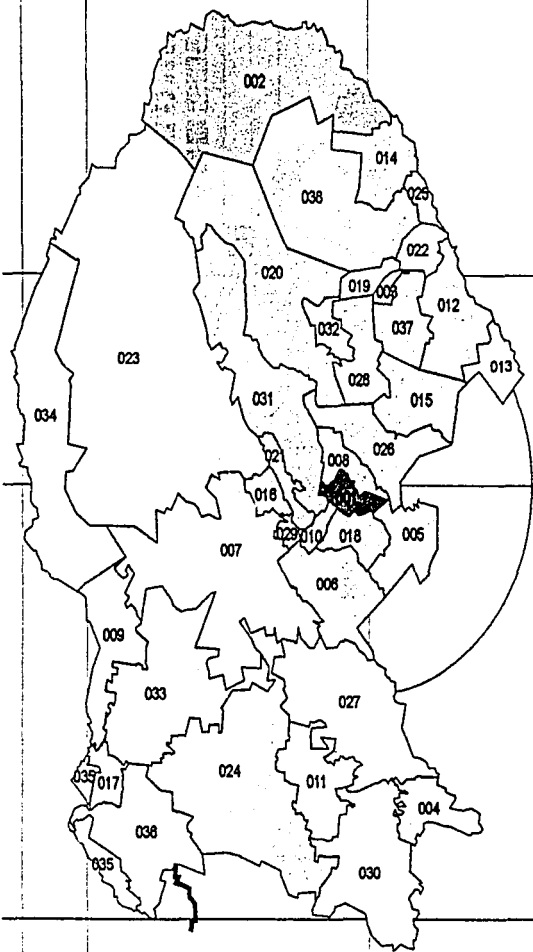


Tabla de Proyecciones al 2006
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

CLAVE INEGI	MUNICIPIO	POBLACIÓN		TASA ANUAL DE CRECIMIENTO (TAC)	TENDENCIA					
		1995	2000		2001	2002	2003	2004	2005	2006
05001	ABASOLO	1,290	1,130	-3.08%	1,098	1,059	1,034	1,002	970	936
05002	ACUNA	81,802	110,338	4.64%	118,145	121,905	127,660	133,417	139,174	144,931
05003	ALLENDE	19,917	20,963	0.97%	21,172	21,381	21,581	21,800	22,003	22,218
05004	ARTEAGA	18,907	19,353	0.48%	19,442	19,531	19,621	19,710	19,799	19,888
05005	CANDELA	1,713	1,669	-0.54%	1,660	1,651	1,643	1,634	1,625	1,616
05006	CASTAÑOS	21,924	22,401	0.42%	22,496	22,592	22,687	22,783	22,878	22,973
05007	CUATROCENEGAS	12,899	12,150	-1.27%	12,000	11,850	11,701	11,551	11,401	11,251
05008	ESCOBEDO	2,843	2,781	-0.37%	2,781	2,770	2,760	2,749	2,739	2,729
05009	FRANCISCO MADERO	47,510	48,403	0.48%	48,122	48,960	49,734	49,517	49,296	49,075
05010	FRONTERA	63,847	66,472	0.77%	68,991	67,522	66,047	65,572	69,397	69,522
05011	GENERAL CEPEDA	11,913	11,306	-1.10%	11,185	11,063	10,942	10,820	10,699	10,578
05012	GUERRERO	2,144	2,047	-0.67%	2,028	2,008	1,989	1,969	1,950	1,931
05013	HIDALGO	1,271	1,442	2.24%	1,478	1,510	1,545	1,578	1,613	1,647
05014	JIMENEZ	9,328	9,703	0.76%	9,778	9,853	9,928	10,003	10,078	10,153
05015	JUAREZ	1,568	1,587	0.11%	1,599	1,601	1,602	1,604	1,606	1,608
05016	LAMADRID	1,832	1,780	-0.59%	1,770	1,759	1,749	1,738	1,728	1,718
05017	MATAMOROS	88,235	91,858	0.77%	92,583	93,307	94,032	94,756	95,481	96,206
05018	MONCLOVA	188,738	193,657	0.40%	194,441	195,225	196,008	196,792	197,576	198,360
05019	MORELOS	6,842	7,247	1.02%	7,368	7,489	7,610	7,731	7,852	7,973
05020	MUÑOZ	62,990	62,693	-0.09%	62,634	62,574	62,514	62,454	62,394	62,337
05021	NADADORES	6,187	5,949	-0.82%	5,901	5,854	5,806	5,759	5,711	5,663
05022	NAVA	20,502	22,969	2.05%	23,483	23,980	24,476	24,973	25,470	25,967
05023	OCAMPO	13,589	12,019	-2.42%	11,745	11,471	11,197	10,923	10,649	10,375
05024	PARRAS	43,303	43,241	-0.03%	43,232	43,220	43,209	43,197	43,185	43,173
05025	PIEDRAS NEGRAS	118,148	127,858	1.76%	130,248	132,558	134,948	137,298	139,648	141,998
05026	PROGRESO	3,613	3,613	0.00%	3,613	3,613	3,613	3,613	3,613	3,613
05027	RAMOS ARIZPE	38,440	39,851	1.64%	40,533	41,218	41,898	42,580	43,262	43,944
05028	SABINAS	51,129	52,386	0.47%	52,637	52,889	53,140	53,392	53,643	53,894
05029	SACRAMENTO	1,965	2,011	0.59%	2,022	2,033	2,044	2,055	2,067	2,078
05030	SALTILLO	527,979	577,352	1.64%	587,227	587,102	608,375	618,550	628,725	638,900
05031	SAN BUENAVENTURA	20,034	19,965	-0.05%	19,976	19,967	19,957	19,948	19,938	19,928
05032	SAN JUAN DE SABINAS	40,731	40,133	-0.30%	40,013	39,894	39,774	39,655	39,535	39,415
05033	SAN PEDRO DE LAS CO.	91,421	86,451	-0.68%	87,557	87,263	86,969	86,675	86,381	86,087
05034	SIERRA MOJADA	6,549	6,022	-1.83%	5,917	5,811	5,706	5,600	5,495	5,390
05035	TORREÓN	508,076	529,093	0.78%	533,298	537,500	541,703	545,907	550,110	554,313
05036	VIESCA	19,510	18,987	-0.55%	18,846	18,736	18,625	18,515	18,404	18,293
05037	VILLA UNION	6,228	6,150	-0.26%	6,134	6,119	6,103	6,088	6,072	6,056
05038	ZARAGOZA	12,403	12,697	0.40%	12,709	12,759	12,809	12,859	12,911	12,962
		2,173,750	2,295,808	1.04%	2,328,223	2,344,838	2,361,096	2,377,471	2,417,886	2,442,301

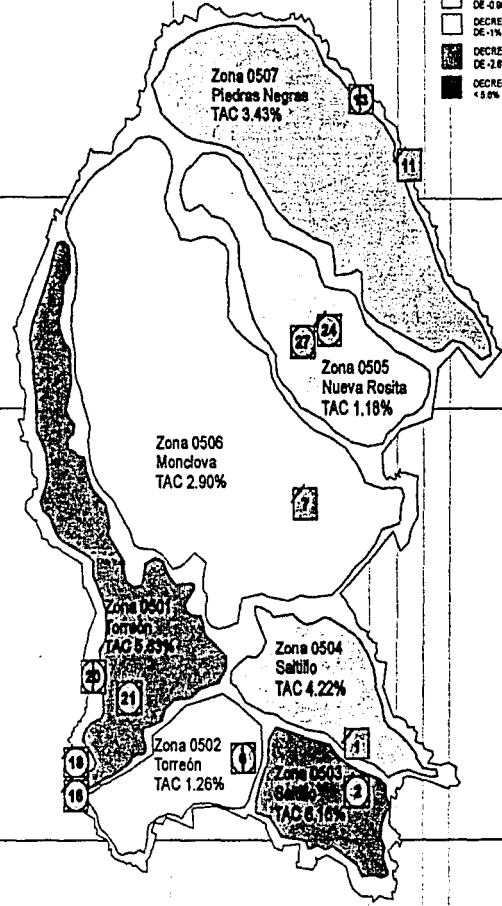
Análisis de Población por Municipio
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.12 Crecimiento de Población Usuaría

UNIDAD	LOCALIDAD	POBLACION USUARIA								TASA ANUAL DE CRECIMIENTO
		1998	2008	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
TORREON 8500										
U.M.F. No. 71										
SUBTOTAL										
TORREON 8501										
U.M.F. No. 18										
H.G.S.Z./M.F. No. 21										
H.G.S.Z./M.F. No. 20										
U.M.F. No. 83										
SUBTOTAL										
TORREON 8502										
U.M.F. No. 18										
H.G.S.Z./M.F. No. 6										
U.M.F. No. 90										
U.M.F. No. 81										
U.M.F. No. 86										
SUBTOTAL										
SALTILLO 8503										
U.M.F. No. 21										
U.M.F. No. 3										
U.M.F. No. 68										
SUBTOTAL										
SALTILLO 8504										
U.M.F. No. 67										
U.M.F. No. 62										
U.M.F. No. 70										
U.M.F. No. 73										
U.M.F. No. 4										
SUBTOTAL										
MONCLOVA 8505										
U.M.F. No. 27										
U.M.F. No. 25										
U.M.F. No. 28										
U.M.F. No. 29										
U.M.F. No. 31										
U.M.F. No. 23										
U.M.F. No. 26										
U.M.F. No. 32										
SUBTOTAL										
MONCLOVA 8506										
U.M.F. No. 64										
U.M.F. No. 58										
U.M.F. No. 5										
U.M.F. No. 8										
U.M.F. No. 10										
U.M.F. No. 50										
U.M.F.-E.M. No. 32										
U.M.F. No. 74										
U.M.F. No. 65										
SUBTOTAL										
PIEDRAS NEGRAS 8507										
U.M.F. No. 13										
U.M.F. No. 81										
U.M.F. No. 87										
U.M.F. No. 12										
U.M.F. No. 14										
U.M.F. No. 15										
U.M.F. No. 60										
U.M.F. No. 64										
U.M.F. No. 78										
SUBTOTAL										

TOTAL DELEGACIONAL 1,133,433 1,383,534 1,416,425 1,478,211 1,511,632 1,544,483 1,645,076 1,701,864

- CRECIMIENTO EXTREMO > 5%
- CRECIMIENTO ACELERADO DE 2.6% A 5.5%
- CRECIMIENTO MODERADO DE 1% A 2.5%
- ESTABLE DE -0.9% A 0.9%
- DECREMENTO MODERADO DE -1% A -2.5%
- DECREMENTO ACELERADO DE -2.6% A -5.5%
- DECREMENTO EXTREMO < -5.5%



Crecimiento de PDHU por Zona Médica
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.13 Diagnóstico de Recursos de Primer Nivel

UNIDAD	LOCALIDAD	No. COMARCAS	POBLACION DEPENDIENTE URBANA			COM. REG. AL 1991	2001		COM. REG. AL 2006	2006		
			1995	2000	2005		SUPERAVIT	DEFICIT		SUPERAVIT	DEFICIT	
TORREÓN 0500												
K.O.Z.M.F. No. 7	Torreón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TORREÓN 0501												
K.O.Z.M.F. No. 9	Torreón	5	18,211	20,762	22,935	4	4	-	5	3	-	
H.G.S.Z.M.F. No. 21	San Pedro de las Cols	5	18,102	30,575	42,734	6	-	1	9	-	4	
H.G.S.Z.M.F. No. 20	Francisco I. Madero	8	21,536	40,759	63,404	8	-	2	13	-	7	
U.M.F. No. 63	Mercedes	6	18,692	26,218	38,039	5	1	-	8	-	2	
	Subtotal	25	78,641	118,314	198,586	23	5	3	35	3	13	
TORREÓN 0502												
K.O.Z.M.F. No. 8	Torreón	19	111,011	121,601	136,092	29	-	8	29	-	8	
H.G.S.Z.M.F. No. 8	Palmas de la Fuente	5	20,500	29,473	39,197	4	1	-	4	1	-	
U.M.F. No. 65	Torreón	10	44,215	38,069	32,411	8	2	-	7	3	-	
U.M.F. No. 61	Laguna del Rey	2	3,444	3,665	4,552	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 66	Torreón	22	100,836	112,830	120,378	24	-	2	28	-	8	
	Subtotal	58	280,106	297,058	334,578	62	4	8	68	5	15	
BALTILLO 0503												
K.O.Z.M.F. No. 1	Baltillo	13	60,377	70,082	81,238	15	-	2	17	-	4	
U.M.F. No. 62	Sanito (Llaneta)	11	64,981	120,421	198,931	25	-	-	42	-	29	
U.M.F. No. 3	Ramón Arce	2	20,720	10,014	10,583	5	-	-	5	-	8	
U.M.F. No. 68	Ramón Arce	4	-	16,922	21,063	4	-	-	4	-	-	
	Subtotal	30	145,958	217,439	312,875	48	-	13	71	-	35	
BALTILLO 0504												
K.O.Z.M.F. No. 5	Baltillo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
U.M.F. No. 67	Topacio	1	38	138	228	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 62	General Cepeda	1	1,188	2,723	4,639	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 70	Sanito	11	48,365	60,301	82,821	13	-	2	17	-	8	
U.M.F. No. 73	Sanito	17	94,225	110,884	137,203	23	-	8	29	-	12	
U.M.F. No. 4	Arriaga	1	2,237	4,557	7,188	1	-	-	1	-	-	
	Subtotal	31	143,053	178,603	232,080	38	-	8	48	-	18	
HUEVA ROSITA 0505												
K.O.Z.M.F. No. 1	Hueva Rosita	8	33,622	33,791	34,423	8	-	-	7	1	-	
H.G.S.Z.M.F. No. 27	Paezu	4	15,263	16,724	18,210	3	1	-	4	-	-	
U.M.F. No. 25	Uechar Márquez	5	18,338	20,853	24,317	4	1	-	5	-	-	
U.M.F. No. 28	Rancharías	1	498	835	1,519	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 29	Las Esperanzas	1	3,190	3,620	4,296	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 31	Barroterán	3	10,441	10,148	10,050	2	1	-	2	1	-	
U.M.F. No. 23	Sanitas	5	22,047	22,947	24,795	5	-	-	5	-	-	
U.M.F. No. 26	Angita	2	8,127	7,804	9,634	2	-	-	2	-	-	
U.M.F. No. 32	San José de Añá	1	1,908	1,524	1,064	1	-	-	1	-	-	
	Subtotal	30	111,424	118,054	128,377	27	3	-	28	2	-	
MONCLOVA 0506												
K.O.Z.M.F. No. 7	Monclova	15	128,684	72,114	53,000	15	-	-	11	4	-	
U.M.F. No. 64	Monclova	5	-	23,499	29,290	4	1	-	5	-	-	
U.M.F. No. 65	Monclova	5	-	18,714	23,734	4	1	-	5	-	-	
U.M.F. No. 9	Villa Frontera	10	38,415	44,925	58,083	9	1	-	12	-	2	
U.M.F. No. 6	Casasos	5	15,471	24,604	31,990	5	-	-	6	-	1	
U.M.F. No. 10	San Buenaventura	3	12,724	11,991	11,938	2	-	-	2	1	-	
U.M.F. No. 50	Cuatro Ciénegas	2	4,162	5,198	7,299	2	1	-	2	-	-	
U.M.F.E.M. No. 52	Campo	2	1,487	1,566	1,711	2	1	-	1	1	-	
U.M.F. No. 74	Haciendas	1	2,978	3,078	3,970	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 63	Villa Frontera	5	22,181	27,600	35,600	5	-	-	6	-	1	
	Subtotal	53	198,684	228,068	254,144	48	5	-	61	6	4	
PIEDRAS NEGRAS 0507												
K.O.Z.M.F. No. 11	Piedras Negras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
H.G.S.Z.M.F. No. 13	Cd. Acuña	12	60,207	65,537	86,297	14	-	-	20	-	8	
U.M.F. No. 81	Cd. Acuña	5	27,885	34,710	43,710	6	-	-	8	-	3	
U.M.F. No. 12	Añero	3	12,720	15,436	15,402	3	-	-	3	-	-	
U.M.F. No. 14	Zaragoza	2	6,427	5,917	5,938	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 15	Villa Unión	1	2,469	2,826	2,981	1	-	-	1	-	-	
U.M.F. No. 60	Nava	3	7,096	13,124	20,928	3	-	-	4	-	1	
U.M.F. No. 64	Monclova	2	10,625	4,688	7,181	1	1	-	3	-	-	
U.M.F. No. 19	Piedras Negras	17	60,620	93,000	104,823	15	-	-	25	-	5	
	Subtotal	45	180,620	228,418	280,058	48	1	3	61	6	12	
TOTAL DELEGACIONAL			278	1,137,443	1,345,858	1,701,647	30	18	37	383	18	102

PUNTO DE ATENCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS, DELEGACION N.º 6 COM. CALLEJA, DEPARTAMENTO DE CONSTRUCCION Y COMERCIO, DELEGACION N.º 6 COM. CALLEJA.

caso de estudio

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

95

tesis profesional UMO

5.13 Diagnóstico de Recursos de Segundo y Tercer Nivel

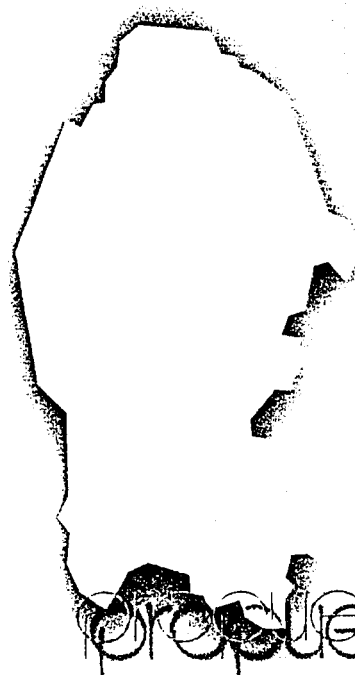
UNIDAD	LOCALIDAD	DERIVA EN:	NO. DE CASAS	POBLACIÓN DERECHOAHABIENTE USUARIA		POBLACIÓN DERIVADA	POBLACIÓN AL 2000 CONCENTRADA	POBLACIÓN AL 2006 CONCENTRADA	REQUERIMIENTOS AL 2001	2001		ÍNDICE OPERACIÓN	REQUERIMIENTOS AL 2006		2006	
				1995	2000					DEFICIT	SUPERAVIT		DEFICIT	SUPERAVIT		
C.M.N.	Torreón.		-	-	-	-	-	-	-	-	0.9231	-	-	-	-	
H. Esp. No. 71	Torreón.		230	-	-	-	316,226	405,428	297	- 87	-	0.1117	367	- 137	-	
H.G.Z./M.F. No. 18	Torreón.	C.M.N. Torreón.	108	18,211	20,782	14,582	46,880	60,947	51	-	57	0.6125	71	-	37	
H.G.S.Z./M.F. No. 21	San Pedro de las Col.	C.M.N. Torreón.	23	18,102	30,575	11,215	30,575	42,234	7	-	16	0.2457	10	-	13	
H.G.S.Z./M.F. No. 20	Francisco I. Madero.	C.M.N. Torreón.	27	21,636	40,759	24,154	40,759	63,404	13	-	14	0.3305	21	-	8	
H.G.Z./M.F. No. 16	Torreón.	C.M.N. Torreón.	231	111,011	121,600	81,844	278,585	304,381	202	-	29	0.6995	221	-	10	
H.G.S.Z./M.F. No. 6	Parras de la Fuente.	C.M.N. Torreón.	18	20,500	20,473	12,768	20,473	20,197	6	-	12	0.2980	6	-	12	
H.G.Z./M.F. No. 2	Saltillo.	C.M.N. Monterrey.	81	60,377	70,082	68,822	215,625	319,219	182	- 101	-	0.7738	247	- 166	-	
H.G.Z. No. 1	Saltillo.	C.M.N. Monterrey.	172	-	-	56,517	188,896	241,354	142	-	30	0.7800	188	- 18	-	
H.G.Z./M.F. No. 24	Nueva Rosita.	C.M.N. Monterrey.	82	33,622	33,701	22,188	62,501	70,233	53	-	29	0.7287	58	-	24	
H.G.S.Z./M.F. No. 27	Palau.	C.M.N. Monterrey.	34	15,283	16,724	10,243	52,278	58,431	32	-	2	0.6125	38	- 2	-	
H.G.Z./M.F. No. 7	Monclova.	C.M.N. Monterrey.	234	126,694	72,114	78,261	227,171	245,404	172	-	62	0.7480	184	-	50	
H.G.Z. No. 11	Piedras Negras.	C.M.N. Monterrey.	99	-	-	43,982	134,997	152,051	115	- 18	-	0.7580	133	- 34	-	
H.G.S.Z. No. 13	Cd. Acuña.	C.M.N. Monterrey.	40	-	-	42,302	93,422	139,333	69	- 29	-	0.6309	88	- 48	-	
SUBTOTAL			1,379	425,416	428,990	442,898	1,704,488	2,122,616	1,341	- 213	251		1,630	- 403	182	
TOTAL DELEGACIONAL			1,379	425,416	428,990	2,974,438	1,704,488	2,122,616	1,341	- 213	251		1,630	- 403	182	

Tabla de Diagnóstico 2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.15 Requerimientos de Recursos

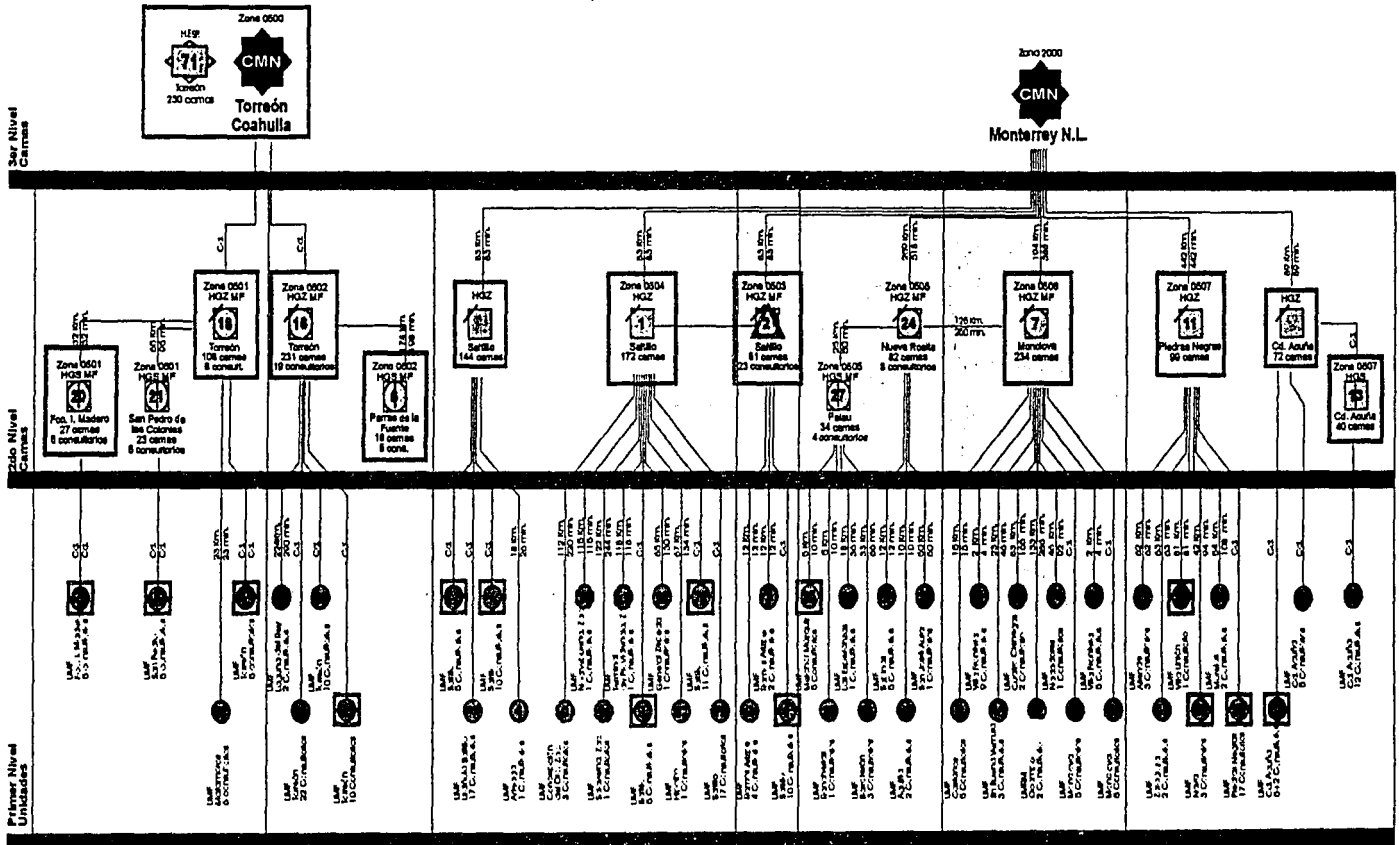
UNIDAD	LOCALIDAD	CAMAS CENSABLES	NO. CONSULTORIOS	2001		2004		2006	
				CONSULTORIOS	CAMAS	CONSULTORIOS	CAMAS	CONSULTORIOS	CAMAS
TORREON 0509									
H. Esp. No. 71	TORREON	230	-	-	67	-	106	-	137
TORREON 0501									
H.Z.M.F. No. 10	TORREON	106	8	-	-	-	-	-	-
H.G.S.Z.A.F. No. 21	San Pedro de las Col.	23	5	1	-	3	-	4	-
H.G.S.Z.A.F. No. 20	Francisco I. Madero	27	6	2	-	5	-	7	-
U.M.F. No. 63	Matamoros	-	6	-	-	1	-	2	-
	subtotal	158	26	3	-	8	0	13	0
TORREON 0502									
H.Z.M.F. No. 18	TORREON	231	19	6	-	7	-	9	-
H.G.S.Z.A.F. No. 6	Palmas de la Fuente	18	5	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 50	Torreon	-	10	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 61	Laguna del Rey	-	2	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 66	Torreon	-	22	2	-	4	-	6	-
	subtotal	249	58	8	0	11	0	15	0
SALTILLO 0503									
H.Z.M.F. No. 1	SALTILLO	81	13	2	101	3	138	4	166
U.M.F. No. 62	Saltillo (Urefovia)	-	17	6	-	10	-	25	-
U.M.F. No. 3	Ramos Arzpa	-	2	3	-	5	-	6	-
U.M.F. No. 68	Ramos Arzpa	-	4	-	-	-	-	-	-
	subtotal	81	36	13	101	27	138	35	166
SALTILLO 0504									
H.Z.M.F. No. 1	SALTILLO	172	-	-	-	-	-	-	18
U.M.F. No. 67	Hibolito	-	1	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 62	Generis Capaca	-	1	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 70	Saltillo	-	11	2	-	5	-	6	-
U.M.F. No. 73	Saltillo	-	17	6	-	9	-	12	-
U.M.F. No. 4	Artaga	-	1	-	-	-	-	-	-
	subtotal	172	31	8	-	14	-	18	18
 NUEVA ROSITA 0506									
H.Z.M.F. No. 14	NUEVA ROSITA	82	8	-	-	-	-	-	-
H.G.S.Z.A.F. No. 27	Palas	34	4	-	-	-	-	-	2
U.M.F. No. 25	Melchor Muzquiz	-	5	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 28	Rancherías	-	1	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 29	Las Esperanzas	-	1	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 31	Berrotérin	-	3	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 23	Selmas	-	5	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 26	Agüita	-	2	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 32	San José de Auná	-	1	-	-	-	-	-	-
	subtotal	116	30	-	-	-	-	-	2
MONCLOVA 0508									
H.Z.M.F. No. 7	MONCLOVA	234	15	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 64	Monclova	-	5	-	-	1	-	1	-
U.M.F. No. 66	Monclova	-	5	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 9	Villa Frontera	-	10	-	-	1	-	1	-
U.M.F. No. 6	Castaños	-	5	-	-	1	-	2	-
U.M.F. No. 10	San Buenaventura	-	3	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 50	Cuatro Camarones	-	2	-	-	-	-	-	-
U.M.R.-M. No. 52	Ocampo	-	2	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 74	Nacidoles	-	1	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 65	Villa Frontera	-	5	-	-	-	-	1	-
	subtotal	234	63	-	-	3	-	6	-
PIEDRAS NEGRAS 0507									
H.Z.M.F. No. 11	PIEDRAS NEGRAS	99	-	-	16	-	27	-	34
H.G.S.Z. No. 13	Cd. Acuña	40	-	-	20	-	43	-	48
U.M.F. No. 61	Cd. Acuña	-	12	2	-	7	-	8	-
U.M.F. No. 67	Cd. Acuña	-	5	1	-	2	-	3	-
U.M.F. No. 12	Azules	-	3	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 14	Zaragoza	-	2	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 15	Villa Unión	-	1	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 60	Hueso	-	3	-	-	1	-	1	-
U.M.F. No. 64	Moritas	-	2	-	-	-	-	-	-
U.M.F. No. 78	Piedras Negras	-	17	2	-	4	-	5	-
	subtotal	139	48	6	46	14	70	17	82
TOTAL DELEGACIONAL		1,378	278	37	519	78	514	103	403

Tabla de Requerimientos Físicos
2002, Dibujo: Alexis Tacuba C.



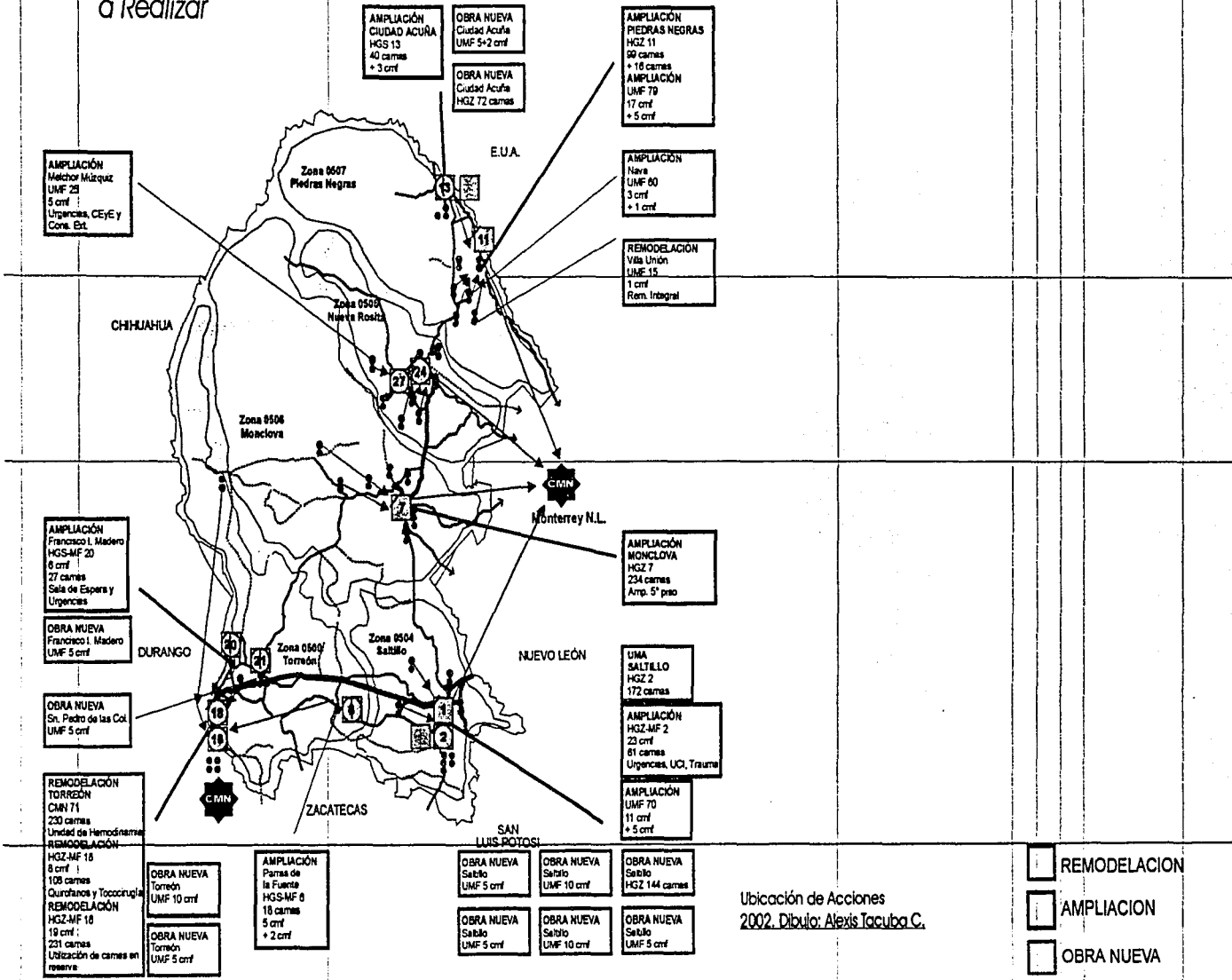
5.16 Propuesta para la Derivación de Unidades Médicas

- REMODELACION
- AMPLIACION
- OBRA NUEVA
- OBRA NUEVA UMA



Propuesta de Derivación
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

5.17 Propuesta Inmobiliaria de Acciones a Realizar



5.18 Propuesta de Inversión

TIPO DE UNIDAD	LOCALIDAD	TIPO DE OBRA	CAPACIDAD	CONSTRUCCIÓN M ²	TERRENO POR ADQUIRIR M ²	DESCRIPCIÓN	MONTOS DE INVERSIÓN			PROG. INV. 2001	PERIODO DE RECLUTAMIENTO			
							OBRA	EQUIPAMIENTO	TOTAL		CORTO PLAZO		MEDIANO PLAZO	
							2001	2002	2003	2004	2005	2006		
ZONA 0508 TORREÓN														
H. Esp. No. 71	Torreón.	R				Instalación de Bomba de Cobalto, (se cuenta con el equipo). Programa de Inversión 2001.				\$1,320				
H. Esp. No. 71	Torreón.	A				Ampliación (1a/2a etapa). Programa de Inversión 2001.				\$874				
H. Esp. No. 71	Torreón.	R		300		Unidad de Hemodinamia. (origen de la pedoón Delegada).	\$ 4,740	\$ 938	\$ 5,678		\$ 5,678			
SUBTOTAL							\$ 4,740	\$ 938	\$ 5,678	\$ 2,194	\$ 5,678			
				02 REMODELACIONES		01 AMPLIACIONES		00 NUEVAS						
				\$8,998		\$874		\$ -						
ZONA 0501 TORREÓN														
H.G.Z.A.F. No. 18	Torreón.	R				U. Radioterapia, Cob. y Equipo de Rx. Programa de Inversión 2001.				\$ 4,878				
H.G.Z.A.F. No. 18	Torreón.	R		250		Rem. Quirófano y Tococruge. Completar 2a. Etapa de Remodelación. Proveniente de reserva del análisis de la unidad y T.A.C. de la unidad 4.43%.	\$ 3,950	\$ 780	\$ 4,730		\$ 4,730			
H.G.B.A.F. No. 20	Francisco I. Madero.	A		580		Amp. Sala de espera de Cor. Ext. y Urgencias. Tasa de crec. Alta. 7.84%. Existe reserva técnica.	\$ 9,164	\$ 1,608	\$ 10,873		\$ 10,873			
U.M.F.	San Pedro de las Col.	N	5 cons.	2,000	8,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2008. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional. T.A.C. 5.53%.	\$ 29,741	\$ 4,738	\$ 34,479				\$ 34,479	
U.M.F.	Francisco I. Madero.	N	5 cons.	2,000	8,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2004. Constituir reserva territorial en zonas de crec. Poblacional.	\$ 29,741	\$ 4,738	\$ 34,479				\$ 34,479	
SUBTOTAL							\$ 72,598	\$ 12,065	\$ 84,881	\$ 4,878	\$ 15,703	\$ 34,479	\$ 34,479	
				02 REMODELACIONES		01 AMPLIACIONES		02 NUEVAS						
				\$8,998		\$10,873		\$68,958						
ZONA 0502 TORREÓN														
H.G.Z.A.F. No. 18	Torreón.	R		450		Utilización de camas en reserva. Aprovechar el recurso existente. Derivado del crecimiento de la pop. DHU al 2006. T.A.C. 1.74%.	\$ 7,110	\$ 1,404	\$ 8,514				\$ 8,514	
H.G.Z.A.F. No. 8	Parras de la Fuente.	A	2 cons.	330		3 CMF. 1 Quirófano, 9 Camas, Urgencias y Tococruge. Origen de la pedoón: Área Médica.	\$ 5,214	\$ 1,028	\$ 6,243		\$ 6,243			
U.M.F.	Torreón.	N	5 cons.	2,000	8,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2002. Constituir reserva territorial en zona Oriente de la ciudad. T.A.C. 2.70%.	\$ 29,741	\$ 4,738	\$ 34,479		\$ 34,479			
U.M.F.	Torreón.	N	10 cons.	3,850	7,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2004. Constituir reserva territorial en zona Poniente de la ciudad.	\$ 80,799	\$ 10,001	\$ 70,800			\$ 70,800		
SUBTOTAL							\$ 102,864	\$ 17,172	\$ 120,036		\$ 40,722	\$ 70,800	\$ 8,514	
				01 REMODELACIONES		01 AMPLIACIONES		02 NUEVAS						
				\$8,514		\$6,243		\$105,279						
ZONA 0503 BALTILLO														
H.G.Z.A.F. No. 2	Saltillo.	A		500		Urgencias. (U.C.I. Traumatología, Sala Rx). Origen de la pedoón: Área Médica.	\$ 7,900	\$ 1,580	\$ 9,480		\$ 9,480			
U.M.F.	Saltillo.	N	10 cons.	3,850	7,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2002. Constituir reserva territorial en zona poniente de la ciudad.	\$ 80,799	\$ 10,001	\$ 70,800		\$ 70,800			
U.M.F.	Saltillo.	N	5 cons.	2,000	8,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2004. Constituir reserva territorial en los límites con Ramos Arizpe. (Zona Industrial).	\$ 29,741	\$ 4,738	\$ 34,479			\$ 34,479		
U.M.F.	Saltillo.	N	5 cons.	2,000	8,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2000. Constituir reserva territorial en los límites con Arriaga.	\$ 29,741	\$ 4,738	\$ 34,479				\$ 34,479	
SUBTOTAL							\$ 126,181	\$ 21,037	\$ 148,218		\$ 80,280	\$ 34,479	\$ 34,479	
				01 REMODELACIONES		01 AMPLIACIONES		03 NUEVAS						
				\$8		\$9,480		\$138,758						

5.18 Propuesta de Inversión cont...

TIPO DE UNIDAD	LOCALIDAD	TIPO DE OBRA	CAPACIDAD	CONSTRUCCIÓN OT	TIEMPO POR ADQUIRIR M ²	DESCRIPCIÓN	MONTOS DE INVERSIÓN			PROG. INV 2001	PERIODO DE REQUERIMIENTOS			
							ZONA	EQUIPAMIENTO	TOTAL		CORTO PLAZO		MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
							2001	2002	2003	2004	2005	2006		
ZONA 8004 SALTILLO														
H.O.Z. No. 1	Saltillo	A		2,000		Unidad de Medicina Ambulatoria, para desempeñar el segundo nivel en Saltillo. Origen de la petición: Delegacional.	\$ 31,800	\$ 12,478	\$ 44,278			\$ 44,278		
U.M.F. No. 70	Saltillo	A	3 cons.	500		Lab. Farmacia, Sala de Espera y 3 Clmf. Origen de la petición: Plan General Inmobiliario T.A.C. de la unidad \$ 43%.	\$ 8,750	\$ 711	\$ 7,481			\$ 7,481		
U.M.F.	Saltillo	N	10 cons.	3,650	7,000	Unidad de primer nivel Nueva, para cubrir el déficit de consultorios al 2000. Constituir reserva territorial en zona norte de la ciudad, límite con Ramon Arce.	\$ 60,796	\$ 10,021	\$ 70,800					\$ 70,800
H.O.Z.	Saltillo	N	144 camas	21,000	26,000	Hospital General de Zona, para cubrir el déficit de camas actual. Constituir reserva territorial en la zona oeste de la ciudad, (por el Parque de las Maravillas).	\$ 331,800	\$ 130,064	\$ 462,704			\$ 462,704		
SUBTOTAL							\$ 430,949	\$ 154,182	\$ 585,131	\$ -	\$ 514,331	\$ -	\$ -	\$ 70,800
00 REMODELACIONES				02 AMPLIACIONES				02 NUEVAS						
\$0				\$51,537				\$533,594						
ZONA 0505 NUEVA ROMITA														
U.M.F. No. 25	Malher Múzquiz	A		80		Urgencias, C.E.YE y Cons. Externa, Sustitución de equip. Origen de la petición: Delegacional.	\$ 1,233	\$ 130	\$ 1,418			\$ 1,418		
SUBTOTAL							\$ 1,233	\$ 130	\$ 1,418	\$ -	\$ 1,418	\$ -	\$ -	\$ -
00 REMODELACIONES				01 AMPLIACIONES				00 NUEVAS						
\$0				\$1,418				\$0						
ZONA 0506 MONCLOVA														
H.O.Z.M.F. No. 7	Monclova	A		1,000		Ampliación So. Piso y Laboratorio. Origen de la petición: Delegacional.	\$ 15,800	\$ 3,118	\$ 18,918			\$ 18,918		
SUBTOTAL							\$ 15,800	\$ 3,118	\$ 18,918	\$ -	\$ -	\$ 18,918	\$ -	\$ -
00 REMODELACIONES				01 AMPLIACIONES				00 NUEVAS						
\$0				\$18,918				\$0						
ZONA 0507 PIEDRAS NEGRAS														
H.O.Z. No. 11	Piedras Negras	A	18 casas	1,000		Amp. Torrecuella, 18 camas, Mant. Int. y sustitución de equipo. Urgencias. Origen de la petición: Delegacional. T.A.C. de la Unidad 2.00%.	\$ 15,800	\$ 3,118	\$ 18,918			\$ 18,918		
U.M.F. No. 79	Piedras Negras	A	5 cons.	250		Ampliación de Clmf. en zona confinada de la unidad, por crec. de la Pob. DHU de la zona, derivado del asentamiento de maquinadoras en la región.	\$ 3,375	\$ 356	\$ 3,730			\$ 3,730		
H.G.B. No. 13	Cd. Acuña	R				Amp. y Rem. del inmueble Programa de Inversión 2001.			\$ 8,741					
H.G.B. No. 13	Cd. Acuña	A	3 cons.	150		Ampliación de Clmf. al sector las esparterías al H.O.Z. nuevo. Crec. de la Pob. DHU, 8.11%, la m se sita de la delegación.	\$ 2,025	\$ 213	\$ 2,238					\$ 2,238
U.M.F. No. 15	Villa Unión	R		250		Remediación integral del inmueble. Origen de la petición: Área Médica.	\$ 3,375	\$ 356	\$ 3,730			\$ 3,730		
U.M.F. No. 80	Nava	A	1 cons.	50		Ampliación de Clmf. Origen de la petición: Plan General Inmobiliario T.A.C. de la unidad \$ 0.2%.	\$ 875	\$ 278	\$ 950					\$ 950
U.M.F.	Cd. Acuña	N	5 + 2 cons.	2,200	8,000	Unidad de Primer Nivel Nueva. Constituir Reserva territorial en zona norponiente de la ciudad. (Zona de desarrollo actual). T.A.C. de la ciudad \$ 6%.	\$ 31,057	\$ 4,738	\$ 35,795			\$ 35,795		
H.O.Z.	Cd. Acuña	N	72 camas	8,500	18,000	Hospital General de Zona Nuevo. Cubrir déficit actual de camas, producido por el asentamiento de maquinadoras en la cd. Constituir reserva territorial en zona del asentamiento de la ciudad.	\$ 154,300	\$ 53,021	\$ 187,321			\$ 187,321		
SUBTOTAL							\$ 180,807	\$ 82,078	\$ 252,883	\$ 8,741	\$ 245,785	\$ 3,730	\$ 3,188	
02 REMODELACIONES				04 AMPLIACIONES				02 NUEVAS						
\$10,471				\$25,837				\$223,116						
TOTAL DELEGACIONAL														
							MONTOS DE INVERSIÓN			PERIODO DE REQUERIMIENTOS				
							ZONA	EQUIPAMIENTO	TOTAL	PROG. INV 2001	CORTO PLAZO		MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
							\$947,020	\$270,722	\$1,217,742	\$13,813	\$903,875	\$162,407	\$151,460	
07 REMODELACIONES				12 AMPLIACIONES				11 NUEVAS						
\$33,588				\$125,281				\$1,078,793						

R REMODELACION
A AMPLIACION
N NUEVA

5.19 Conclusión

Uno de los puntos principales que se desprende, con el análisis y propuestas anteriormente descritas, es el de permitir a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social disponer de una metodología técnica, en el que de acuerdo a la Ley del IMSS y sus Reglamentos, sea posible incorporar los elementos necesarios para la puesta en marcha de una estrategia Inmobiliaria Institucional a futuro, haciendo énfasis en el diseño de: Clínicas, Hospitales y Unidades de Medicina Ambulatoria, destinados al otorgamiento de las prestaciones en salud a la población derechohabiente.

Las opciones parten del diagnóstico previo, el cual indica para cada unidad médica las condiciones de su estado actual y en base a ello la aplicación de dichas opciones al identificar las fortalezas y debilidades ante un entorno cambiante en lo social, epidemiológico, económico, político financiero, tecnológico y operativo. Lo anterior, y siguiendo un esquema de planeación estratégica, ha sido la base para sustentar las diferentes opciones y recomendaciones que se presentaron.

En síntesis, debe señalarse que el objetivo de esta metodología es la de ofrecer de manera institucional las mejores respuestas a las demandas de su población derechohabiente, esto a través de clínicas y hospitales que permitan otorgar servicios en suficiencia, calidad y oportunidad para quienes requieren de tales satisfactores; esto significa avanzar en la modernización de la infraestructura con que actualmente cuenta el IMSS, así como diseñar y construir las nuevas unidades que se requieren para resolver las necesidades a futuro e incorporando un esquema de planeación inmobiliaria caracterizado por su capacidad de adaptación a la cada vez más complejas formas de organización que adopta la sociedad para expresar y defender

sus derechos a la salud.

También es importante señalar la gran utilidad que representa el contar con ciertos criterios metodológicos para la fundamentación de Unidades Médicas, tanto para los alumnos como para los Arquitectos, al tener marcos de referencia, como los cuadros y tablas desarrolladas a lo largo de este capítulo, y contar con una visión más amplia acerca de las expectativas consideradas así como los problemas que pudieran surgir durante el proceso de planeación hospitalaria.

6.1 Procedimiento para determinar la Ubicación de Nuevas Unidades Médicas

► La planeación Urbana

El objetivo de la planeación del desarrollo urbano es propiciar un ordenamiento territorial de acuerdo a las actividades de la población, ya que claramente se visualiza el crecimiento de la mancha urbana, sin considerar el desarrollo y vinculación de las relaciones socio-demográficas y económicas de dicha población.

Conforme a las potencialidades de cada centro poblacional, se induce el crecimiento de las ciudades de forma ordenada bajo principios sustentados en el equilibrio ambiental. De esta forma, se garantiza el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes en armonía con el entorno ecológico. Para ello se lleva la elaboración de planes y programas diversos en los que se definen zonas para el desarrollo de cada una de las actividades de la población (uso de suelo). Dentro de dichas zonas existen algunas destinadas al equipamiento y satisfacción de las necesidades básicas de sus pobladores, tales como las destinadas a los servicios médicos, objeto de esta tesis.

► Régimen Jurídico de la planeación urbana

La planeación urbana en México es una practica relativamente nueva. Antes de la promulgación de la Ley General de Asentamientos Urbanos (LGAH) que regula de manera específica la materia desde 1976, que contaba únicamente con preceptos jurídicos generales aún vigentes- establecidos en diversas leyes tales como los artículos 27 y 115 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Planeación y la Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente.

✓ El artículo 27 constitucional marca la prerrogativa del Estado para dictar las medidas necesarias para ordenar los asentamientos humanos y establecer adecuadas provisiones, usos, reservas y destinos de tierras, aguas y bosques, a efecto de ejecutar obras públicas y de planear y regular la fundación, conservación, mejoramiento y crecimiento de los centros de población. Por su parte el artículo 115 de la Constitución otorga facultades a los municipios para aprobar y administrar la zonificación y Planes de Desarrollo Urbano Municipal, participar en la creación y administración de sus reservas territoriales; controlar y vigilar la utilización del suelo; otorgar permisos y licencias de construcción y participar en la creación y administración de Zonas de Reservas Ecológicas.

✓ La ley de Planeación establece las normas y principios básicos para llevar a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo y encausar las actividades de la administración Pública Federal. Es a partir de ahí donde surgen El Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales (Plan Nacional de Desarrollo Urbano, Plan Nacional de Salud, entre otros), los Programas Institucionales, los Programas Regionales y los Especiales.

✓ La Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente es un Instrumento de ordenamiento ecológico que define los principios de la política ambiental y los instrumentos de aplicación para la preservación, la restauración y el mejoramiento del ambiente.

✓ Por su parte, la LGAH que regula de manera específica la planeación urbana, fija las normas básicas para planear y

regular el ordenamiento territorial de los asentamientos urbanos y facultar a los Estados y Municipios para expedir sus propias leyes, reglamentos, planes y programas en materia de desarrollo urbano. Asimismo, esta ley ha permitido el establecimiento de instancias federales, estatales y municipales dedicadas a la planeación y administración urbanas.

ubicar, a fin de asegurar que éste cuente con la dotación de servicios y redes de infraestructura adecuados para satisfacer sus necesidades.

Lo anterior cobra especial relevancia en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la política de donación de terrenos ha propiciado la ubicación de unidades médicas en áreas poco aptas para el desarrollo urbano, sin considerar la demanda de servicios de infraestructura de la propia unidad médica.

Es por ello que se debe buscar la correcta localización evitando zonas de riesgo, reservas territoriales, usos de suelo no compatibles o en litigio o que no cuenten con los servicios e infraestructuras necesarias, que deriven en costos adicionales importantes para el instituto así como para los gobiernos municipales y estatales.

Con base en las consideraciones anteriores se propone definir la ubicación ideal de los futuros inmuebles con base en la planeación urbana. Todo ello en plena concordancia con los planes y programas de desarrollo urbano, a efecto de elevar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios médicos a favor de la población derechohabiente.

Para la elaboración del análisis estatal, se identificó el estado actual, las principales problemáticas y necesidades en 4 aspectos fundamentales:

- Información Geográfica
- Centros de Población
- Socio-demográfico
- Sector Económico

► *Ubicación de unidades médicas*

Las unidades médicas son un importante detonador del desarrollo urbano de los lugares donde se instalan, toda vez que su ubicación propicia la aparición de diferentes giros comerciales y de servicios.

A falta de una buena planeación urbana, la mala ubicación de una unidad médica puede crear conflictos viales, obstaculizando vías primarias y secundarias, afectando zonas habitacionales cercanas con problemas de estacionamiento, aparición de comercio informal, poca accesibilidad a vías alternas, etc.

Asimismo, la mala ubicación de este equipamiento de primera necesidad, promueve un orden formal, creando una imagen urbana sin carácter e identidad con el contexto y su ubicación específica, teniendo áreas reducidas y espacios urbanos sub-utilizados, que no permiten un adecuado crecimiento futuro.

Por otro lado, es importante que el proyecto de la unidad médica concuerde con las características físicas, topográficas y de construcción de diseño tipo del lugar donde se planea

Para el análisis del medio físico se utilizó información cartográfica del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

Dentro de la información geográfica analizada para cada entidad federativa, se encuentran ubicación, división municipal y los componentes del medio natural, entre los que destacan, dada su influencia e importancia sobre el desarrollo de los asentamientos humanos: el clima, precipitación pluvial, orografía, principales relieves y vegetación.

Otro aspecto de gran importancia analizado es el de las vías de comunicación, el cual nos permitió conocer el estado de la infraestructura para comunicación con el que cuente cada estado, como son: las carreteras, aeropuertos, puertos marítimos (en su caso) y vías férreas. De ésta manera se detectó la capacidad de aproximación y acceso a los centros de población. Asimismo, se identificaron los centros de población dentro del contexto estatal y se analizó el comportamiento, importancia y jerarquía en relación con el resto de las localidades.

Por otro lado, se consultaron los Programas de Desarrollo Estatales para conocer las principales actividades estatales, municipales y locales, así como los proyectos económicos y de desarrollo prioritarios que pudieran alentar o disminuir las tendencias de crecimiento de algunas zonas.

Con el objeto de identificar las tendencias de crecimiento y analizar el comportamiento socio-demográfico en el territorio, se estudiaron el crecimiento y distribución de la población y su estructura por sexo y edad, tanto en el ámbito estatal, como en el municipal. Así fue posible conocer si el crecimiento o

disminución en la tasa municipal se debió a efectos naturales (natalidad y muerte) o a movimientos migratorios.

Se realizaron proyecciones, tanto en la población general, como para la población usuaria del IMSS, con objeto de comparar tasas de crecimiento. De esta forma hicieron recomendaciones sobre los municipios en los que, dada su ubicación, infraestructura, tendencias de crecimiento y limitantes para el desarrollo, deberían ser ubicadas las unidades médicas.

Para la elaboración del análisis local se llevó a cabo el diagnóstico-pronóstico de la localidad y sus zonas conurbadas considerando:

- Información geográfica
- Centros de Población
- Aspectos Socio-Demográficos
- Sector Económico

Con referencia a la información geográfica se contemplaron las limitantes físico-espaciales tales como ríos, mar barrancas, cerros, características topográficas, banco de materiales, zonas de conservación y reservas, tipo de suelo.

Con relación a los centros de población se analizó equipamiento e infraestructura, su impacto y capacidad de servicios incluyendo: accesos carreteros, vialidades, servicios de alumbrado, agua, alcantarillado, telefonía, radiocomunicación, mobiliario urbano, así como unidades existentes del IMSS, relacionando su vinculación entre inmuebles existentes, servicios de infraestructura vial, capacidad, funciones y operación.

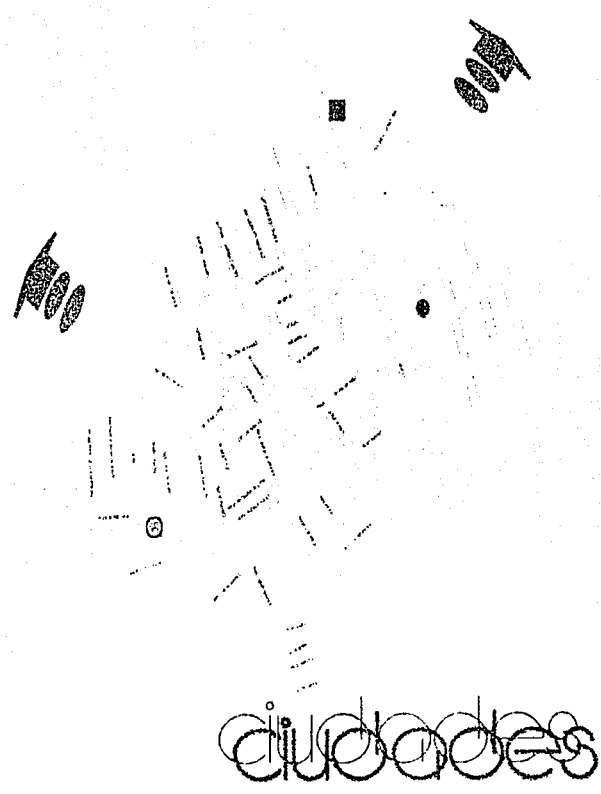
• • • • •

Dentro del sector socio-demográfico se analizaron las características, actividades y necesidades de la población, tomando en cuenta los planes de desarrollo urbano, identificando los usos de suelo existentes, con objeto de determinar las zonas posibles para la ubicación de unidades médicas. Asimismo, se consideró la densidad de población, el número de personas que habitan por vivienda, la identificación de áreas de crecimiento y la expansión de la mancha urbana, por medio del análisis de Información de Área Geoestadística Básica con información del INEGI de 1990 a 19950, identificando por grupos de manzanas las zonas beneficiadas y afectadas por dicho crecimiento.

• Conclusiones

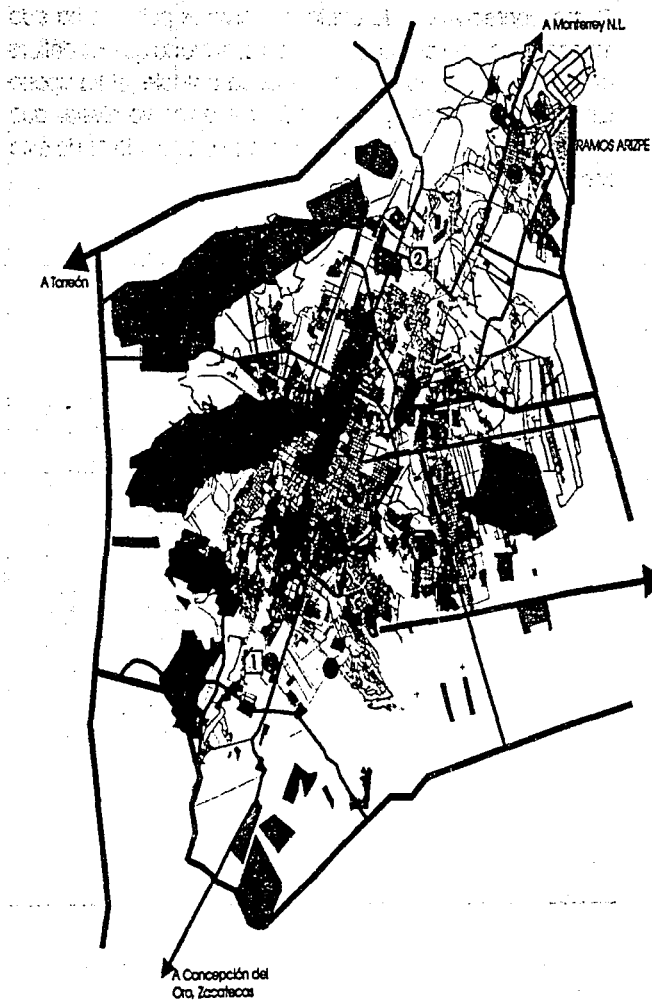
El presente análisis permite identificar y contar con una visión para el establecimiento de unidades médicas del IMSS con proyección al 2006, de acuerdo con las necesidades a nivel infraestructura y equipamiento, de tal forma que su ubicación estratégica dé respuesta al desarrollo y crecimiento de las poblaciones, evitando un impacto negativo dentro del contexto urbano y los instrumentos de control normativos establecidos.

Al mismo tiempo se mejora la calidad de vida y servicios demandados por los usuarios, reduciendo y optimizando recursos, tanto materiales como humanos, para la creación de centros de salud que cuenten con las condiciones adecuadas tanto para el desarrollo de funciones de trabajadores, como para las personas que solicitan los servicios.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2 Ciudad de Saltillo "Uso de Suelo"



- A Aftoaga
- H. G. Z. M. F.
Hospital General de Zona
- H. G. Z. M. F.
Hospital General de Zona con
Medicina Familiar
- U. M. F.
Unidad Médica Familiar
- ZONA MILITAR
- HABITACIONAL DENS. ALTA
- HABITACIONAL DENS. ALTA
- EQUIPAMIENTO
- INDUSTRIA
- AREAS VERDES
- ZEDEC
- CENTRO VECINAL
- HABITACIONAL DENS. BAJA
- AEROPUERTO

Plano de Uso de Suelo, Saltillo
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.



-
-
-
-
-
-
-
-

La Ciudad de Saltillo se localiza en la zona sureste del estado, a 828 km de la Ciudad de México, a través de la carretera federal número 57, que pasa por los estados de Nuevo León, San Luis Potosí, Guanajuato y Querétaro. Delimitada por una serie de montañas al sur y sureste que son extensiones pertenecientes a la Sierra Madre Oriental.

Como consecuencia, la oferta de servicios públicos ha sido rebasada por una demanda creciente, al grado que los déficits en algunos satisfactores como el agua potable, el transporte urbano, las vialidades y la vivienda, presentan ya niveles que amenazan la calidad de vida de todos los pobladores de esta zona.

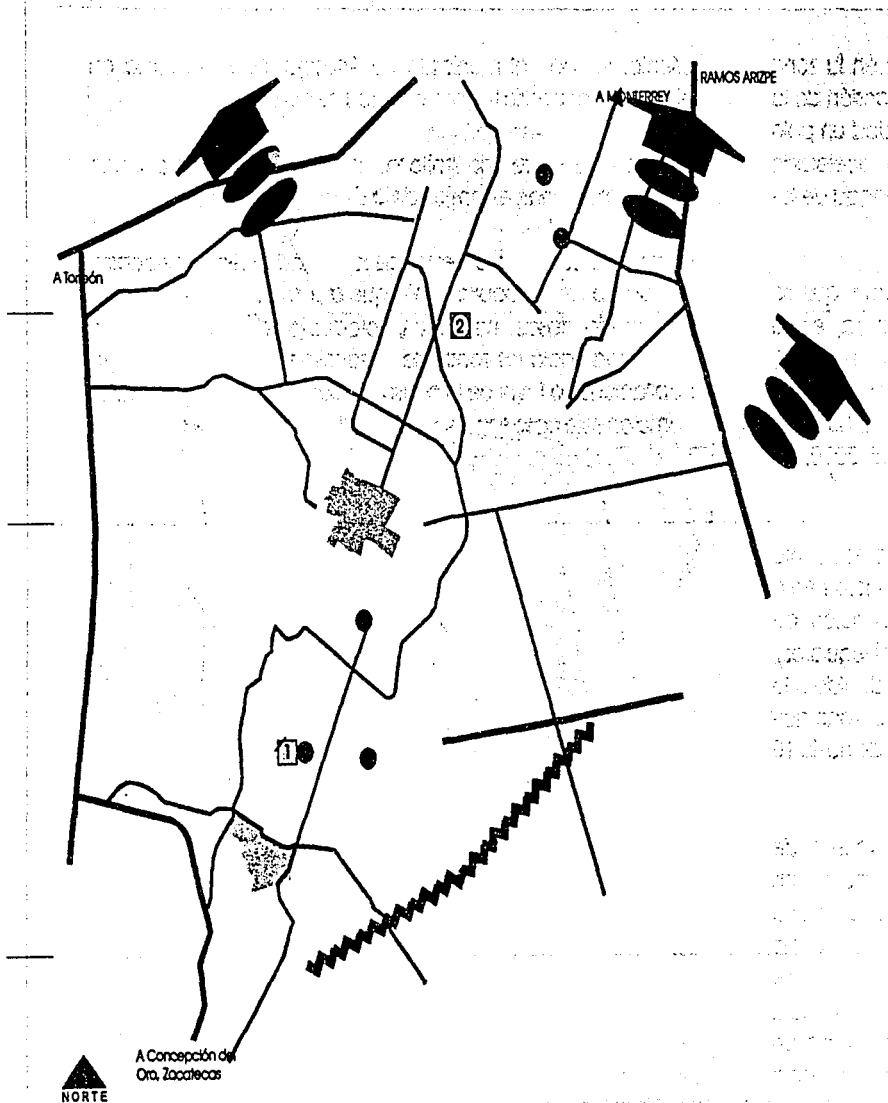
Al norte por la carretera número 40 colinda con el municipio y ciudad de Ramos Arizpe (ésta última conurbada prácticamente). Y por esta misma vía a 89 km se llega a la Ciudad de Monterrey.














Cuenta con una infraestructura ferroviaria importante, por lo que representa para el desarrollo del estado, los ejes medulares provienen de Torfeón y Monclova; El aeropuerto se encuentra en la ciudad de Ramos Arizpe.

Por lo que respecta a su uso de suelo, es habitacional del tipo media y baja en el norte, sur y poniente, seguido por el uso industrial (predominando el ramo automotriz) en toda la franja nor-poniente de la ciudad hasta los límites con Ramos Arizpe, servicios en la zona centro y un corredor comercial (Boulevard Venustiano Carranza) que atraviesa prácticamente toda la ciudad de norte a sur.

La vocación económica natural de Coahuila es la industria. Así lo determinan sus características geográficas, sus recursos naturales, sus enormes zonas semi-desérticas cuya escasez de agua limita en algunas áreas, y en otras imposibilita, el desarrollo racional y ordenado de otras actividades productivas. Ejemplo de lo anterior es la Ciudad de Saltillo que durante los últimos años ha experimentado un flujo importante de inversiones provenientes sobre todo de los Estados Unidos, derivado de la firma del tratado de Libre Comercio.

6.3 Ciudad de Sattillo "Crecimiento"



-  H. G. Z. M. F.
Hospital General de Zona
-  H. G. Z. M. F.
Hospital General de Zona con
Medicina Familiar
-  U. M. F.
Unidad Médica Familiar
-  CRECIMIENTO EXTREMO
> 5.6%
-  CRECIMIENTO ACCELERADO
DE 2.6% A 6.5%
-  CRECIMIENTO MODERADO
DE 1% A 2.5%
-  ESTABLE
DE -0.99% A 0.99%
-  DECREMENTO MODERADO
DE -1% A -2.5%
-  DECREMENTO ACCELERADO
DE -2.6% A -5.5%
-  DECREMENTO EXTREMO
< -5.6%
-  TENDENCIA DE CRECIMIENTO
-  LÍMITE NATURAL
-  AREAS DE INFLUENCIA DE LAS UNIDADES
ACTUALES

Plano de Análisis de Crecimiento
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

Las grandes Inversiones de la Industria automotriz en la zona conurbada Saltillo-Ramos Arizpe, detonaron la expansión de la economía de esa zona, que hicieron de ésta ciudad un polo importante de desarrollo trayendo consigo un acelerado crecimiento demográfico y una expansión desordenada de los centros urbanos.

Pertenece a la región económica Sureste del estado, que se centra en las industrias automotriz y metalmecánica, en la construcción, el comercio y los servicios. Su población actual, agrupada en 5 municipios (Saltillo, Ramos Arizpe, Arteaga, General Zepeda y Parras de la Fuente), es de 638,542 hab. En 1990 su población era de 538,080, de 1990 al 2010, su crecimiento se estima en un 49%.

Como es de suponer, en las últimas dos décadas el crecimiento urbano de la ciudad de Saltillo, ha mostrado un incremento poblacional importante, trayendo consigo la aparición de nuevos desarrollos habitacionales (algunos de ellos irregulares), sobre todo en la zona norte, (hacia Ramos Arizpe), debido a la expansión de la zona industrial (que se localiza en la zona norponiente) registrando tasas anuales de crecimiento de hasta 10 puntos porcentuales al año.

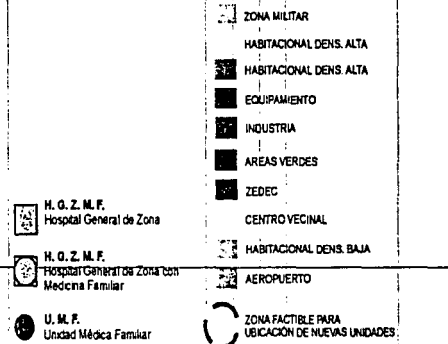
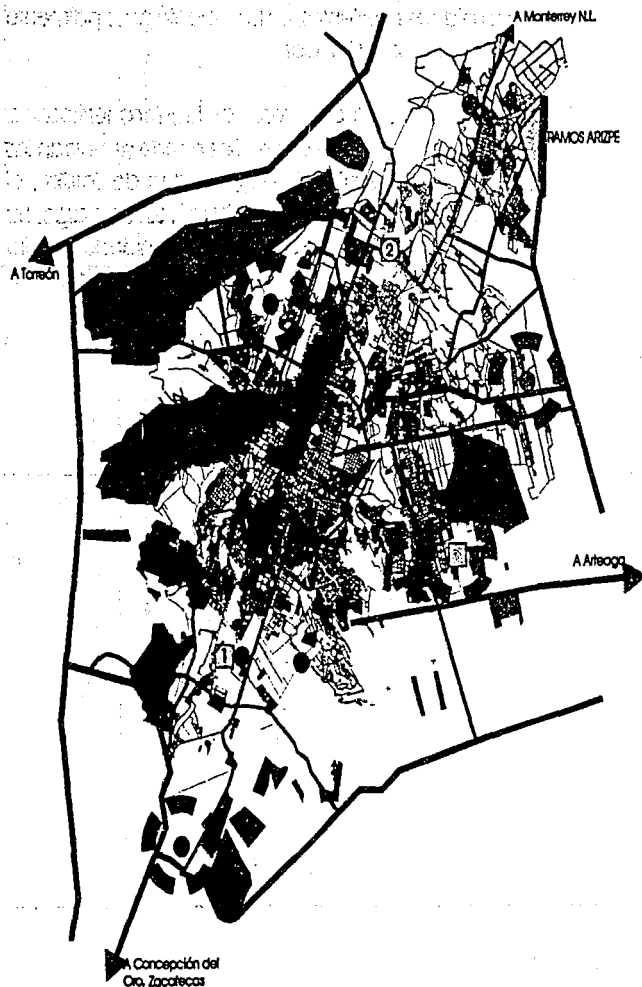
Aunado a ello el impacto que representa el aeropuerto de Ramos Arizpe (hacia el norte), y su cercanía con una de las ciudades de más desarrollo industrial, que es Monterrey, a una distancia de 89 km por la carretera federal número 40; dicho equipamiento integra un conjunto de servicios y actividades paralelas cuya característica es la de atraer población hacia esa zona por las oportunidades laborales que ofrece. También es posible distinguir un crecimiento moderado hacia la zona

oriente, rumbo al municipio de Arteaga, que se estima en algunos años podría llegar a conurbarse con Saltillo.

Al sur-oriente existe una limitante natural conformada por una serie de montañas, extensión de la sierra madre oriental.

Finalmente, respecto al centro de la ciudad, puede destacarse el proceso de despoblamiento que a primera vista se observa registrando tasas negativas, producto de la migración acelerada hacia las zonas de desarrollo tanto industrial como habitacional, a favor de la consolidación de usos más rentables como en este caso son los servicios y la propia industria.

6.4 Ciudad de Sattillo "Propuesta de Ubicación"



Propuesta de Ubicación
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

La ciudad de Saltillo en cuanto a Infraestructura médica perteneciente al IMSS al año 2001 cuenta con 5 unidades médicas, divididos por subzonas dentro de la misma ciudad, HGZ 1, UMF 73, (éstas dos últimas dentro del mismo predio y misma subzona), HGZ/MF 2, UMF 82 y 70 respectivamente.

Y como municipio conurbado dentro de Ramos Arizpe existen dos unidades, UMF 3 y la UMF 88 de reciente creación, que atienden a la población de la misma ciudad y parte de la zona norte de Saltillo.

Sin embargo, estos han sido rebasados por mucho, ya que existen déficits muy altos en lo referente a la prestación de servicios médicos, como son consultorios y principalmente camas censables, todo esto derivado del análisis de movimientos de la población abierta y derechohabiente usuaria.

Por ello se propone realizar una serie de acciones encaminadas a satisfacer estas carencias sentidas por la población derechohabiente usuaria; Un Hospital General de Zona con una capacidad instalada de 144 camas censables, que se propone en la zona oriente (que ha registrado tasas de crecimiento moderadas) cerca del parque conocido como las Maravillas, el cuál cubrirá el déficit actual de camas que existe, y desimpactará a los otros dos.

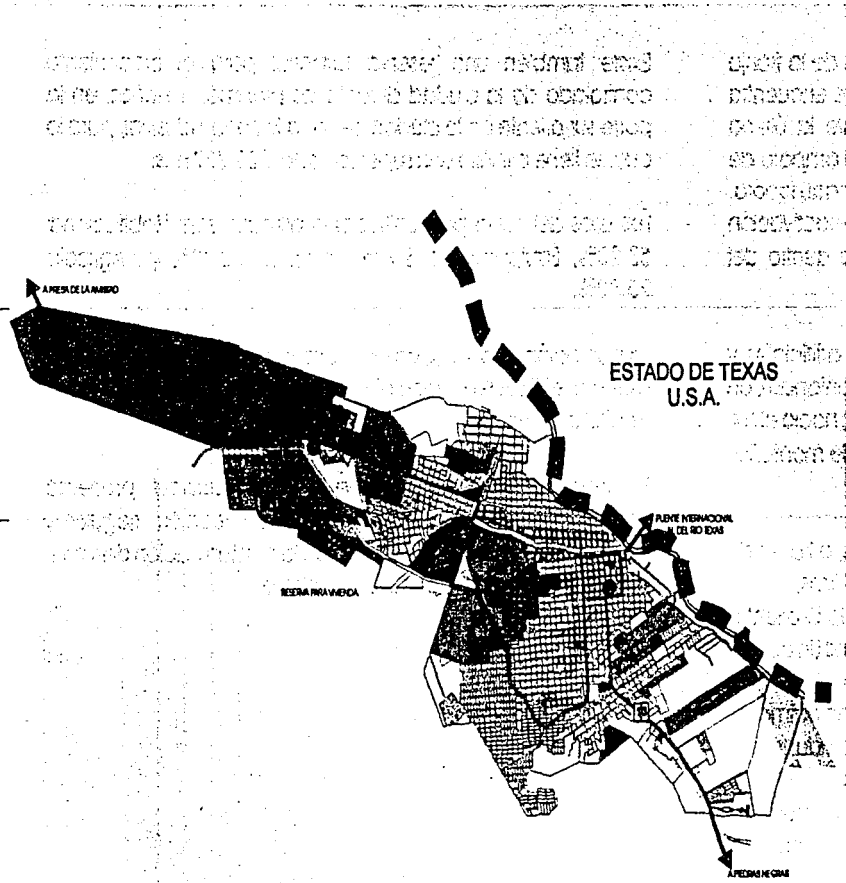
Por otra parte, también la construcción de 4 Unidades de Medicina Familiar, dos de 10 consultorios y dos de 5. Estas estarán ubicadas en las zonas de crecimiento actual; la zona norte principalmente, y al oriente, rumbo a Arteaga.

Cabe mencionar que también existen algunas ampliaciones

dentro de las unidades existentes, en lo referente principalmente a consultorios de medicina familiar.

Finalmente en lo referente a las reservas técnicas territoriales, éstas se encuentran dentro de los predios donde se ubican las unidades actuales, sobresaliendo en la ciudad de Saltillo, el anexo al HGZ 2, que son cerca de 11,000 m². Sin embargo, no le resultaría benéfico al Instituto la creación de unidades dentro de éstos, ya que la intención es la de acercar los servicios médicos a su población.

6.5 Ciudad Acuña "Uso de Suelo"



- U. M. F. Unidad Médica Familiar
- H. G. S. Hospital de Subzona
- CENTRO URBANO
- HABITACIONAL DENS. ALTA
- CENTRO VECINAL
- HABITACIONAL DENS. ALTA
- EQUIPAMIENTO
- INDUSTRIA
- AREAS VERDES
- ZEDEC
- CENTRO VECINAL
- HABITACIONAL DENS. BAJA

Carta Urbana, Cd. Acuña
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.



El norte del país y particularmente las localidades de la franja fronteriza del estado de Coahuila entre las cuales se encuentra la Ciudad de Acuña han experimentado, durante la última década, una afluencia poblacional importante, al amparo de inversiones sustantivas en el sector de la industria maquiladora. En este sentido, Cd. Acuña, constituye un polo de reactivación económica y social por su ubicación estratégica dentro del estado.

Existe también una reserva territorial para el crecimiento controlado de la ciudad durante los próximos 15 años, en la parte sur-oriente de la ciudad, frente a la zona industrial, para lo cual se tiene previsto una superficie total 228,737 has.

Los usos del suelo por zonificación primaria son: Habitacional 53.20%, Equipamiento 3.70%, Industrial 22.30% y Agrícola 20.80%.

Cd. Acuña se encuentra delimitada por bordes artificiales y naturales, al norte colinda con el estado de Texas, contando con un paso internacional hacia la ciudad Del Río, Texas; hacia el sur, existe un borde natural conformado por una serie de montañas denominadas La Cueva, entre otras.

La población económicamente activa se divide en la siguiente manera: el 53% se dedica al sector secundario, el 41% terciario y el 6% al primario.

Está comunicada con la Ciudad de Piedras Negras, a través de la carretera Federal número 2, a una distancia de 89 kms. Presenta una forma alargada siguiendo una trayectoria oriente-poniente, paralela a la franja fronteriza con los Estados Unidos.

Es importante mencionar que esta ciudad presenta problemáticas viales, derivadas de la dirección irregular y estrecha de sus calles, lo que impide la comunicación directa e inmediata a lo largo y ancho de la misma.

Predomina el uso de suelo de tipo habitacional, principalmente en toda la región oriente, hacia Piedras Negras, la industria ha tenido un auge importante en los últimos años derivado precisamente de su ubicación estratégica, lo que ha representado en los últimos años un crecimiento poblacional explosivo.

Esta localidad cuenta cerca de la zona centro con varias Zonas Especiales de Desarrollo Controlado (ZEDEC), en las cuáles se pretende la regeneración y reutilización del uso del suelo para beneficio de sus propios habitantes.

6.6 Ciudad Acuña "Crecimiento de Población"

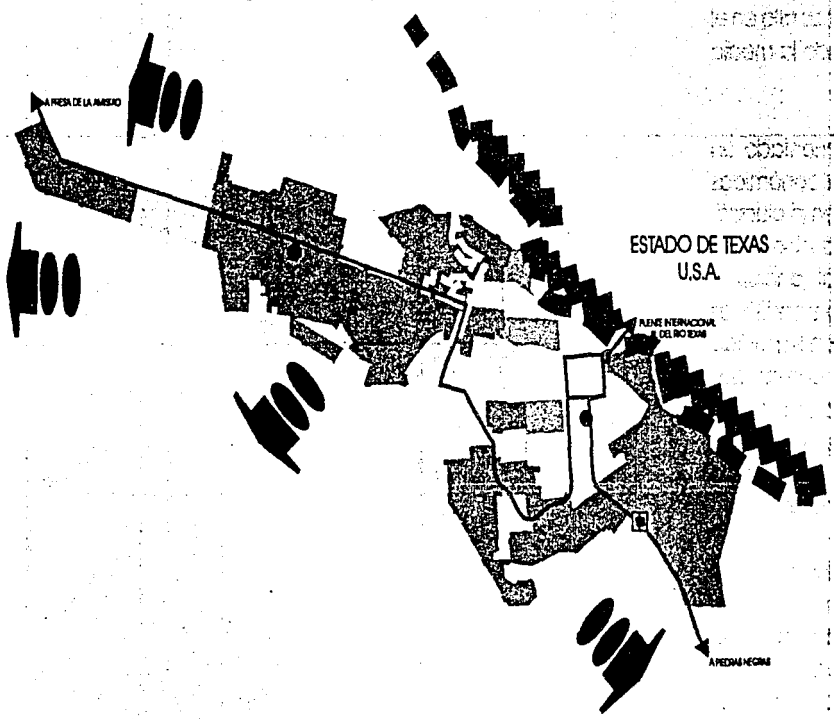
La población de la ciudad de Acuña, Coahuila de Zaragoza, ha crecido de manera constante desde su fundación en 1850, pasando de unos pocos habitantes a una población de más de 100,000 habitantes en el presente. Este crecimiento ha generado una gran demanda de servicios urbanos, especialmente en el campo de la salud, lo que ha motivado la construcción de nuevas unidades médicas y hospitales en la zona.

El presente estudio tiene como objetivo analizar el crecimiento de la población en la ciudad de Acuña, Coahuila de Zaragoza, y determinar las áreas de influencia de las unidades médicas actuales.

El estudio se realizó a través de un análisis de campo y de un análisis de datos estadísticos, con el fin de determinar las áreas de influencia de las unidades médicas actuales y proponer nuevas unidades médicas en las zonas de mayor necesidad.

El estudio concluye que el crecimiento de la población en la ciudad de Acuña, Coahuila de Zaragoza, ha generado una gran demanda de servicios urbanos, especialmente en el campo de la salud, lo que ha motivado la construcción de nuevas unidades médicas y hospitales en la zona.

El estudio concluye que el crecimiento de la población en la ciudad de Acuña, Coahuila de Zaragoza, ha generado una gran demanda de servicios urbanos, especialmente en el campo de la salud, lo que ha motivado la construcción de nuevas unidades médicas y hospitales en la zona.



- U. M. F. Unidad Médica Familiar
- H. G. S. Hospital de Subzona
- CRECIMIENTO EXTREMO > 5.0%
- CRECIMIENTO ACCELERADO DE 2.0% A 5.0%
- CRECIMIENTO MODERADO DE 1% A 2.0%
- ESTABLE DE -0.99% A 0.99%
- DECRECIMIENTO MODERADO DE -1% A -3.0%
- DECRECIMIENTO ACCELERADO DE -3.1% A -5.0%
- DECRECIMIENTO EXTREMO < -5.0%
- TENDENCIA DE CRECIMIENTO
- LÍMITANTE NATURAL
- ÁREAS DE INFLUENCIA DE LAS UNIDADES ACTUALES

Crecimiento, Cd. Acuña
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.



análisis urbano

TESIS CON FALLA DE CRECIMIENTO

El municipio de Acuña cuenta al año 2000 con una población total de 110,388 hab. de los cuáles aproximadamente el 75% vive en la Cabecera Municipal (Cd. Acuña).

Acuña es el municipio con la tasa de crecimiento más alta en el estado de Coahuila (4.64% anual, incluso superando la media estatal que es de 1.03%).

población demandante sino que generaría problemas urbanísticos e incluso del tipo social además de un incremento en el gasto público para el suministro de servicios, (agua, luz, transporte público, etc.) erogados por el gobierno municipal.

Durante los últimos años, esta ciudad ha experimentado un crecimiento extremo derivado de las actividades económicas provocada por el asentamiento de maquiladoras en la ciudad, principalmente aquellas dedicadas a la industria textil procedentes de los Estados Unidos. Debido al análisis y proyecciones realizado a través de Áreas Geo-estadísticas Básicas, (información proporcionada por el INEGI) se han podido detectar los movimientos de población en las últimas dos décadas, en todas las zonas de la ciudad dando como resultado que la zona del centro ha tenido un decrecimiento considerable con respecto a las demás que al contrario registran tasas arriba de los 7 puntos porcentuales anualmente.

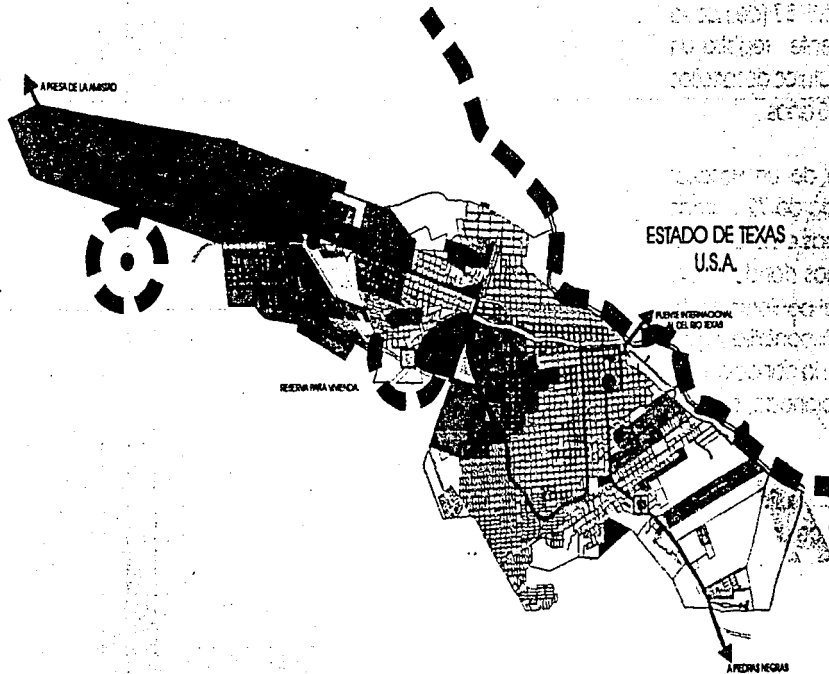
A la luz de tales consideraciones, se puede mencionar que los flujos más importantes de crecimiento se están orientando hacia la zona sur-poniente, frente al parque industrial de la Amistad. En este sentido es comprensible que el Ayuntamiento haya destinado 228,737 has. de terreno para los diferentes proyectos inmobiliarios, destinados a cubrir las necesidades de vivienda y servicios para los próximos 15 años.

Sin embargo de continuar esta tendencia explosiva en los años venideros podrían poner en riesgo el futuro de Cd. Acuña ya que no sólo implicaría la dotación de servicios necesarios para la

6.7 Ciudad Acuña "Propuesta de Ubicación"

El estudio de la ciudad de Acuña se realizó en un periodo de tiempo limitado, por lo que se debe considerar que la información presentada en este documento es preliminar y que se requiere de un estudio más exhaustivo para poder realizar un diagnóstico más preciso de la situación actual de la ciudad y proponer un plan de desarrollo urbano más detallado.

El estudio de la ciudad de Acuña se realizó en un periodo de tiempo limitado, por lo que se debe considerar que la información presentada en este documento es preliminar y que se requiere de un estudio más exhaustivo para poder realizar un diagnóstico más preciso de la situación actual de la ciudad y proponer un plan de desarrollo urbano más detallado.



- U. M. F. Unidad Médica Familiar
- H. G. S. Hospital de Subzona
- CENTRO URBANO
- HABITACIONAL DENS. ALTA
- CENTRO VECINAL
- HABITACIONAL DENS. ALTA
- EQUIPAMIENTO
- INDUSTRIA
- AREAS VERDES
- ZEDEC
- CENTRO VECINAL
- HABITACIONAL DENS. BAJA
- ZONA FACTIBLE PARA UBICACIÓN DE NUEVAS UNIDADES

Propuesta de Ubicación, Cd. Acuña
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.



Actualmente se cuenta con 3 unidades médicas: el HGS 13 ubicado en la entrada de la ciudad, zona que tiene un crecimiento acelerado; la UMF 81 que está en la zona centro, con una tendencia de decrecimiento moderada, estas dos últimas concentran a poco más de la mitad de la población derechohabiente usuaria de Cd. Acuña; y la UMF 87 (de nueva creación) en la zona Industrial que actualmente registra un crecimiento acelerado, donde se prevén los futuros desarrollos industriales y habitacionales para los próximos 15 años.

hospitales, que no son adecuados, y toda vez que el propósito básico es el de ofrecer los servicios de salud del IMSS lo mas cerca posible de su población derechohabiente usuaria; dichas ubicaciones deberán ser constantemente evaluadas.

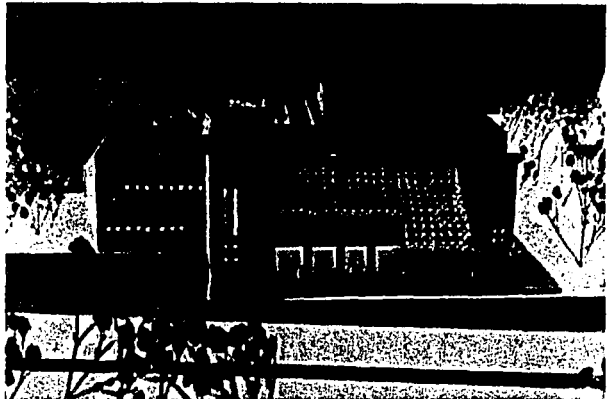
En este sentido, se propone la construcción de un Hospital General de Zona con una capacidad instalada de 72 camas censables, para cubrir el déficit actual de camas en la ciudad, que estaría ubicado precisamente en las zonas donde se ha registrado un crecimiento extremo, es decir al poniente de la ciudad. Cabe mencionar que existe una gran disponibilidad por parte del Gobierno del Estado de Coahuila para la donación del terreno, precisamente por la zona antes mencionada, sin que ello sea garantía de la mejor ubicación posible.

También, la construcción de una UMF de 5+2 consultorios, para el año 2004, que a pesar de la inauguración hace un año de la UMF 87 ya presenta serios problemas en cuanto al déficit de consultorios.

Por último al HGS 13 se le ampliarían 3 consultorios de medicina familiar, para el 2006, y así cubrir el déficit previsto de 10 consultorios de medicina familiar que se tendrían a ese año con una tendencia de 4.64% de crecimiento anual.

En cuanto a las reservas territoriales existentes por parte del Instituto, solamente se cuenta con terrenos anexos a unidades u

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7. Proyecto Arquitectónico

7.1 Generalidades de la Unidad Médica Ambulatoria

7.1.1 Concepto

"La Unidad Médica de Atención Ambulatoria es un inmueble diseñado y equipado específicamente para atender enfermos que requieran procedimientos diagnósticos y terapéuticos, ya sean médicos o quirúrgicos de baja y mediana complejidad, egresándoles el mismo día de su realización en condiciones estables y sin haber necesitado apoyo hospitalario"

7.1.2 El Problema

Los problemas que viven en la actualidad los servicios médicos del IMSS, son particularmente relativos al incremento de la demanda de atención, la saturación de los servicios, la insuficiencia de recursos, el constante crecimiento de la población derechohabiente y a disponibilidad de una capacidad instalada e infraestructura hospitalaria que sin crecer paralelamente con la demanda, se muestra rebasada en ciertos hospitales y zonas de diferentes delegaciones y regiones del Sistema Institucional.

Es así, en algunas unidades de atención médica hospitalaria y en áreas específicas, el equilibrio entre la demanda y la oferta se ha alterado, en tanto que con la población derechohabiente actual en otras zonas se encuentra próximo a perderse. En razón a ello es necesario actuar de inmediato, prever demandas de atención médica y establecer acciones de respuesta ante una población derechohabiente que crecerá en proporción inestimable en 1997 ante el advenimiento de la nueva ley del Seguro Social.

Por citar algunos ejemplos de zonas identificadas como críticas,

tenemos los de la franja fronteriza norte, correspondiente a Tijuana, Ciudad Juárez y Reynosa, en el Valle de México destacan por su magnitud, las zonas de Ciudad Nezahualcoyotl y San Ángel, siendo en la región oriente, la ciudad de Mérida Yucatán.

Por ello, se plantea la creación de un prototipo de Unidad Médica de Atención Ambulatoria mediante la cual, se pueda responder adecuadamente a la demanda de servicios y la sobrecapacidad, con soluciones viables y factibles que se expresen en unidades médicas de alta capacidad resolutoria, alto rendimiento, alta eficacia y a bajo costo de operación. Desde hace dos años, previendo esta situación y con el afán de evitar el crecimiento desmedido de hospitales, se establecieron los programas ambulatorios de puerperio de riesgo bajo y cirugía ambulatoria, los cuales han mostrado en el tiempo resultados fehacientes estimados y cuantificables en la contención del crecimiento de la capacidad instalada y los costos.

Al respecto, debemos señalar que estimando una meta del 60%, en el último lustro y teniendo un promedio de 720,000 nacimientos por año, el 52.46% de los eventos obstétricos de todo el Sistema Institucional, han sido atendidos bajo el programa de puerperio de bajo riesgo, situación que ha permitido el ahorro aproximadamente de 370,000 días paciente anuales. De haberse alcanzado la meta del 60% la contención de gasto hubiese sido de casi 400,000 días paciente por año.

En el aspecto de Cirugía Ambulatoria, siendo la meta de 40% en éste mismo lapso, el promedio de intervenciones quirúrgicas por año es de 1'524,940. El logro en todo el Sistema tiene una

media aritmética de 33.55%, toda vez que se realizan bajo este programa aproximadamente 448,967 operaciones. A través de este alcance, se han contenido costos y servicios equivalentes a 400,000 días paciente que adcionados a los 370,000 del programa de puerperio de bajo riesgo, representan un ahorro real de 770,000 días paciente por año equivalentes al ahorro en construcción de 15 hospitales modelo de 144 camas, que hubiesen sido necesarios de haberse seguido los esquemas tradicionales de la atención médica.

El impacto en la contención del gasto Institucional en razón de estos resultados anuales, se manifiesta por el ahorro de egresos hospitalarios que se hubiesen tenido que realizar, de no haberse implantado estos programas ambulatorios y cuyos montos se expresan tomando como valor de referencia el día paciente de la manera siguiente:

- ▶ Día paciente, costo unitario \$765.00 correspondiente a hospitales de segundo nivel que multiplicados por los 770,000 días paciente no empleados, equivalen a un ahorro de \$589'050,000.00 (quinientos ochenta y nueve millones cincuenta mil pesos 00/100 MN).
- ▶ Por otra parte, considerando que un hospital modelo 144 camas tiene un costo de construcción estimado en \$125'664,000.00 y su equipamiento es de aproximadamente \$27'236,000.00; El total de inversión por hospital es de \$152'900,000.00 cifra que multiplicada por los 15 hospitales que hubiesen sido necesarios para atender la demanda sin los programas ambulatorios, la erogación Institucional hubiera sido de \$2'293'500,000.00 la cual adcionada a los \$589'050,000.00 de la contención del

gasto por día paciente, nos relejan un ahorro de \$2'882'550,000.00; sin contar en ello, los gastos de operación por cada unidad médica.

Hoy la realidad nos obliga a retomar la previsión, buscar nuevos enfoques y aprovechar los avances de la ciencia y la tecnología médica para ampliar los esquemas ambulatorios de procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, para realizarse en servicios diurnos y en Unidades de Atención Ambulatoria, con servicios expeditos, de alta calidad, confiables, de bajo costo de operación, Sin Camas Censables, sin servicios de nutrición y dietética, con dotación mínima de personal aprovechando en buen porcentaje el asignado a él o los hospitales de apoyo y el 100% del personal médico.

De esta manera, los hospitales tendrán una disponibilidad mayor de camas y un descenso de la demanda, ya que la atención de pacientes bajo el esquema de atenderle y darle de alta el mismo día, se aplicará y extenderá a todas las especialidades médico quirúrgicas, en una perspectiva ampliada de los programas ambulatorios.

Por otra parte, en estas unidades de atención ambulatoria, se realizarán procedimientos que hasta ahora se efectúan ocupando los pacientes Camas Censables y No Censables de los hospitales, saturándolos, creando diferimientos, filas de espera, inconformidades y altos costos de operación.

De ser así, además de lo quirúrgico señalado, dejarán de atenderse en los hospitales, todos aquellos pacientes portadores de enfermedades tributarias de atención ambulatoria como son los correspondientes a las especialidades y servicios siguientes:

- Quimioterapia.
- Procedimientos dialíticos en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Litotricia.
- Endoscopías.
- Terapia Respiratoria.
- Cirugía Ambulatoria.

Sin lugar a dudas, los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Francia y Alemania son los países de avanzada en éstos conceptos, sin embargo, su esquema de atención se restringe a lo quirúrgico y por ello sus reportes en la literatura versan sobre este tema.

Este proyecto surge de experiencias y resultados obtenidos en países altamente desarrollados y que, si bien son fundamentalmente dedicados a la cirugía ambulatoria, se pretende ir más allá de centros quirúrgicos adicionándoles los servicios enunciados.

Bajo estos preceptos, es de comprenderse que tenemos un problema plenamente identificado, al que hay que darle solución con visión al futuro inmediato. Las decisiones y propuestas, tienen el espíritu de adecuación a los tiempos y a las necesidades, por lo que la creación de Unidades de Atención Ambulatoria se constituyen en una alternativa viable que garantizará calidad y oportunidad de servicios, así como salud financiera institucional.

7.1.3 Factores condicionantes

La gran demanda de servicios de atención médica y quirúrgica en hospitales, tiene para su satisfacción una sola entrada, un

proceso interno semejante para todos los casos y una salida diferente.

Un caso quirúrgico de baja complejidad, tiene al igual que otro de alta complejidad un mismo sistema de entrada y de proceso, difiriendo solo en la ocupación de cama censable y en el egreso hospitalario.

Esto significa que en la entrada al Sistema de atención hospitalaria, confluyen pacientes portadores de enfermedades

de fácil y rápida solución, con aquellos que requieren mayor apoyo tecnológico, empleo de camas Censables, auxiliares de diagnóstico y otros recursos necesarios para garantizar seguridad y calidad de servicios.

De esta manera se encuentra al Ingreso, un problema de sobresaturación de servicios por los pacientes ante una demanda de atención médica no clasificada y en presencia de igualdad de derechos de todos los enfermos.

En el interior, es decir en los procesos de atención, el congestionamiento de pacientes es evidente. Los médicos los atienden en los mismo locales e instalaciones, empleando personal asignado y recursos existentes, para realizar en igualdad de circunstancias procedimientos médicos o quirúrgicos de alta o baja complejidad diagnóstica terapéutica.

En razón a ello, hay intervenciones sencillas que se efectúan en un quirófano sobrado de recursos, bloqueando su empleo en un paciente que por su enfermedad más compleja requiere de ellos.

Es así que, las salas de operaciones se saturan, encarecen, condicionan diferimientos o cancelaciones de cirugías, crean filas de espera e inconformidades de pacientes y familiares, deteriorándose la imagen institucional.

Situación semejante, se observa para algunos procedimientos médicos que se realizan en camas Censables y no Censables del hospital, aumentando la ocupación hospitalaria y generando días estancia ante pacientes que pueden atenderse y egresarse el mismo día, tal es el caso de Diálisis en sus diferentes formas, Quimioterapia, Terapia Respiratoria, Procedimientos Endoscópicos, Litotricia etc. Los cuales pueden efectuarse con calidad y a bajo costo en una Unidad de Atención Ambulatoria.

Basado en estos conceptos se identifican algunos problemas en la entrada al sistema de atención y en sus procesos, de los cuáles se enuncian los siguientes:

7.1.4 En la Entrada:

- ▶ Espacios con gran amplitud y paradójicamente insuficientes para la población demandante.
- ▶ Asistencia de pacientes que requieren tanto atención médica como quirúrgica.
- ▶ Trámites administrativos múltiples e iguales para todos.
- ▶ Destinos diferentes de pacientes a:
 - Sala de Espera
 - Admisión
 - Preparación Pre-Operatoria
 - Hospitalización
 - Cirugía
 - Auxiliares de diagnóstico y tratamiento como Laparoscopia, Diálisis, Quimioterapia, Terapia Respiratoria, Litotricia, etc.

- ▶ Confluencia de pacientes portadores de enfermedades de rápida y sencilla solución o control.
- ▶ Afluencia de pacientes portadores de enfermedades graves, que requieren mayor apoyo médico, hospitalario, tecnológico, etc.
- ▶ Aumento de la población en los servicios, por familiares acompañantes.
- ▶ Existencia de una demanda de atención no clasificada y con frecuencia no acorde con la oferta; la capacidad de respuesta y la disponibilidad de los recursos.

7.1.5 En el Proceso

(Se presentan inconsistencias de las cuales solo citaremos algunas de ellas con carácter expositivo):

- ▶ Programación de cirugías realizadas en razón a los tiempo quirúrgicos y disponibilidad de salas de operación y no necesariamente a la importancia y severidad de la enfermedad del paciente, por ejemplo: por sala y por turno; "Dos intervenciones chicas y una grande". "Dos grandes" "Tres operaciones chicas", las cuales no aumentan la productividad, pero no necesariamente la solución a la demanda de las cirugías de mediana y alta complejidad.

7.1.6 En la Salida

- ▶ El proceso de alta del paciente, es lento e inoportuno bloqueando el ingreso de otros pacientes.
- ▶ Hay desocupación tardía de la cama hospitalaria.
- ▶ Existen factores sociales que retardan el egreso y

desocupación de la cama por no haber familiares que reciban a su paciente.

- ▶ Ausencia de la ropa propia del paciente, etc.

7.1.7 En lo operativo

- ▶ Los pacientes esperan su turno, cuando un a cirugía se prolonga mas de lo estimado, ocasiona el diferimiento o cancelación de otra que puede ser mas necesaria que aquella que se realiza. La explicación es sencilla, ilas salas están ocupadas, se encuentran en plena producción.

- ▶ Otra situación frecuente, es cuando el turno se acerca a su terminación y se encuentra programada una cirugía mayor que finalmente se difiere para el turno siguiente, el cual se verá afectado y desplazará a otras cirugías programadas, en un acto de efecto continuo que termina con cancelación y diferimiento que, en forma no infrecuente, corresponde a aquel paciente que mas lo necesita.

- ▶ Otras condiciones se observan en algunos procedimientos médicos como es la litotricia, el tratamiento dialítico del enfermo con insuficiencia renal crónica, las Endoscopías, la quimioterapia, la terapia respiratoria y la Inmunoterapia, a los cuales para su realización con frecuencia se les tiene que buscar algún lugar en hospitalización, consulta externa o espacio disponible del hospital, que finalmente requiere recursos, personal e instalaciones específicas.

7.1.8 Propósitos del Proyecto

- ▶ Aumentar la capacidad de respuesta de los servicios médicos de la Institución ante un problema de diferimiento quirúrgico, que al mes de junio del 2000 era de 18,611 pacientes que se encuentran en espera de ser intervenidos quirúrgicamente.
- ▶ Optimizar el uso de la capacidad instalada hospitalaria, primordialmente en los lugares en que los hospitales actuales están saturados y que por indicadores requieren la construcción de nuevos hospitales y la realización de procedimientos médico-quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no necesitan de todos los recursos hospitalarios.
- ▶ Ordenar la atención bajo criterios médicos y clasificación de pacientes y padecimientos, de manera que haya una congruencia entre la naturaleza de los procedimientos, las instalaciones, los equipo, el mobiliario y la disponibilidad de personal.
- ▶ Establecer un sistema organizacional por el que se obtenga atención médica oportuna, segura y de calidad a los pacientes en el lugar que les corresponda.
- ▶ Mejorar la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio.
- ▶ Acercar los servicios a los derechohabientes al poder establecer Unidades de Atención Ambulatoria en apoyo a los hospitales actuales.
- ▶ Optimizar los recursos institucionales al disminuir los gastos de obra, abatir los costos de construcción de hospitales invirtiendo en las Unidades de atención Ambulatoria que son más económicas.
- ▶ Mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica en las unidades hospitalarias, al disminuir el número y tipo de atenciones otorgadas.

- ▶ Prever el incremento de la demanda esperada, ante la apertura de afiliación que se establece en la nueva Ley del Seguro Social.

7.1.9 Expectativas

- ▶ Utilizar las salas de operaciones de los hospitales, exclusivamente para realizar cirugía mediana y de alta complejidad, cuyos pacientes requieran apoyo tecnológico y cuidados específicos en hospitalización.

- ▶ Hacer uso óptimo de la capacidad instalada, con aprovechamiento racional, técnico y clasificado de:

Instalaciones

→ Equipo

→ Mobiliario

- ▶ Incrementar la capacidad resolutive de los hospitales.
- ▶ Evitar la fila de espera de pacientes que requieran procedimientos médico-quirúrgicos sin el apoyo del recurso Cama Hospitalaria.
- ▶ Disminuir el diferimiento y la cancelación de cirugías.
- ▶ Procurar el equilibrio entre la demanda y la oferta.
- ▶ Promover la congruencia entre tipo de procedimientos y la disponibilidad de personal, recursos, instalaciones y servicios.
- ▶ Establecer criterios de selección y clasificación de pacientes para programar la atención médica que requieran en el hospital o en una Unidad de Atención Ambulatoria.
- ▶ Realizar las intervenciones quirúrgicas en el hospital y en la Unidad de Atención Ambulatoria, según una clasificación médico-técnica, que identifique con

precisión el destino de los pacientes.

- ▶ Disponer de áreas físicas específicas en la Unidad de Atención Ambulatoria para la realización de procedimientos médicos.

- ▶ Evitar sobredemanda de servicios, aglomeraciones de pacientes, familiares y personal en las áreas físicas de los procesos de atención médica.

- ▶ Evitar ingresos y estancias innecesarias de pacientes en el hospital.

- ▶ Disminuir la ocupación hospitalaria.

- ▶ Hospitalizar pacientes que realmente requieran el recurso Cama Censable y mejorarla calidad del servicio.

- ▶ Promover los programas de atención ambulatoria.

- ▶ Atender en forma expedita y con calidad a todos aquellos pacientes que sean sometidos a procedimientos médico quirúrgicos que sea susceptibles de darse de alta con seguridad, el mismo día de la intervención o procedimiento.

- ▶ Agilizar trámites y promover la simplificación administrativa para la prestación de los servicios, con beneficios directos a los usuarios y prestadores de servicios.

- ▶ Crear Unidades de Atención Ambulatoria de bajo costo operativo, con servicio diurno, sin otorgar alimentos a los pacientes y sin contar con personal directivo.

- ▶ Abrir nuevos espacios de atención, mediante los cuales el personal médico, paramédico y técnico disponga de instalaciones y equipos adecuados para desarrollar sus funciones en un ambiente diferente y agradable.

Bajo este concepto, debemos considerar que el personal del hospital asignado a las salas de operaciones tendrá mayores y

mejores rendimientos, se hará uso óptimo de las instalaciones, los equipos y el mobiliario, de manera que no se realicen intervenciones quirúrgicas en quirófanos sobrados de recursos. Por ello, este proyecto considera los factores de variabilidad y requerimientos del paciente, el procedimiento médico-quirúrgico y las necesidades técnicas de los especialistas médicos, del cirujano y del equipo de salud, motivo por el cual la Unidad de Atención Ambulatoria tendrá los gabinetes de diagnóstico terapéuticos señalados, así como salas de operaciones y salas de procedimientos médico quirúrgicos, en número variable, que será determinado por las necesidades de cada hospital, zona o delegación.

La Unidad de Atención Ambulatoria podrá ubicarse contigua a un hospital para apoyo directo o bien conforme a necesidades, en un área estratégicamente definida entre dos hospitales. Las salas de operaciones, de la UMA, tendrán el espacio físico, instalaciones y equipos propios, acorde a los lineamientos institucionales. En ellas se realizarán procedimientos quirúrgicos de mediana y alta complejidad que requieran de un quirófano formal, tal es el caso de la Cirugía Laparoscópica, una Plastia de Pared, etc., bien sea bajo anestesia general o regional. En estos casos la dotación de personal será el mismo del esquema hospitalario.

Asimismo ésta unidad, tendrá Salas de Procedimientos quirúrgicos, en las cuales se podrán realizar todas las intervenciones bajo anestesia local, regional e incluso general si fuese necesario. La dotación de equipo y mobiliario, será parecido al de una sala de operaciones convencional, sin embargo sus dimensiones serán menores, tendrán una sola lámpara quirúrgica, un equipo de anestesia por cada tres salas

de procedimientos y acabados diferentes.

En estas salas se realizarán todos los procedimientos de menor complejidad y muchos de mediana, ejemplos:

Oclusión Tubaria Bilateral, Vasectomías, Zetoplastias, Cirugía de Mano, Cirugía Oftálmica, Blefaroplastia, Artroscopias, Marsupializaciones, Endoscopias, etc.

La Unidad de Atención Ambulatoria, contará con un responsable de Unidad, el personal médico será asignado al Hospital correspondiente y programará sus cirugías en esta unidad, sin que esto invalide la programación de cirugías de alta complejidad en días específicos en las salas de operaciones de su Hospital de adscripción.

Asimismo, el personal de enfermería en general, será el mismo asignado al hospital con algunas variantes que se ejercerán por asignación de personal de nueva creación, el cual será mínimo. Situación semejante versará para personal técnico y de servicios generales procurando limitar el crecimiento de plazas a su mínima expresión, toda vez que se prevé la participación del personal asignado del hospital de apoyo.

7.1.10 Enunciados Generales

Por otra parte la congruencia entre la disponibilidad de los recursos y la cirugía que se programe en la Unidad de Atención Ambulatoria nos ofrecerá los siguientes beneficios:

- ▶ Según el requerimiento técnico, ya sea de carácter médico o quirúrgico, cada paciente tendrá un lugar de atención.
- ▶ Las salas de operaciones del hospital, serán empleadas solo para pacientes específicos y congruentes con la capacidad resolutive, es decir habrá uso óptimo de los recursos.
- ▶ Disminuirán las filas de espera de pacientes que

quirófano.

- ▶ Emplear la cama hospitalaria, exclusivamente en pacientes que requieran, hospitalizarse ya sea por motivo de estudios auxiliares de diagnóstico, tratamiento específico, estancia y recuperación intra hospitalaria.
- ▶ En la Unidad de Atención Ambulatoria se realizarán procedimientos de carácter médico como son:

- Servicios de Quimioterapia
- Litotricia
- Diálisis en sus diferentes modalidades para pacientes con insuficiencia renal crónica
- Terapia Respiratoria
- Endoscopías
- Inmunoterapia.

- requieran intervención quirúrgica y que pueden manejarse por cirugía ambulatoria, de esta manera, el paciente se incorporará rápidamente a su núcleo familiar.
- ▶ Es de esperarse mayor eficacia y calidad en los rendimientos de las salas de operaciones de los hospitales, al descargar para su atención aquellas cirugías tributarias del programa ambulatorio.

La UMA deberá ser:

- Atención expedita, segura y confiable.
- Alto rendimiento.
- Alta efectividad.
- Bajo costo operativo.

- ▶ Una cirugía menor o de baja complejidad ya no será motivo en el hospital, de suspensión o diferimiento de un procedimiento mayor que no pone en riesgo la vida de un paciente, tal como sucede ahora, por no disponerse de un área específica para realizar cirugía de corta estancia.

- ▶ Hacer uso óptimo de la capacidad instalada, con el aprovechamiento racional, técnico y clasificado de las instalaciones, el equipo y el mobiliario.
- ▶ Incrementar la capacidad resolutive de los hospitales. En este sentido, desaparecerán de su programación quirúrgica los casos de mediana y baja complejidad que no requieran para su atención acudir a un hospital con toda su infraestructura.
- ▶ Evitar la fila de espera de pacientes que requieren procedimientos médico quirúrgicos sin el apoyo del recurso Cama Hospitalaria.

▶ Sin lugar a dudas estos problemas pueden ser observados bajo dos puntos de vista generales:

A) El primero de ellos que es el interno o Intra hospitalario, en el cual el paciente programado a cirugía

ya se encuentra preparado para la intervención; sin embargo por causas de organización, tiempos quirúrgicos, disponibilidad de salas de operaciones, cirugías urgentes, casos diferidos, etc., la cirugía no se realiza en el momento programado. En estos casos el paciente espera turno, habitualmente en ayuno, con instalación de venoclisis, enema aplicado, rasurado, vendado, expectante, psicológicamente preparado y con un entorno familiar pendiente e inquieto en espera de la realización de la intervención quirúrgica de su familiar. Sin embargo, por las causas enunciadas y algunas circunstancias que puedan darse, la cirugía no se realiza, se difiere para más tarde, para otro turno, día o simplemente se cancela y se da de alta para que reinicie el nuevo ciclo de programación.

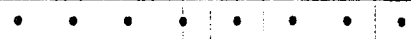
B) El segundo punto de vista es el externo no intra hospitalario, en estos casos, el paciente se presenta a consulta, se le realizan los estudios pre-operatorios y ya que tiene todo, el médico cirujano tiene una lista de espera que le impide programarlo a corto y mediano plazo. Es decir hay diferimiento prolongado.

- ▶ Evitar el diferimiento y cancelación de cirugías, procurar el equilibrio de la demanda y la oferta, promover la congruencia entre tipo de procedimiento y la disponibilidad de personal, recursos, instalaciones y servicios. Esto hará que la meta prevista del 40% sea reconsiderada y en su caso, su porcentaje será mayor y basado en un rango que se ubique entre el 45 y 50% de todas las cirugías, tomando como base los datos de 1995.

- ▶ Con la creación de estas Unidades de Atención Ambulatoria, habrá un equilibrio entre la demanda de atención médico quirúrgica y la oferta de servicios.
- ▶ Asimismo, habrá una congruencia técnica y administrativa entre el procedimiento quirúrgico, las condiciones del paciente, los factores de seguridad y confiabilidad médica a favor del enfermo, el área física y la dotación de recursos, en que habrá de realizarse la intervención.
- ▶ Modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social con visión de acercar los servicios a los derechohabientes y optimizar recursos.
- ▶ La demanda de atención médico quirúrgica tendrá un equilibrio técnico, aproximadamente el 50% de todas las cirugías se realizarán en el hospital por tratarse de casos de mediana y alta complejidad, con apoyo de Cama Censable y el resto en similar porcentaje en la UMA.
- ▶ Se evitará la aglomeración de pacientes y familiares que confluyen a un mismo servicio.

7.1.11 Datos y Perspectivas Complementarias

- ▶ ESTAS UNIDADES PODRÁN SER CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA, MÉDICOS FAMILIARES Y CAMPO CLÍNICO OBLIGATORIO PARA MÉDICOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS.
- ▶ ESTAS UNIDADES NO DEBEN SER CONSIDERADAS PARA ATENCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS.
- ▶ SIN EMBARGO Y EXCLUSIVAMENTE EN SITUACIONES DE DESASTRE, PODRÁN EMPLEARSE PARA LA ATENCIÓN DE



PACIENTES.

► TODOS LOS SERVICIOS SON PROGRAMADOS.

Se propone realizar el prototipo del proyecto de la UMA, en los lugares estratégicos que hayan sido identificados como prioritarios en el estudio de Planeación, mencionado en los capítulos anteriores.

El enunciado por sí mismo se explica, por ello se citarán solo unos ejemplos de zonas identificadas como prioritarias:

- Tijuana B.C.
- Cd. Juárez Chihuahua
- San Ángel, D.F.
- Reynosa, Tamaulipas
- Mérida, Yucatán
- Netzhualcoyotl, Edo. De México
- Oblatos, Jalisco.
- Cd. Obregón, Sonora
- San Luis Potosí, S.L.P.
- Cd. Madero, Tamaulipas
- Mexicali, B.C.
- Satillo, Coahuila

7.2 Análisis del Sitio

7.2.1 Localización

El terreno donde se realizará el proyecto se encuentra ubicado en el Estado de Coahuila, dentro del municipio de Sattillo, anexo al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2. Ubicado en Boulevard Venustiano Carranza y Boulevard Humberto Hinojosa, Col. Fraccionamiento Kiosko, c.p. 25240.

Fig. 7.2

El estado de Coahuila se encuentra en el centro de la parte septentrional de la República; (Fig. 7.1). Limita al norte con los Estados Unidos de América; al oriente con el estado de Nuevo León; al sur con los estados de San Luis Potosí, Zacatecas y Durango, y al poniente con Durango y Chihuahua. Cuenta con una extensión de 151,571 km², que representan un 7.74% del total de la superficie del País.



Coahuila

Fig. 7.1



NORTE

Plano de la República Mexicana
2001. Dibujo: Megumi Mantilla T.

proyecto arq.



Plano del Estado de Coahuila de Zaragoza
2001. Dibujo: Megumi Mantilla T.

El municipio de Sattillo se localiza en el sureste del estado de Coahuila, en las coordenadas 101° 00' longitud oeste y 25° 25' latitud norte, a una altura de 1,600 metros sobre el nivel del mar; (Fig. 7.3).

Limita al norte con los municipios de Ramos Arizpe, Arteaga y General Cepeda; al sur con los estados de Nuevo León y Zacatecas, al oeste con el estado de Zacatecas y los municipios de Parras y General Cepeda; al este con el de Arteaga y el Estado de Nuevo León. Se divide en 372 localidades.

Cuenta con una superficie de 6,837 kilómetros cuadrados, que representan un 4.51% del total de la superficie del Estado.

7.2.2 Características Generales de la Ciudad de Saltillo

A. Orografía

Al oeste se localiza la sierra Playa Madero, que abarca también la parte del sureste de Parras de la Fuente.

En el suroeste se localiza la sierra El Laurel, que forma parte también del ya citado municipio. La sierra de Zapallinamé se levanta al este del municipio, y la sierra Hermosa está localizada en el suroeste.

B. Hidrografía

Al sur se encuentran la presa de San Pedro y la de los Muchachos.

C. Clima

El clima en el municipio es de subtipos secos semicálidos ; al suroeste subtipos semisecos templados y grupos de climas secos B y semifríos, en la parte sureste y noreste.

D. Temperatura

La temperatura media anual es de 17.5°C.

E. Precipitación

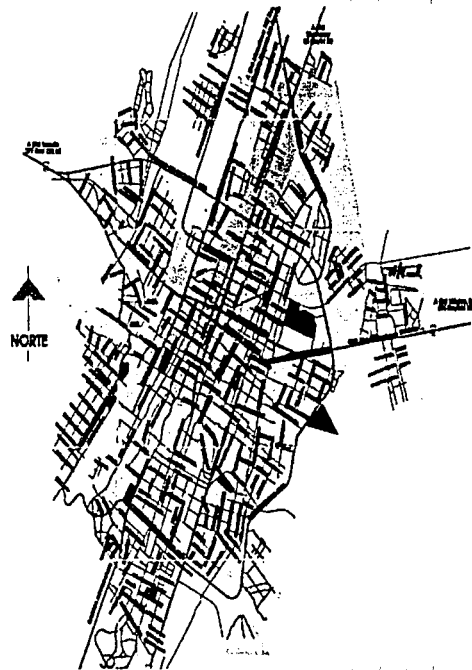
La precipitación media anual en el sur del municipio se encuentra en el rango de los 300 a 400 milímetros ; al centro tiene un rango de 400 a 500 milímetros y al norte de 300 a 400 milímetros ; con régimen de lluvias en los meses de abril, mayo,

junio, julio, agosto, septiembre, octubre y escasas en noviembre, diciembre, enero, febrero y marzo.

F. Vientos Predominantes

Tienen dirección noreste con velocidad de 22.5 km/hr. La frecuencia de heladas es de 20 a 40 días en la parte noreste y suroeste ; y en el resto de 40 a 60 días y granizadas de uno a dos días en la parte sureste y de cero a un día en el resto.

Plano de la Ciudad de Saltillo
2001. www.saltillo.gob.mx.



G. Principales Ecosistemas

Hacia las partes montañosas predominan los bosques de pino-encino, de oyamel, mezclado con matorrales semidesérticos de tipo osetófilo y pastizales naturales. En las regiones intermontañosas y las llanuras hay una vegetación de matorrales semidesérticos y pastizales inducidos y naturales.

► Rendzina : Tiene una capa superficial rica en materia orgánica que descansa sobre roca caliza y algún material rico en cal, es arcilloso y su susceptibilidad a la erosión es moderada.

► Litosol : Suelos sin desarrollo con profundidad menor de 10 centímetros, tiene características muy variables según el material que lo forma; Su susceptibilidad a la erosión depende de la zona donde se encuentre, pudiendo ser desde moderada a alta.

H. Fauna

Se circunscribe a especies del semidesierto como codorniz, conejo de cola blanca, liebre y paloma triquera, y entre las especies mayores predomina el venado, el coyote y el leoncillo.

Respecto al uso del suelo, 40,265 hectáreas son utilizadas para la producción agrícola. A la explotación pecuaria se dedican 250,159 hectáreas y a la forestal 266,076 hectáreas. La superficie urbana ocupa 127,200 hectáreas. En cuanto a la tenencia de la tierra, predomina el régimen de tipo ejidal.

I. Recursos naturales

Explotación de candelilla, fibra de lechuguilla y palma.

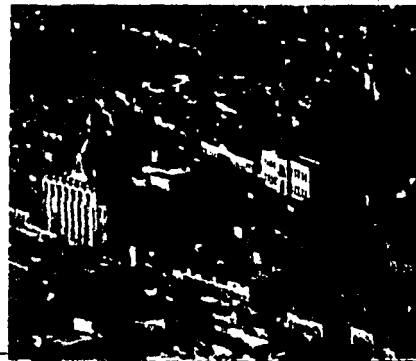
J. Características y Uso del Suelo

Se pueden distinguir cinco tipos de suelo en el municipio:

► Xerosol : Suelo de color claro y pobre en materia orgánica y el subsuelo es rico en arcilla o carbonatos, con baja susceptibilidad a la erosión.

► Regosol : no presenta capas distintas, es claro y se parece a la roca que le dio origen. Su susceptibilidad a la erosión es muy variable y depende del terreno en el que se encuentre.

► Feozem : su capa superficial es suave y rica en materia orgánica y nutrientes. La susceptibilidad a la erosión depende del tipo de terreno donde se encuentre.



Vista Aérea de la Ciudad de Saltillo
2001. www.saltillo.gob.mx.

7.2.3 Entorno Histórico y Humano de la Ciudad de Saltillo

A. Toponomía

Denominación: Saltillo; se le dio el nombre debido a un pequeño salto de agua que aún existe.

entre mexicanos y norteamericanos en la batalla de La Angostura.

1849 Agosto 27, nace el poeta Manuel Acuña.

1864 Enero 9, llega a Saltillo el Presidente Benito Juárez y establece su gobierno hasta el día 2 de abril del mismo año.

B. Reseña Histórica

El valle de Saltillo estuvo habitado por varios grupos de indígenas durante miles de años. Al llegar los españoles encontraron cuachichiles, rayados y nacaguas. Se fundó la villa de Santiago del Saltillo en 1577. Se conmemora tal evento el 25 de julio, día de Santiago Apóstol, patrono de la ciudad.

Por los enfrentamientos habidos entre indios y españoles y el poco avance de la colonización, se hizo venir a un grupo de indios tlaxcaltecas para que sirvieran de ejemplo a los nómadas y para que cultivaran la tierra. Estos fundaron el Pueblo de San Esteban de la Nueva Tlaxcala.

Ambas poblaciones estuvieron separadas legalmente hasta el siglo XIX en que se unieron para formar la ciudad de Saltillo.

C. Cronología de Hechos Históricos

1577 El 25 de julio es la fecha probable de la fundación de Saltillo.

1591 Septiembre 13, se funda el pueblo San Esteban de la Nueva Tlaxcala.

1847 El 23 de febrero se produce el enfrentamiento armado



Fuente de las Ninfas, Saltillo.
2001. Foto: Alexis Tacuba C.

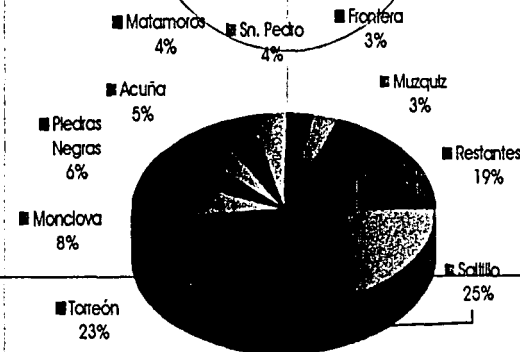
D. Grupos étnicos

Ninguno.

E. Evolución demográfica

La población total del municipio durante 1995 fue de 527,979 habitantes, cifra que representa el 24.29% de la población total del Estado y el .579% de la nación. Durante la década 1970-1980, el municipio tuvo una tasa de crecimiento del 5.35% anual ; del 3.3% de 1980 a 1990 y de 3.2% de 1990 a 1995 ; estimándose que para el año 2000 la población llegue a los 642,367 habitantes. La densidad de población es de 77.22 habitantes por kilómetro cuadrado.

El municipio de Sattillo cuenta con una población joven ya que el 44.74% de sus habitantes pertenecen al rango de 0 a 19 años de edad, contrastando con la población de 60 años y más que representa el 5.6% , con una distribución proporcional entre ambos sexos. El 96.6% de la población se concentra en el área urbana y un 3.4% en el área rural.



Pob. Total según Principales Municipios, Coah. 2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

F. Religión

Predomina la católica aunque también se practican otros cultos como testigos de Jehová, bautistas, metodistas, evangélicas y una comunidad Cristiana.

G. Educación

El Municipio de Sattillo tiene la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de educación, a todos los niveles, no sólo de la población municipal, sino que absorbe estudiantes de la región, de otros estados, e incluso del extranjero.

Destacan las universidades Autónoma de Coahuila y la Autónoma Agraria "Antonio Narro", además del Instituto Tecnológico de Sattillo.

Además se tienen planteles de universidades privadas como la Autónoma del Noreste y el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

H. Salud

En el Municipio las unidades que dan atención a la Salud son :

La Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario, El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Hospital Universitario, la Clínica del Magisterio, Cruz Roja, Hospital del Niño y Centros de Asistencia del DIF, por el sector público ;

La Clínica Hospital La Concepción, el Hospital Mugerza de Sattillo y Clínica Santa Teresa y diversos centros médicos particulares ; en el medio rural presta sus servicios la Secretaría de Salud.

I. Vivienda

Cuenta con 114,205 viviendas y un promedio de 4.6 habitantes por vivienda.

Existe una demanda permanente de vivienda, y gran parte de las mismas cuentan con los servicios de agua, electricidad y drenaje; el material que predomina en las construcciones es el block de concreto, mientras que en el ámbito rural el adobe es el material más usual de construcción. En un alto porcentaje, la tenencia de la vivienda es privada.

J. Servicios Públicos

La cobertura de servicios públicos de acuerdo a apreciaciones del ayuntamiento es:

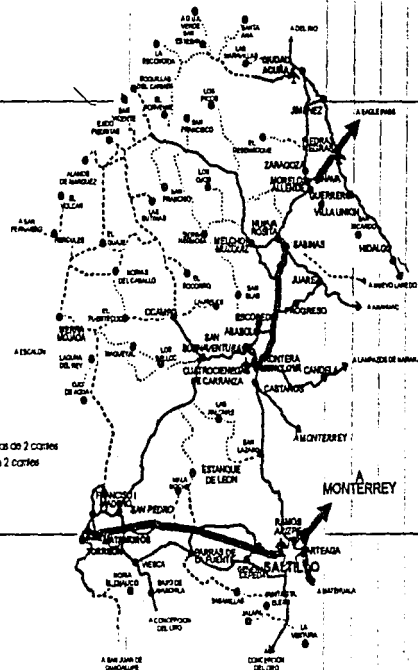
SERVICIO	PORCENTAJE
Agua Potable	93%
Alumbrado Público	70%
Drenaje	88%
Recolección de basura	95%
Seguridad Pública	80%
Pavimentación	65%
Mercados y Centrales de Abastos	100%
Rastros	100%

** El rastro de este municipio cubre el 56% de las necesidades de todo el Estado.

J. Vías de comunicación

La estratégica ubicación geográfica de Saltillo lo ha convertido en un punto de concurrencia de las comunicaciones terrestres, ya que confluye el tránsito de las regiones del este con el oeste del país y de las del centro y norte del mismo. Cuenta con comunicaciones aéreas, terrestres y ferroviarias.

Plano de Estructura Carretera, Coah.
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.



El municipio de Saltillo es atravesado por la carretera federal No. 57, que comunica a la ciudad de México con Piedras Negras. La carretera federal No. 54 vincula Saltillo con ciudades como Aguascalientes y Zacatecas, entre otras.

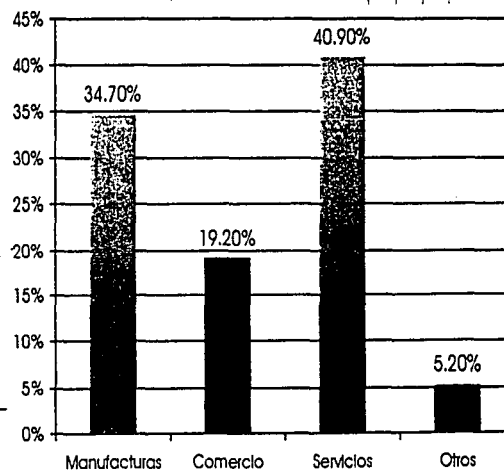
Las ciudades de Torreón y Monterrey tienen comunicación con Saltillo a través de la carretera federal No. 40. Tiene, además, una red de caminos rurales que lo enlazan con sus localidades. En cuanto a ferrocarriles, el municipio cuenta con una terminal de pasajeros y de carga que une a Saltillo con las principales ciudades hacia el norte y el sur; también existe transportación foránea. La zona conurbada Saltillo-Ramos Arizpe-Arteaga cuenta con un aeropuerto internacional con vuelos entre otros destinos, a México y Houston.

K. Actividad económica

- ▶ Agricultura. De los cultivos, destaca la producción de trigo, maíz, papa, forrajes, verduras, hortalizas, nuez, manzana y vid.
- ▶ Ganadería. Se cría ganado bovino de carne y leche, caprino, porcino, ovino y aves.
- ▶ Industria. Desde la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio se crearon en la región sur del estado (Arteaga, Ramos Arizpe y Saltillo) 60,000 nuevos empleos; 42,000 de ellos de la industria manufacturera. La región sureste es la principal exportadora automotriz en México y en ella están instaladas 16 de las 500 empresas más grandes del mundo. Además existen otras empresas dedicadas a la elaboración de artículos para el hogar, partes automotrices, a la rama textil, alimenticia, vitivinícola, maquinaria agrícola, materiales para construcción, productos de madera, químicos, de hule y plástico, embotelladora de refrescos,

elaboración de productos de función, así como a la fabricación, ensamble y reparación de maquinaria y artículos eléctricos y electrónicos.

- ▶ Explotación forestal. Existen pequeñas explotaciones de bosques de pino y cedro blanco, además de candelilla y fibra de lechugilla y palma.
- ▶ Minería. Existen yacimientos de barita, zinc, plata, plomo y oro.
- ▶ Piscicultura. Se concreta a pequeñas explotaciones susceptibles de incrementarse, pues cuenta con cuerpos de agua.



Pob. Económicamente Activa, Saltillo.
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

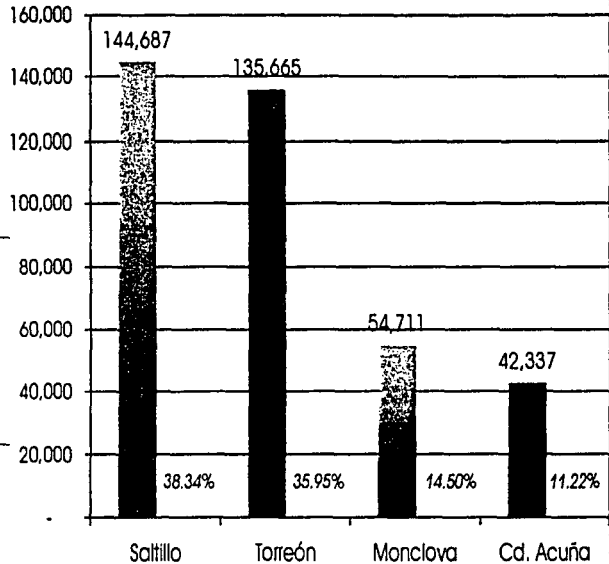
- ▶ Turismo . No representa una importante actividad económica para el municipio, sin embargo, durante los meses de marzo a julio la cabecera es visitada por turistas, generalmente extranjeros.
- ▶ Comercio. Esta actividad ha sido objeto de un decidido impulso y modernización. Destacan los establecimientos dedicados a la compraventa de alimentos, bebidas y productos del tabaco; prendas de vestir y artículos de uso personal; compraventa en tiendas de autoservicio y de departamentos especializados por línea de mercancía; equipo de transporte, refacciones y accesorios; gases, combustibles y lubricantes; materias primas, materiales y auxiliares; de maquinaria, equipo, instrumentos, aparatos, herramientas, sus refacciones y accesorios; de equipo de transporte, refacciones y accesorios; de bienes inmuebles y artículos diversos.

L. SERVICIOS

En el municipio se dispone de una gran gama de servicios profesionales y técnicos; de alojamiento temporal; preparación y venta de alimentos y bebidas.

Recreativos y de esparcimiento; personales, para el hogar y diversos; de enseñanza, investigación científica y difusión cultural; médicos, de asistencia social y veterinaria; de agrupaciones mercantiles, profesionales, cívicas, políticas, laborales y religiosas.

- ▶ Sector Primario 16%
- ▶ Sector Secundario 59%
- ▶ Sector Terciario 25%



Fuerza Productiva, Coahuila
2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

7.2.4 Conclusiones

Después de los análisis realizados en la ciudad de Sattillo, Coahuila, se pueden considerar los siguientes puntos que normarán hasta cierto punto los criterios básicos para el desarrollo del proyecto arquitectónico:

A. Las características geológicas permite contar con subsuelos con comportamientos homogéneos y con una alta resistencia frente a intervenciones constructivas, por lo que no se considerarán trabajos, excavaciones y cimentaciones que requieran soluciones complejas.

B. El clima es del tipo extremoso, del tipo cálido principalmente, aunque para cuestiones de diseño se considerará una temperatura promedio de 17.5° c. Esto último nos llevará a utilizar sistemas artificiales para el control de temperatura, (aire acondicionado); alturas de entrepisos considerables, orientaciones, etc.

C. En el rubro de la precipitación, se considera un promedio de 350 mm. que es relativamente bajo, por lo que la canalización, se podrá proponer con los sistemas tradicionales en azoteas y con pendientes mínimas así como la reutilización y tratamiento adecuado.

D. En concordancia con las características particulares de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria, las instalaciones serán proporcionadas por el Hospital al que se encuentra anexa, como son: hidráulica, gases

medicinales, eléctrica etc.

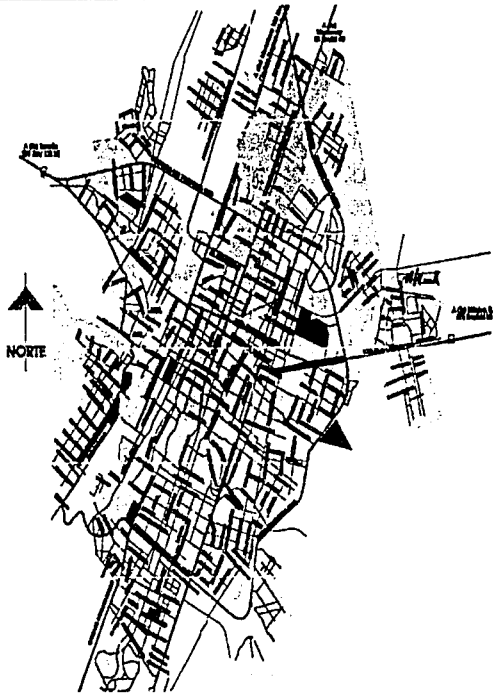
E. Los accesos vehiculares, no representarán problemas, ya que la UMA al estar anexa al H.G.Z. No. 2, queda sobre una de las principales avenidas de la Ciudad de Sattillo. El número de cajones destinados para la UMA, se considerarán de acuerdo al número establecido en el reglamento de construcciones de la cd. de Sattillo, dentro de los rubros de ampliaciones a edificaciones existentes; éstos cajones se construirán dentro del estacionamiento del Hospital.

F. Habrá que considerar el entorno urbano, alrededor del hospital, aunque el tipo de suelo predominante es habitacional; y arquitectónicamente, deberá existir relación tanto volumétrica, formal y sobre todo de acabados, para mimetizar la UMA con respecto al edificio existente.

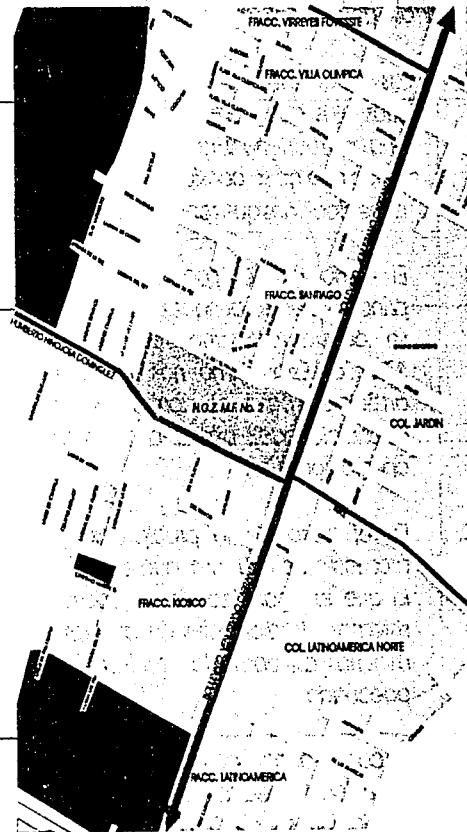
7.2.5 Localización del Predio

El terreno propuesto para la realización de este proyecto, se encuentra en la ciudad de Saltillo, Coahuila, anexo al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del IMSS, ubicado en: Boulevard Venustiano Carranza y Boulevard Humberto Hinojosa, Col. Fraccionamiento Kiosko, c.p. 25240; director de la Unidad, Dr. Manuel Lenin de La Cruz.

Plano de Localización del terreno en Saltillo Coah.
2002. Dibujo: Alexis Tacuba C.

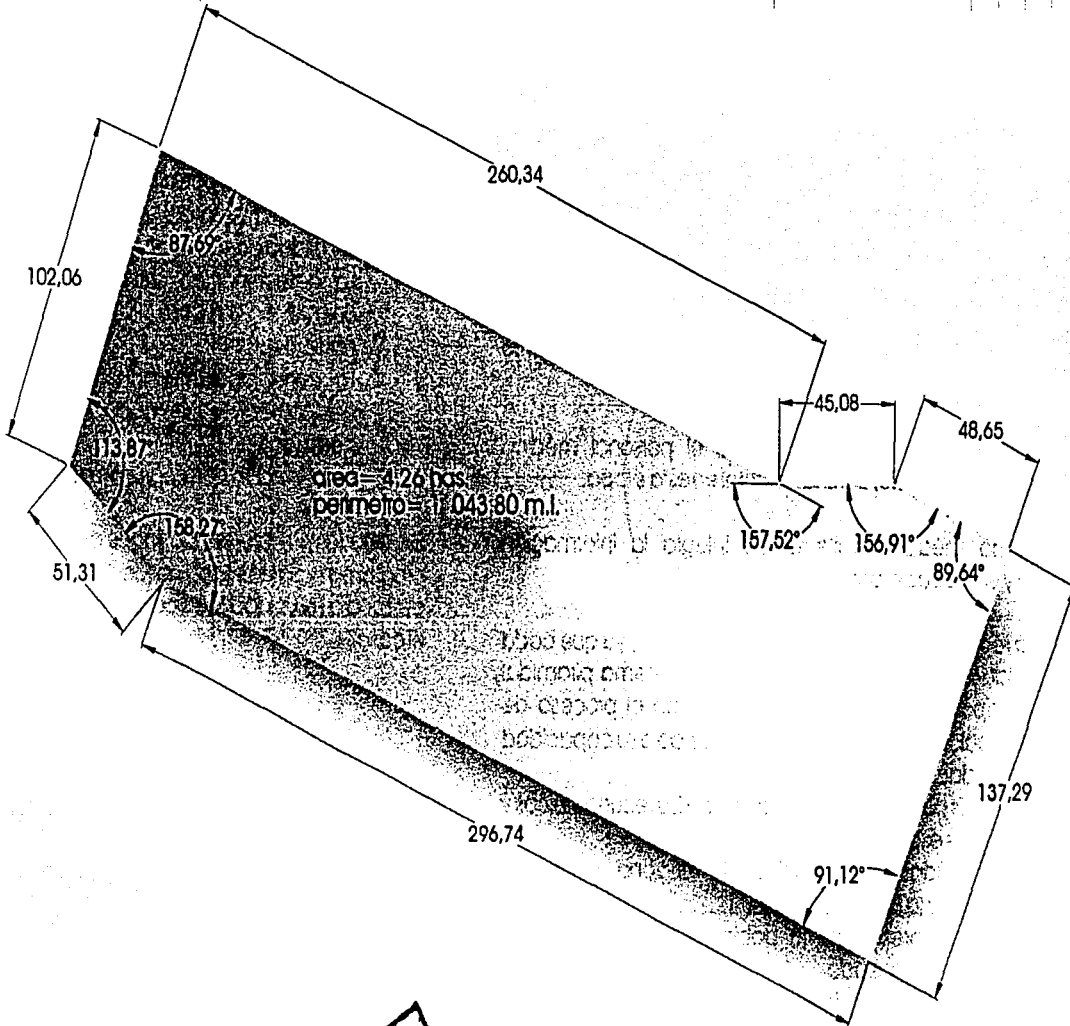


Plano de Localización en Saltillo Coah.
www.saltillo.gob.mx



Norte

7.2.6 Dimensiones del Predio



Norte

proyecto arq.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

139

tesis profesional UNAM

7.3 Programa Arquitectónico

Programa Médico-Arquitectónico.

De acuerdo con el diagnóstico inmobiliario efectuado, se integra la información sobre los recursos físicos necesarios, en un programa que marca exhaustivamente y en forma ordenada todos y cada uno de los elementos participantes en los diferentes servicios que configuran la unidad médica.

Este programa es el inicio del diseño del edificio en su concepción abstracta y por medio de la interrelación de locales que de él surge se obtiene la optimización en áreas y por lo tanto de su funcionamiento.

La participación interdisciplinaria entre el personal médico operativo y el arquitecto, es fundamental en esta etapa.

El programa médico-arquitectónico integra la información obtenida y es producto de:

- ✓ La regionalización de los servicios médicos, ya que cada unidad formará parte de una región. El sistema piramidal de apoyo, porque se ha determinado el proceso de derivación de los pacientes, de acuerdo a su capacidad instalada.
- ✓ El Análisis permanente del manejo de los recursos físicos y humanos existentes.
- ✓ La morbilidad y mortalidad de la zona a la que pertenece la unidad.
- ✓ Los indicadores sobre la población; tanto la propia, como la concentrada.
- ✓ La integración de la experiencia institucional en el conocimiento de la operación de cada servicio.

- ✓ La interrelación entre los servicios y locales que configuran el edificio.
- ✓ El conocimiento y la experiencia técnico-funcional del diseño arquitectónico en esta especialidad.
- ✓ La integración de las diferentes especialidades de la Ingeniería que participan en una obra.
- ✓ El conocimiento del medio urbano y bioclimático de la localidad donde se efectuará la obra.

- ✓ La determinación de plantillas de personal para la unidad en su conjunto y para cada servicio en lo particular.
- ✓ La consolidación en la adquisición del mobiliario y equipo requeridos, dada la estructura normativa de cada local.
- ✓ La formación del programa de inversiones.

De esta forma, integrando todos estos factores se configura el programa para la Unidad de Medicina Familiar, Hospital General de Zona o La Unidad Médica de Atención Ambulatoria como es el caso.

Programa Médico - Arquitectónico

1. Vestibulo

1.1	Vestibulo ----->	80.00 m ²
1.2	Sala de Espera ----->	370.00 m ²
1.3	Informes ----->	5.00 m ²
1.4	Concesión ----->	52.00 m ²
1.5	Elevador ----->	6.00 m ²
1.6	Sanitarios Públicos	
1.6.1	Sanitarios Hombres ----->	16.00 m ²
1.6.2	Sanitarios Mujeres ----->	16.00 m ²

1.7	Cuarto de Aseo ----->	3.00 m ²
1.8	Teléfonos Públicos ----->	6.00 m ²

2. Control

2.1	Control ----->	44.00 m ²
2.2	Sala de espera interna ----->	64.00 m ²
2.3	Sanitarios ----->	16.00 m ²
2.4	Cuarto de Aseo ----->	5.00 m ²

3. Quimioterapia

3.1	Consultorio ----->	32.00 m ²
3.2	Séptico ----->	4.00 m ²
3.3	Ropa Sucia ----->	4.00 m ²
3.4	Trabajo de Enfermeras ----->	20.00 m ²
3.5	Sanitarios	
3.5.1	Sanitario Hombres ----->	8.00 m ²
3.5.2	Sanitario Mujeres ----->	8.00 m ²
3.6	Trabajo de Médicos ----->	18.00 m ²
3.7	Almacén y Preparación ----->	24.00 m ²
3.8	Cubículos para Quimioterapia ----->	50.00 m ²

4. Terapia Respiratoria

4.1	Consultorio ----->	18.00 m ²
-----	--------------------	----------------------

4.2	Lavado y Esterilización ----->	24.00 m ²
4.3	Trabajo de Médicos ----->	15.00 m ²
4.4	Área de Tratamiento ----->	22.00 m ²
4.5	Almacén ----->	3.50 m ²
4.6	Pre-lavado ----->	6.00 m ²
4.7	Sanitario ----->	5.00 m ²

5. Hemodiálisis

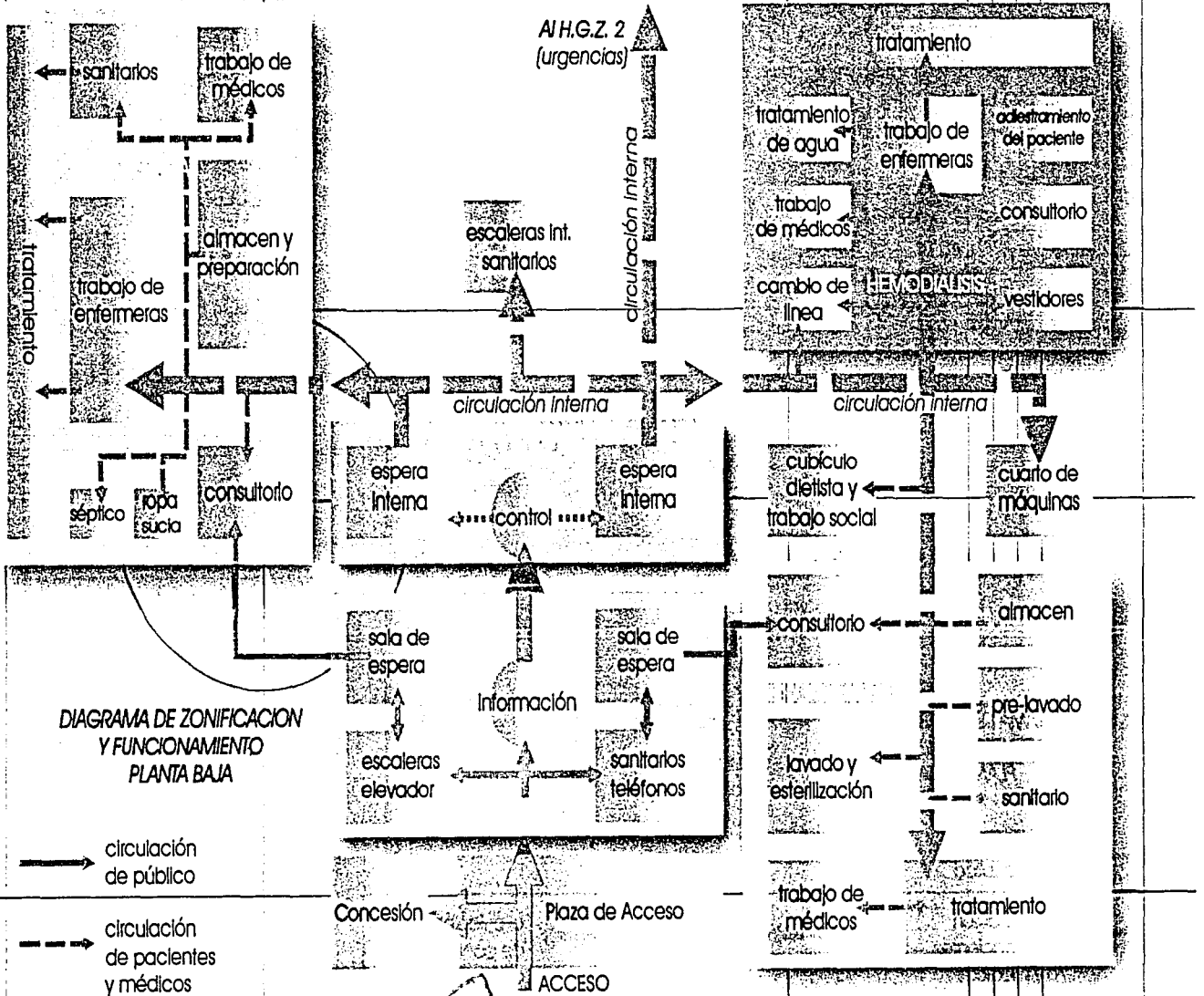
5.1	Consultorio ----->	18.00 m ²
5.2	Vestidores ----->	10.00 m ²
5.3	Séptico ----->	6.00 m ²
5.4	Química Rápida ----->	12.00 m ²
5.5	Sanitario de Personal ----->	3.00 m ²
5.6	Almacén ----->	8.00 m ²
5.7	Trabajo de Enfermeras ----->	15.00 m ²
5.8	Cubículos para Hemodiálisis ----->	76.00 m ²
5.9	Tratamiento de Agua ----->	5.50 m ²
5.10	Cambio de Línea ----->	14.00 m ²
5.11	Adiestramiento al Paciente ----->	22.00 m ²
5.12	Trabajo de Médicos ----->	12.00 m ²

6. Endoscopías

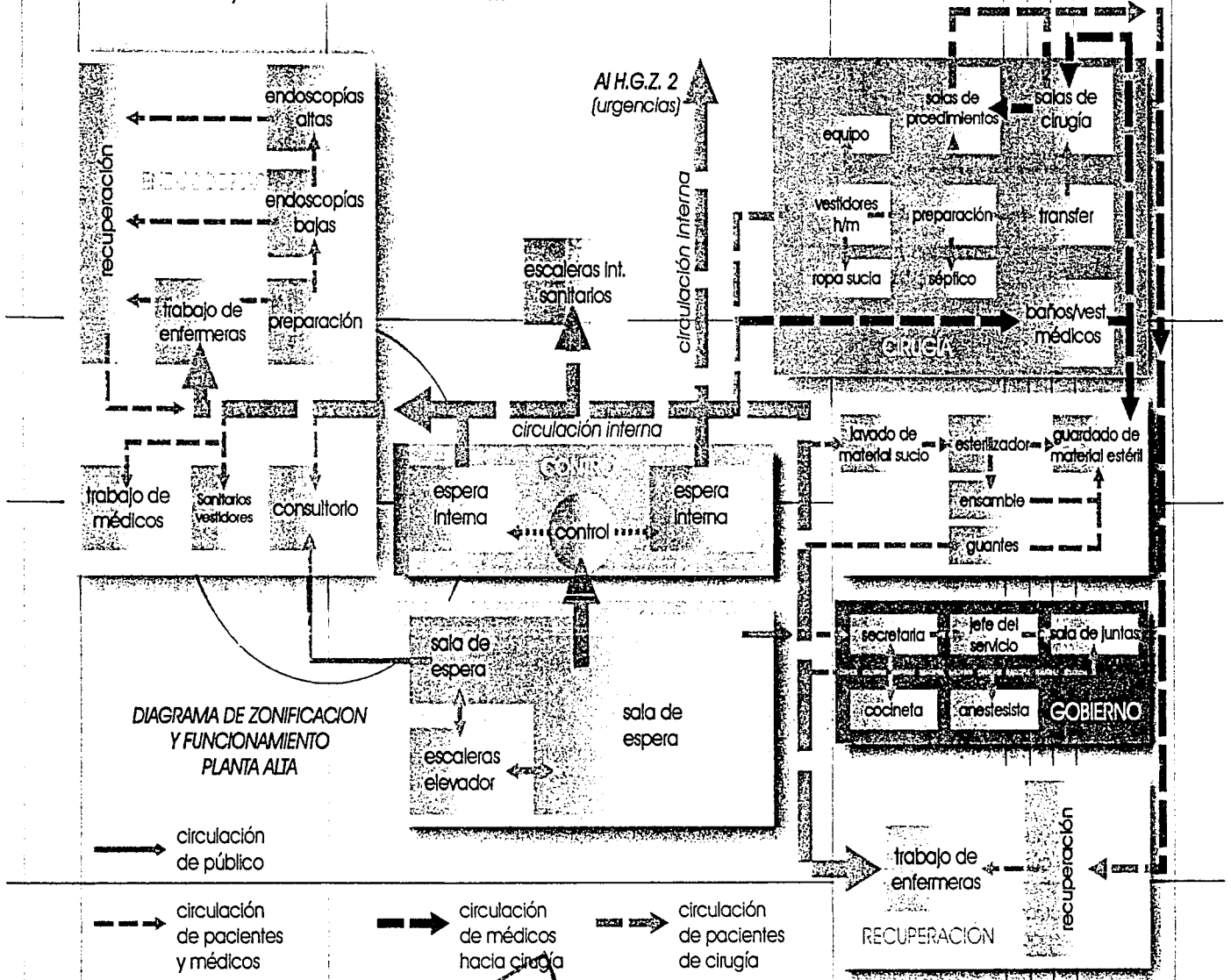
6.1	Consultorio ----->	36.00 m ²
6.2	Sanitario-Vestidor ----->	12.00 m ²
6.3	Guarda-Equipo ----->	5.00 m ²
6.4	Séptico ----->	3.50 m ²
6.5	Ropería ----->	3.00 m ²
6.6	Trabajo de Médicos ----->	15.00 m ²
6.7	Trabajo de Enfermeras ----->	26.00 m ²
6.8	Recuperación ----->	35.00 m ²
6.9	Preparación del paciente ----->	10.00 m ²
6.10	Endoscopías Altas ----->	14.00 m ²

6.11	Endoscopías Bajas ----->	14.00 m ²		
6.12	Pre-lavado ----->	3.50 m ²		
7. Cirugía				
7.1	Baño y Vestidor de Pacientes H. ----->	10.50 m ²		
7.2	Baño y Vestidor de Pacientes M. ----->	10.50 m ²		
7.3	Ropería ----->	6.50 m ²		
7.4	Preparación del Paciente ----->	15.00 m ²		
7.5	Pre-lavado ----->	1.50 m ²		
7.6	Transfer ----->	4.50 m ²		
7.7	Guarda-equipos ----->	4.00 m ²		
7.8	Salas de Procedimientos ----->	62.00 m ²		
7.9	Salas de Operaciones ----->	56.00 m ²		
7.10	Baños y Vestidores Médicos H. ----->	15.00 m ²		
7.11	Baños y Vestidores Médicos M. ----->	15.00 m ²		
7.12	Cuarto de Parcheo ----->	4.50 m ²		
7.13	Cuarto Inteligente ----->	4.50 m ²		
7.14	Cubículo para Anestesiólogo ----->	8.00 m ²		
8. C.E.Y.E. (Central de Equipo y Esterilización).				
8.1	Guarda de material estéril ----->	8.00 m ²		
8.2	Lavado ----->	7.00 m ²		
8.3	Autoclave ----->	1.50 m ²		
8.4	Ensamble ----->	10.00 m ²		
8.5	Preparación de guantes ----->	8.00 m ²		
9. Recuperación.				
9.1	Trabajo de Enfermeras ----->	10.00 m ²		
9.2	Camas de Recuperación ----->	106.00 m ²		
9.3	Sillones de Recuperación ----->	40.00 m ²		
10. Gobierno				
10.1	Secretaría ----->	4.50 m ²		
10.2	Jefe de Servicio ----->	15.50 m ²		
10.3	Sala de Juntas ----->	18.00 m ²		
10.4	Cocineta ----->	4.50 m ²		
10.5	Jefa de Enfermeras ----->	7.50 m ²		
11. Servicios				
11.1	Cuarto de Aire Acondicionado ----->	50.00 m ²		
11.2	Cubículo para Dietista ----->	6.50 m ²		
11.3	Cubículo para Trabajo Social ----->	6.50 m ²		
11.4	Cuarto de Aseo ----->	2.50 m ²		

7.4 Zonificación y Funcionamiento



7.4 Zonificación y Funcionamiento cont...



proyecto arq.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7.5 Costo Paramétrico

Tipo: Unidad Médica de Atención Ambulatoria
 Categoría: Hospital
 Superficie: 2,500 m²
 Características: Cuenta con 5 zonas: Quimioterapia, Terapia Respiratoria, Hemodálisis, Endoscopias y Cirugía, anexa a un Hospital General de Zona.

	PARTIDA	%	\$ / M2
1.-	Cimentación	2.30%	\$ 405.49
2.-	Subestructura	3.24%	\$ 571.21
3.-	Superestructura	24.84%	\$ 4,379.29
4.-	Cubierta Exterior	6.91%	\$ 1,218.23
5.-	Techumbre	0.62%	\$ 109.31
6.-	Construcción Interior	18.82%	\$ 3,317.97
7.-	Transportación	8.39%	\$ 1,479.16
8.-	Sistema Mecánico	5.99%	\$ 1,056.04
9.-	Sistema Eléctrico	9.05%	\$ 1,595.52
10.-	Equipo	17.81%	\$ 3,139.90
11.-	Especialidades	1.04%	\$ 183.35
12.-	Obras Exteriores	0.99%	\$ 174.54
	TOTALES	100%	\$ 17,630.00 ¹

Importe Estimado por Partida.
 2001. Dibujo: Alexis Tacuba C.

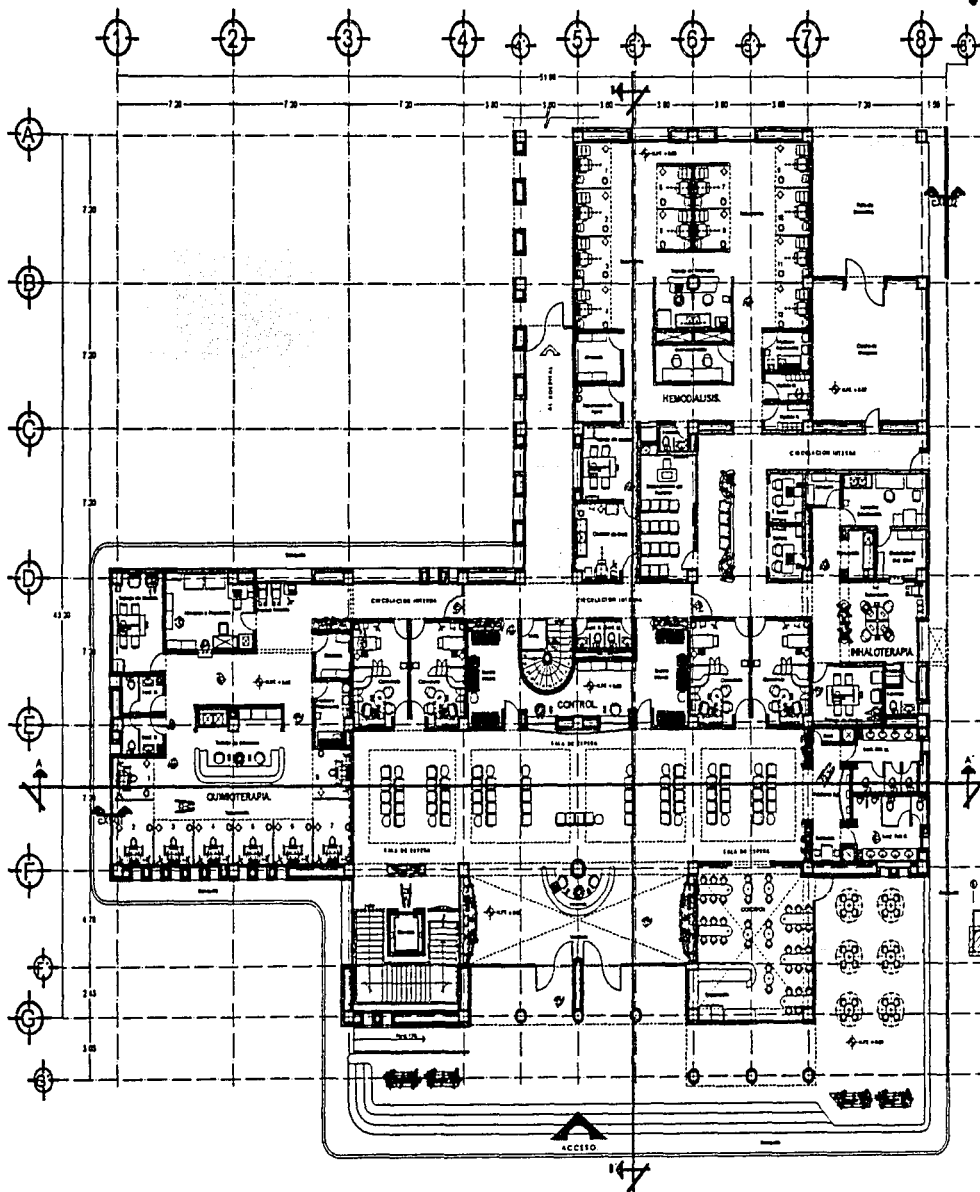
Costo Total : 2,500 X \$ 17,630 = \$ 44'075,000.00

Estos precios incluyen los siguientes parámetros:

Indirectos y Utilidad de Contratistas: 24.00%
 Proyectos y Licencias: +/- 5.00%
 I.V.A. No incluye

¹Catálogo de Precios BIMSA, Septiembre del 2001.

7.6 planos arquitectónicos



RECURSOS:

CLIMOTERAPIA	
Consultorios	1
Cubículos de Tratamiento	8

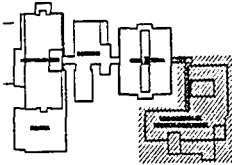
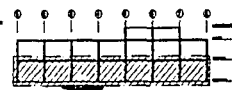
TERAPIA RESPIRATORIA	
Consultorios	1
Cubículos de Tratamiento	4

HEMODIALISIS	
Consultorios	1
Cubículos de Tratamiento	12
Cambio de Línea	1
Adiestramiento	1
Quince Rapido	1


ENDOSCOPIAS	
Consultorios	1
Preparación	1
Endoscopios Altos	1
Endoscopios Bajos	1
Recuperación	4

QUIRURGIA	
Preparación	2
Salas de Procedimientos	4
Salas de Operaciones	2
Recuperación	12

SUPERFICIES	
PLANTA BAJA	1,377.85 m ²
PLANTA ALTA	1,192.32 m ²
TOTAL	2,570.17 m ²



CROQUIS DE LOCALIZACION



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ARQUITECTURA

Taller "Domingo García Ramos"


TÍTULO DE TRABAJO

UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA

UBICACIÓN

Calle Francia y Boulevard Condesa, México, D.F.

ÁMBITO DE LOCALIZACIÓN



NOTA

La Unidad Médica de Atención Ambulatoria es un inmueble diseñado y proyectado especialmente para atender a pacientes que requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en salas modernas e equipadas de base y moderna tecnología, convenientemente iluminadas y dotadas de instalaciones climatizadas y un factor acústico óptimo.

Tipo de plano

Arquitectónico

esc: 1/100

CDSC del Franca

autor:

Alejo José Chavira

cliente:

Arq. Miguel Zamora Gobián,
Mun. Arq. Mariano Campa,
Arq. Raúl Rodríguez Ochoa.


Cd. Universidad, México DF 2022

obra


A-1

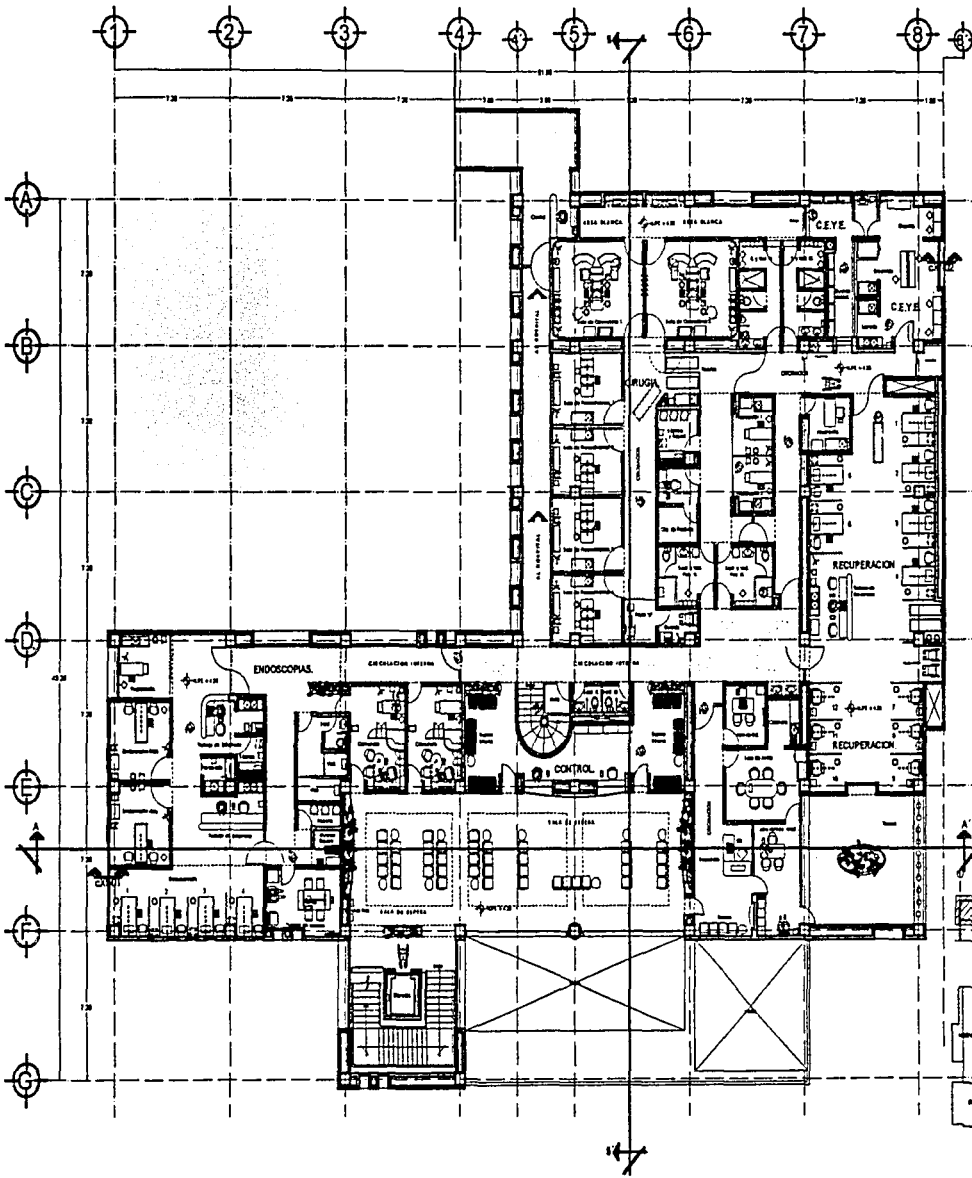
Planta Baja

NORTE



Escala Gráfica





RECURSOS:

CLIMOTERAPIA	1
Consultorio	1
Cubículos de Tratamiento	8


TERAPIA RESPIRATORIA	
Consultorio	4
Cubículos de Tratamiento	4

HEMO-DIALISIS	
Consultorio	1
Cubículos de Tratamiento	12
Cambio de Línea	1
Adiestramiento	1
Química Rincón	1

ENDOSCOPIAS	
Consultorio	1
Preparacion	1
Endoscopios Altos	1
Endoscopios Bajos	1
Recuperacion	4

CIRUGIA	
Preparacion	2
Sala de Procedimientos	4
Sala de Operaciones	2
Recuperacion	12

SUPERFICIES	
PLANTA BAJA	1,377.85 m ²
PLANTA ALTA	1,182.32 m ²
TOTAL	2,560.17 m ²



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ARQUITECTURA

Taller Domingo García Ramo


tema de tesis

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

ubicacion

Calle Frenco y Esplanada Cuernavaca, Sofo, Cuernavaca

escala de localizacion



notas

La Unidad Médica de Atención Ambulatoria es un servicio ambulatorio y hospital especializado en servicios médicos que atiende procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos a pacientes en fase y primera consulta.

El presente proyecto de tesis es el resultado de un trabajo en equipo y se dedica especialmente a:


Arq. Miguel Zamora Gabaldón,
Arq. Mariana Campora,
Arq. Raúl Rodríguez Olvera.

Cuernavaca, México del 2012


done

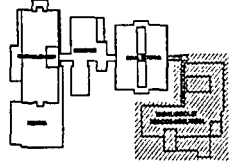
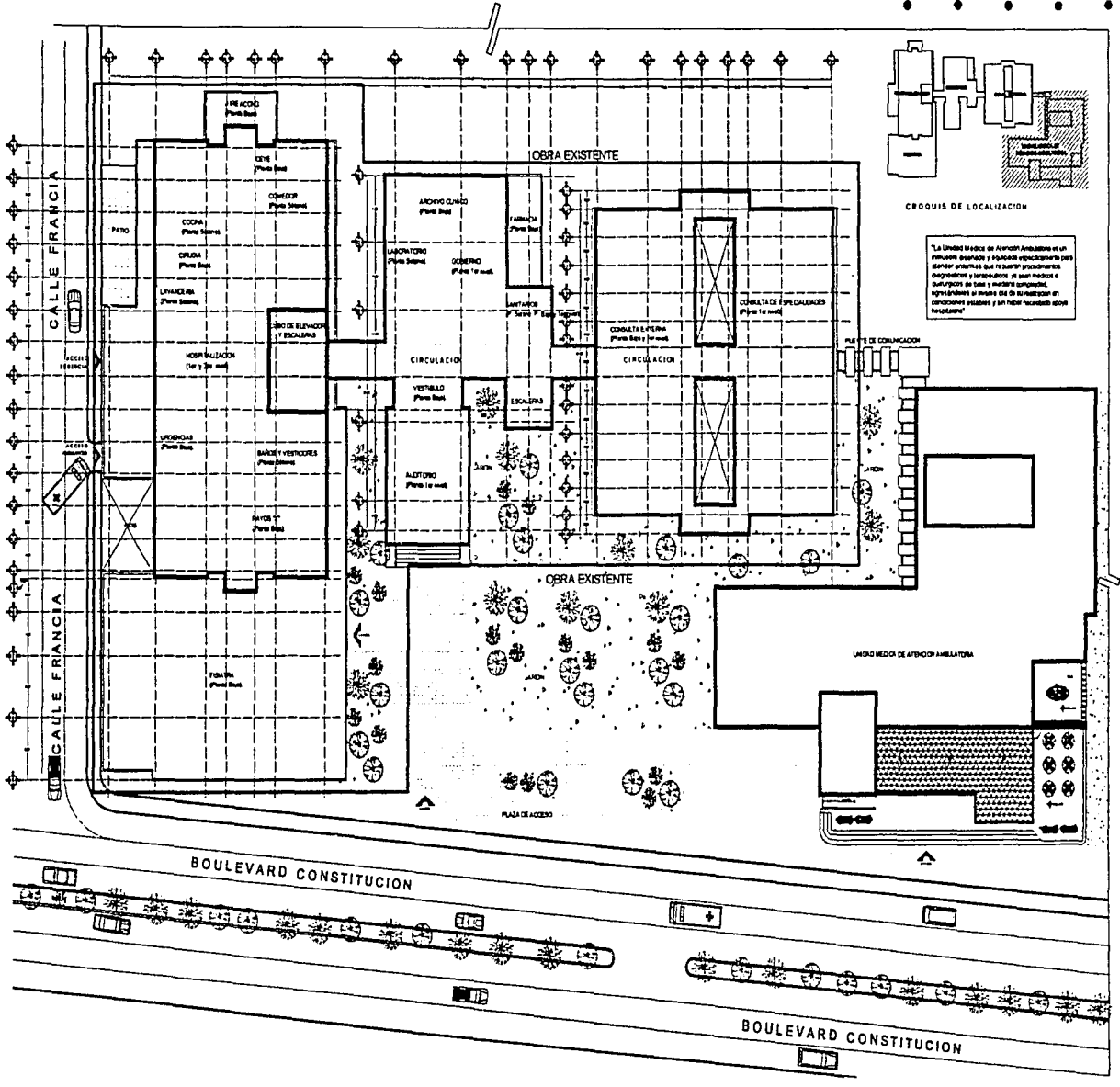
A-2
Planta Alta

NORTE



ESCALA GRÁFICA





CROQUIS DE LOCALIZACION

La Unidad Médica de Atención Ambulatoria es un inmueble diseñado y construido específicamente para atender enfermos que requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto nivel médico e quirúrgico, de alta y mediana complejidad, operándose en áreas que de su naturaleza son condiciones estériles y un nivel necesario sobre "niveles".

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ARQUITECTURA.
 Taller "Domingo García Ramo".

Título de tesis:
UNIDAD MÉDICA DE ATENCION AMBULATORIA.

Ubicación:
 Calle Perrotti y Boulevard Constitución,
 Saltillo, Coahuila.

Localidad de localización:

Plano:

Sección BOUTERROT CONSTITUCION

Sección CALLE FRANCIA

Escala de planta:
Arquitectónico

esc: 1/100.
 coord. en metros.

autor:
 Miguel Cabaña Chávez.

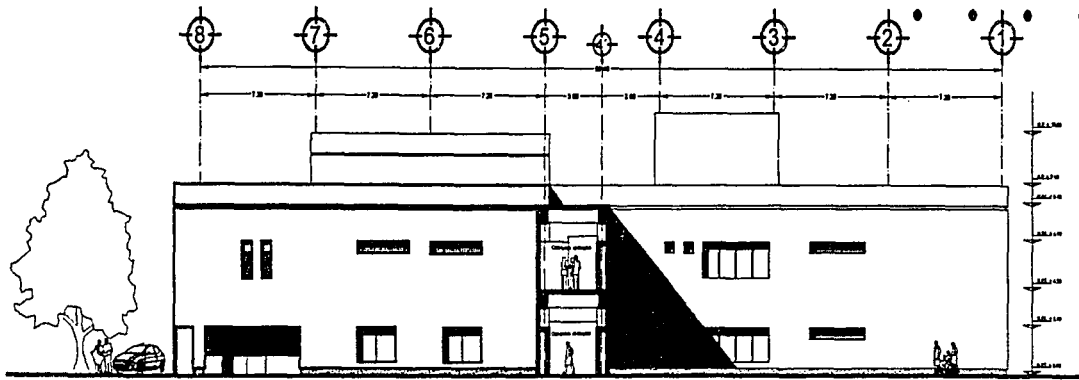
asesor:
 Arq. Miguel Zamora Galván,
 Mtro. Arq. Mariano Campos,
 Arq. Raúl Rodríguez Cisneros.

Co. Universidad, México del 2002

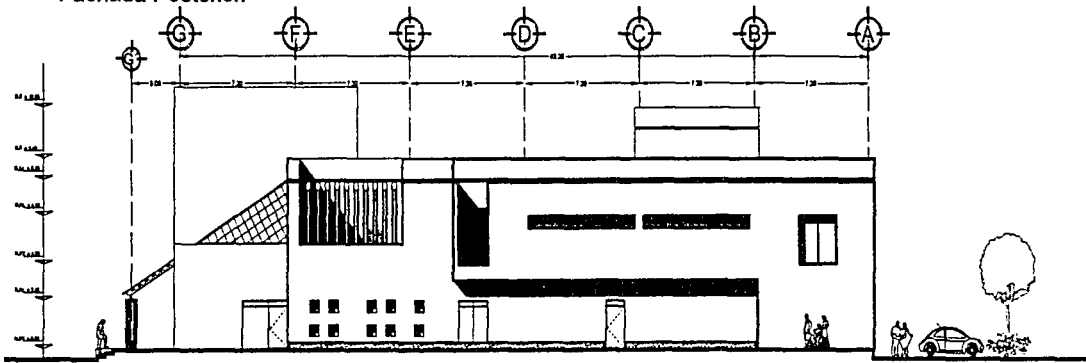
codigo:
A-3
 Planta de Conjunto

NOTA:

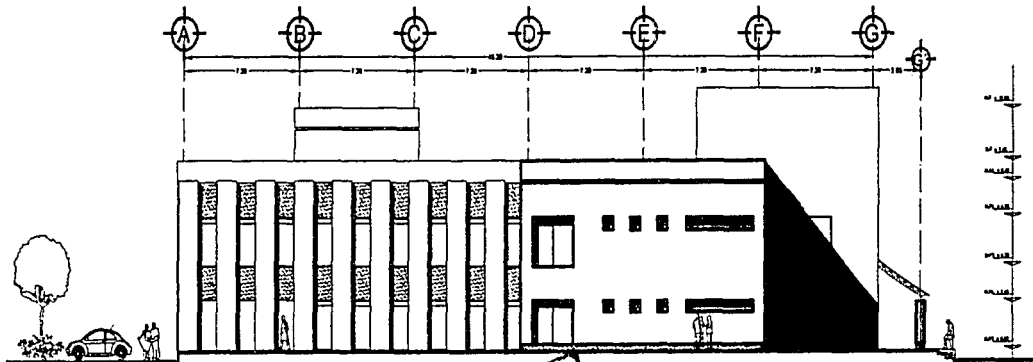
escala gráfica:







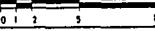
Fachada Posterior.



Fachada Lateral 1.



Fachada Lateral 2.

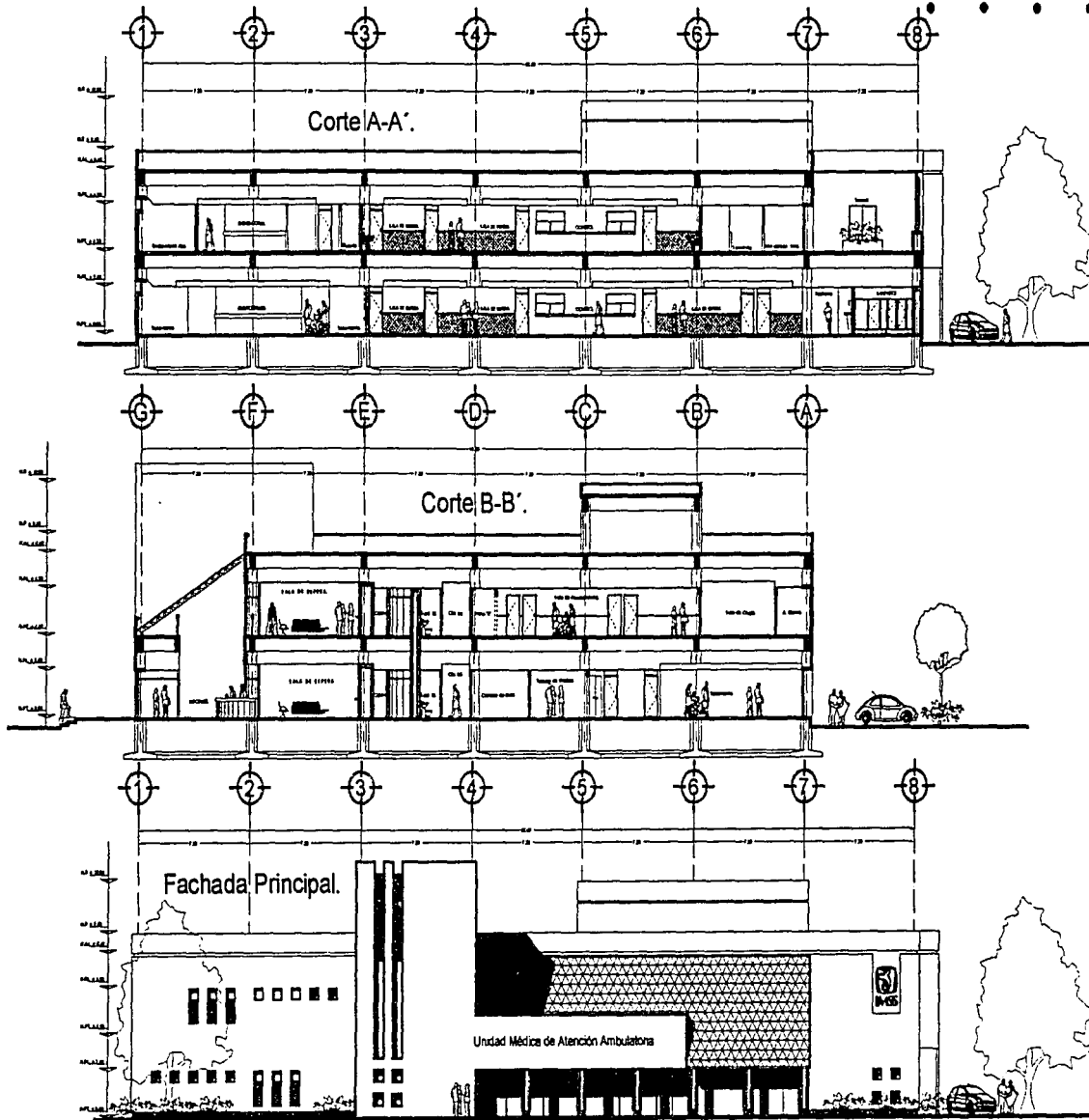
 
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ARQUITECTURA Taller "Domingo García Ramo".
Tema de tesis: UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA.
Ubicación: Calle Francia y Boulevard Casablanco, Santa Cruz Atoyac.
Grupo de profesores: 
NOTAS: "La Unidad Médica de Atención Ambulatoria es un inmueble diseñado y proyectado especialmente para atender enfermos que requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta tecnología y equipamiento de alta y mediana complejidad, agrupados en un mismo sitio de su realización en condiciones sanitarias y en total armonía con el entorno".
Tipo de tesis: Arquitectónico
Esc.: 1/100. Autor: en blanco.
Autor: Alexis Tacuba Chávez.
Director: Arq. Miguel Zamora Gabaldón, Man. Arq. Mariana Campos, Arq. Raúl Rodríguez Olvera.
C.A. UNIVERSIDAD, Mayo del 2002
CÓDIGO: <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">A-4</div> Fachadas
NOTAS: 
Escala Gráfica: 

proyecto arq.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

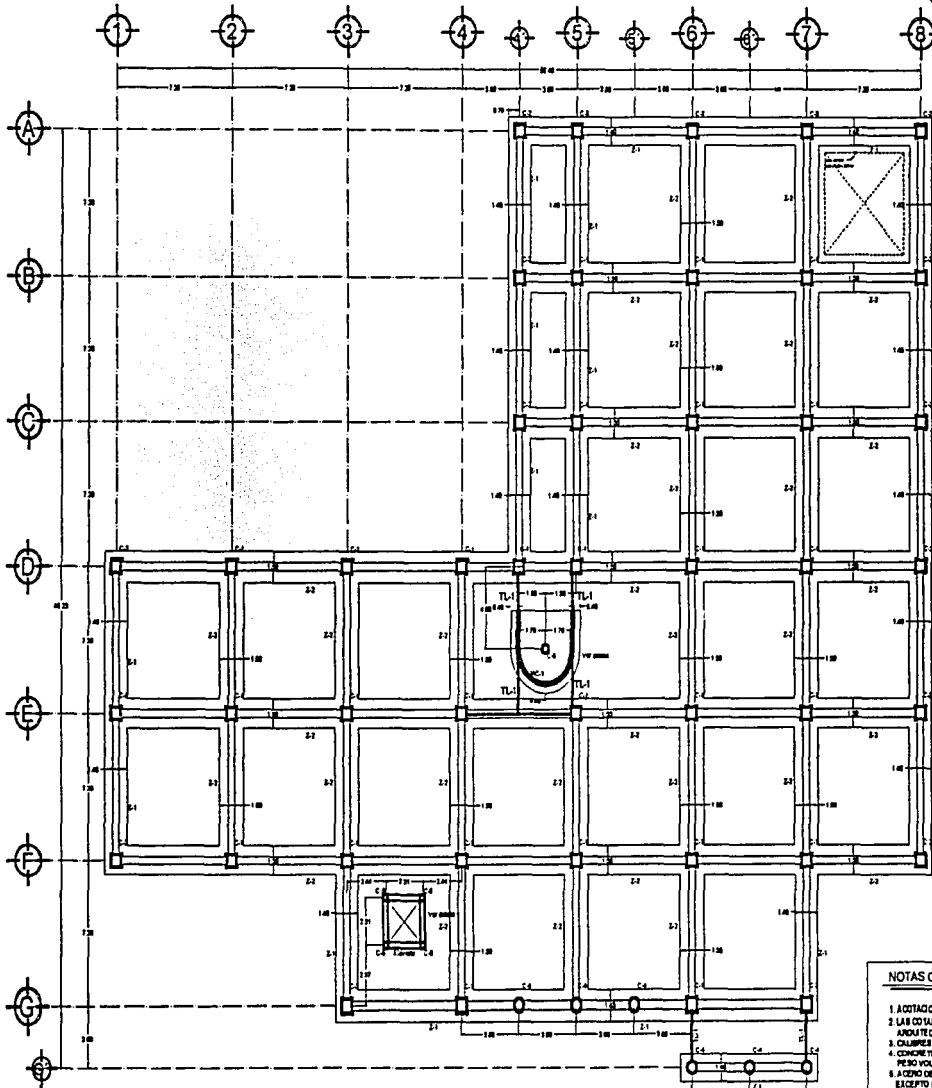
149

tesis profesional UNAM





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ARQUITECTURA Taller "Domingo García Ramo", tercer de tesis	
UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA. UBICACIÓN: Calle Fariñas y Bolívar, Cuernavaca, México, CDMX.	
LOCALIZACIÓN: 	
TÍTULO: La Unidad Médica de Atención Ambulatoria es un programa de salud y espacio arquitectónico que responde a las necesidades de atención médica y a las exigencias de un programa de salud y modernización, en un entorno urbano y en un contexto de desarrollo urbano.	
Tipo de planta: Arquitectónico	
AÑO: 1970 OCOR: en trámite	
ALUMNO: Alicia Tacuba Chávez.	
COORDINADOR: Arq. Miguel Zamora Caballero, Arq. José Martínez Campaña, Arq. Raúl Rodríguez Olvera.	
C/1 UNIVERSIDAD, MEXICO DE 2020	
CÓDIGO: A-5 Cortes	
NORTE 	
ESCALA GRÁFICA: 	


7.7 planos estructurales



Planta de Cimentación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
 Taller "Domingo García Román"
 Carrera de Maestría
UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA
 Ubicación: Calle Tercera y Boulevard Constituidos, Sección Cuauhtémoc, México, D.F.
 Lugar de construcción: C-2




nota:

tipo de planta:
Cimentación

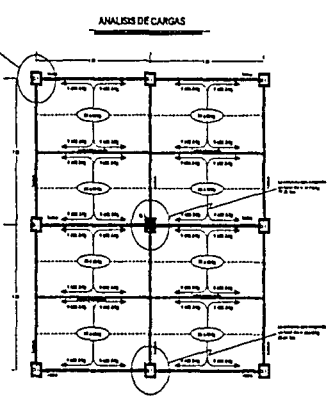
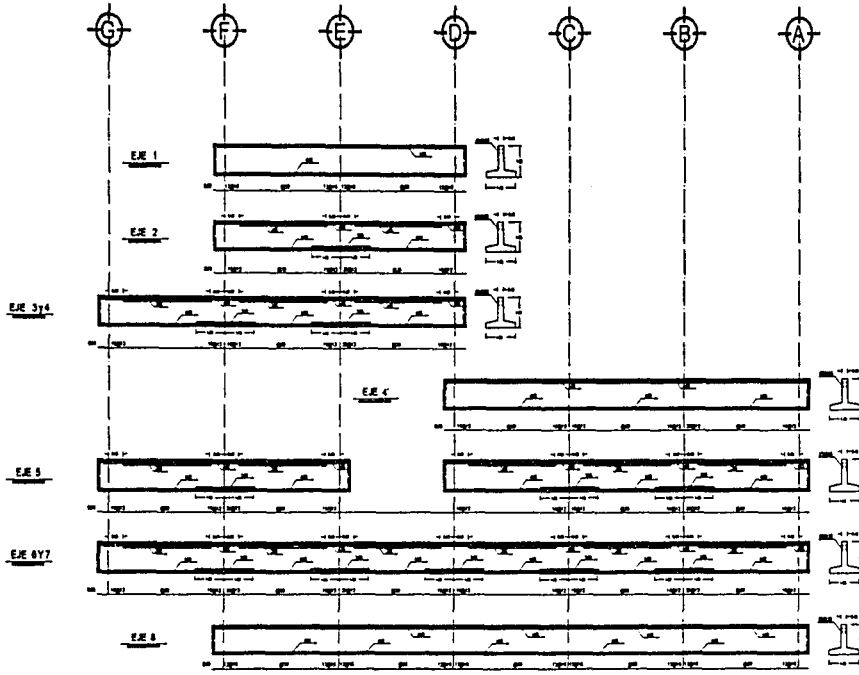
esc: 1/100
 autor: anónimo
 alumno:
Aleiss Yacubov Chávez
 docente:
 Arq. Miguel Zamora Gabaldón,
 Mtro. Arq. Mariano Campero,
 Arq. Raúl Rodríguez Ojeda.
 Cx: Universidad, marzo de 2002

denominación:
C-2
 Planta de Cimentación

NOTA:

 Escala Gráfica

0 1 2 3 5 10

- NOTAS GENERALES**
1. COTACIONES Y NIVELES EN METROS
 2. LAS COLUMNAS A EJES Y PAREDES DEBEN SER VERIFICADAS EN PLANOS
 3. ARQUITECTONICOS COMO SPONDONES
 4. CUMPLIR DE VARIAS EN OCTAVOS DE PLAZADAS
 5. CONCRETO F' = 208 kg/cm² CLASE C
 6. PERFORACIONES DE 10 CM O MAYOR A 20 CM DE DIAM.
 7. A CENZO DE REEMPLAZO F' = 428 kg/cm² DONDO OJUNO
 8. EXCEPTO EL DE QUE SON F' = 208 kg/cm² GRADO ESTRUCTURAL
 9. ANCLAJES Y TRINCLAJES NO DEBEN SER DE AL O /
 10. NO DEBERIA TRABAJARSE MAS DEL 50% DEL ACERO DE REEMPLAZO SIN UN NIVEL MEDIDA
 11. EL DESPLANTE MINIMO CONSIDERADO A PARTIR DEL NIVEL DE TERRENO NATURAL (P.T.N) SERA DE 0.30 M
 12. CAPACIDAD DE CARGA COMBINADA AL TERRENO ES DE 15 TON/M²
 13. PLANTILLA DE CONCRETO F' = 188 kg/cm² DE 5 CM



CARGA POR m2 DE LOSA.

ACERA ENLUCADADA	45 kg/m ²	ENTREFO	150 kg/m ²
REJILLA	8 kg/m ²	LOSA DE C.A.	240 kg/m ²
LOSA DE C.A.	240 kg/m ²	PLANCH DE PISO	60 kg/m ²
PLANCH DE PISO	60 kg/m ²	ISOLANTE	40 kg/m ²
ISOLANTE	38 kg/m ²	TUBOS 10%	120 kg/m ²
TUBOS 10%	120 kg/m ²	CARGA MUERTA	340 kg/m ²
CARGA MUERTA	471 kg/m ²	CARGA VIVA	300 kg/m ²
CARGA VIVA	120 kg/m ²	ICDL	140 kg/m ²
TOTAL	571 kg/m ² = 600 kg/m ²		= 920 kg/m ²

ACERA 600 kg/m²

ENTREFO: 300 kg/m²

TOTAL: 1800 kg/m²

PESO X AREA DE PAVIMENTO = 1800 X 29.74 = 53 532 kg

AREA DE CIMENTACION = $\frac{PESO}{RESIST. SUPERIOR} = \frac{18 000 \text{ KN}}{13 \text{ TON/M}^2} = 1.29 \text{ M}^2$

$\sqrt{1.29 \text{ M}^2} = 1.13 \text{ M}$

AREA DE CIMENTACION = $\frac{3772 \text{ KN}}{15 \text{ TON/M}^2} = 0.18 \text{ M}^2$

$\sqrt{0.18 \text{ M}^2} = 0.227 \text{ M}$

AREA DE CIMENTACION = $\frac{3841 \text{ KN}}{18 \text{ TON/M}^2} = 2.57 \text{ M}^2$

$\sqrt{2.57 \text{ M}^2} = 1.60 \text{ M}$

- NOTAS GENERALES**
1. ADOTACIONES Y NIVELES EN METROS.
 2. LAS COTAS A EJES Y PAÑOS DEBEAN VERIFICARSE EN PLANOS.
 3. ANCHO RECTANGULAR CUBRE SPONDILOS.
 4. COLUMNAS DE VIGILLAS EN CANTONERAS DE PULGADA.
 5. CONCRETO F' = 380 kg/cm² CLASE 1.
 6. PESO VOLUMETRICOS: ACERO 7.85 kg/cm³, GRANADO DURO.
 7. EL CEMENTO ES DE CLASE 380 kg/cm² GRANADO ESTRUCTURAL.
 8. ANCLAJES Y REBARBOS NO REDUCIDOS DEBEN DE 40 Ø.
 9. NO DEBEA TRANSLAPARSE MAS DEL 50% DEL ACERO DE REFORZO EN UNA MISMA SECCION.
 10. EL DESPLAZAMIENTO CONSIDERADO A PARTIR DEL NIVEL DE TERMINO NATURAL (T.N.) Y DE 0.91 M.
 11. CAPACIDAD DE CARGA CONSIDERADA AL TERRENO ES 80 T/m².
 12. PLANTILLA DE CONCRETO POME F' = 18 kg/cm² 18 Ø.

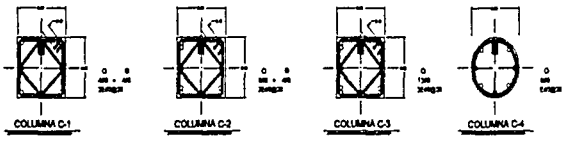
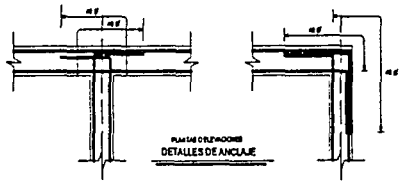
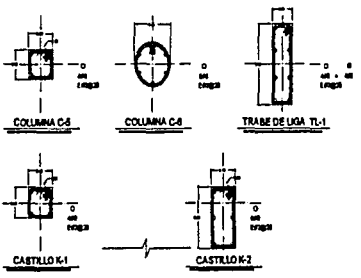


TABLA DE ZAPATAS CORRIDAS

TIPO DE ZAPATA	B	H	A ₁	A ₂
1-1	1.40	0.75	0.25	0.40
2-2	1.30	0.25	0.25	0.40
2-3	1.30	0.25	0.25	0.40



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ARQUITECTURA

Taller "Domingo García Romo"

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

UNIDAD DE AREA

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

UBICACION

Calle Hidalgo y Boulevard Constituyentes, Saltillo, Coahuila

COORDENADAS DE LOCALIZACION

NOTA:

TIPO DE OBRA

Cimentación

REC: 1/100

COORD. ARQUITECTA

CLIENTE

Alexis Lucio Chaves

PROYECTO

Arg. Miguel Zamora Gabaldón,
Man. Ara. Mariano Campora,
Arg. Raul Rodriguez Olivera.

CD. UNIVERSIDAD, MEXICO DE 2022

OBRA

C-3

Contrabases

NOTA

Escala Gráfica

0 1 2 3 4 5 10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ARQUITECTURA
 Taller 'Domínguez García Ramos'

UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA



NOVA

tipo de obra:
Cimentación

W: 10/03
 GOC: 6/1/1985

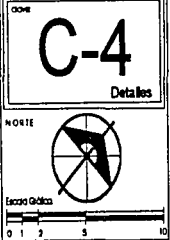
CLIENTE:
 Alseba Facultad Chávez

CONSEJO:
 Arq. Miguel Zamora Gobadán,
 Mtro. Arq. Mariano Campaña,
 Arq. Raúl Rodríguez Olvera

Cd. Universidad, México DF 06202

CONTE
C-4

Detalles



NOTAS GENERALES

1. ACOTACIONES Y NIVELES EN METROS.
2. LAS COTAS A EJES Y PAÑOS DEBERÁN VERIFICARSE EN PLANO ANGULAR ENTORNADO COMO ESPECIFICAR.
3. CABLES DE VARRILLAS EN OCTAVOS DE PLAGUAS.
4. CONCRETO F = 300 kg/cm² CLASE I.
5. PEROS VILLAMERINO Nº 10 DE MAYORÍA 2000 kg/cm².
6. ACERO DE REFUERZO F = 4300 kg/cm² ESPESOR 0.100.
7. NO DEBERÁ SER ALFARBE MÁS DEL 40% DEL ACERO DE REFUERZO EN UNA MISMA SECCIÓN.
8. EL DESPLAZE DEBERÁ CONSIDERARSE A PARTIR DEL NIVEL DE TIENPO NATURAL (N.T.N.) SEÑALADO EN PLANOS DE OBRAS.
9. CAPACIDAD DE CARGA CONSIDERAR AL TIENPO EN Q = 15 MINUTOS.
10. PLANTILLA DE CONCRETO PORRE F = 160 kg/cm² 16 x 16 cm.

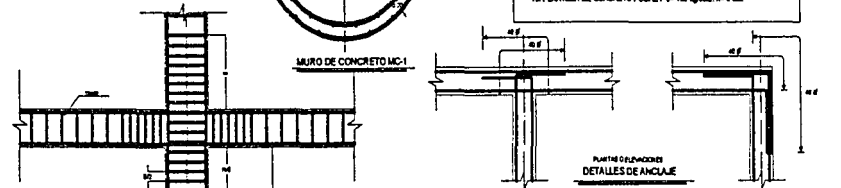
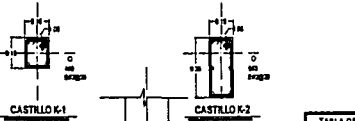
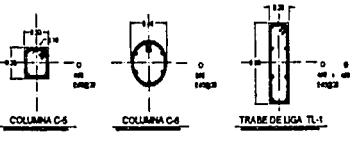
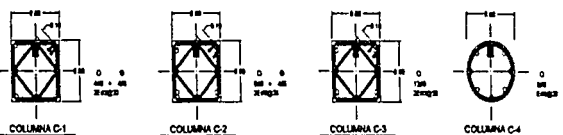
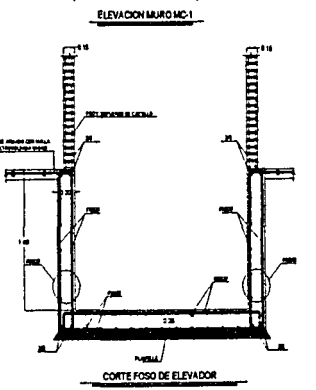
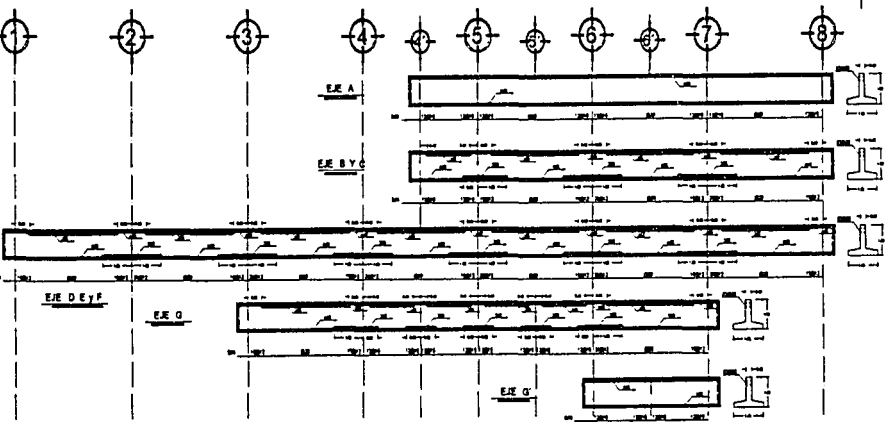
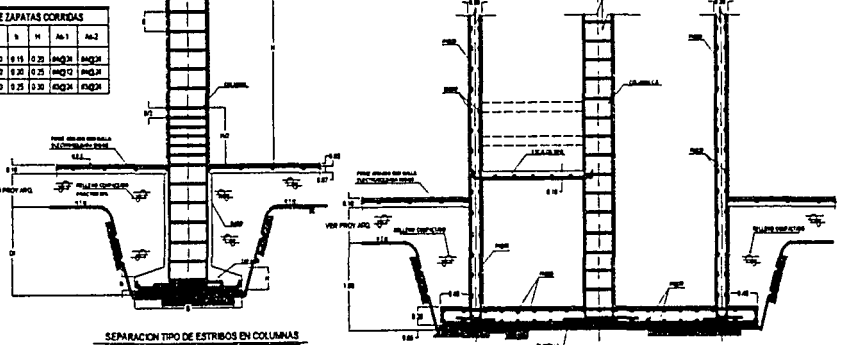
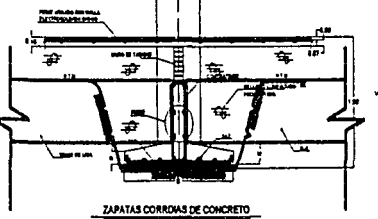
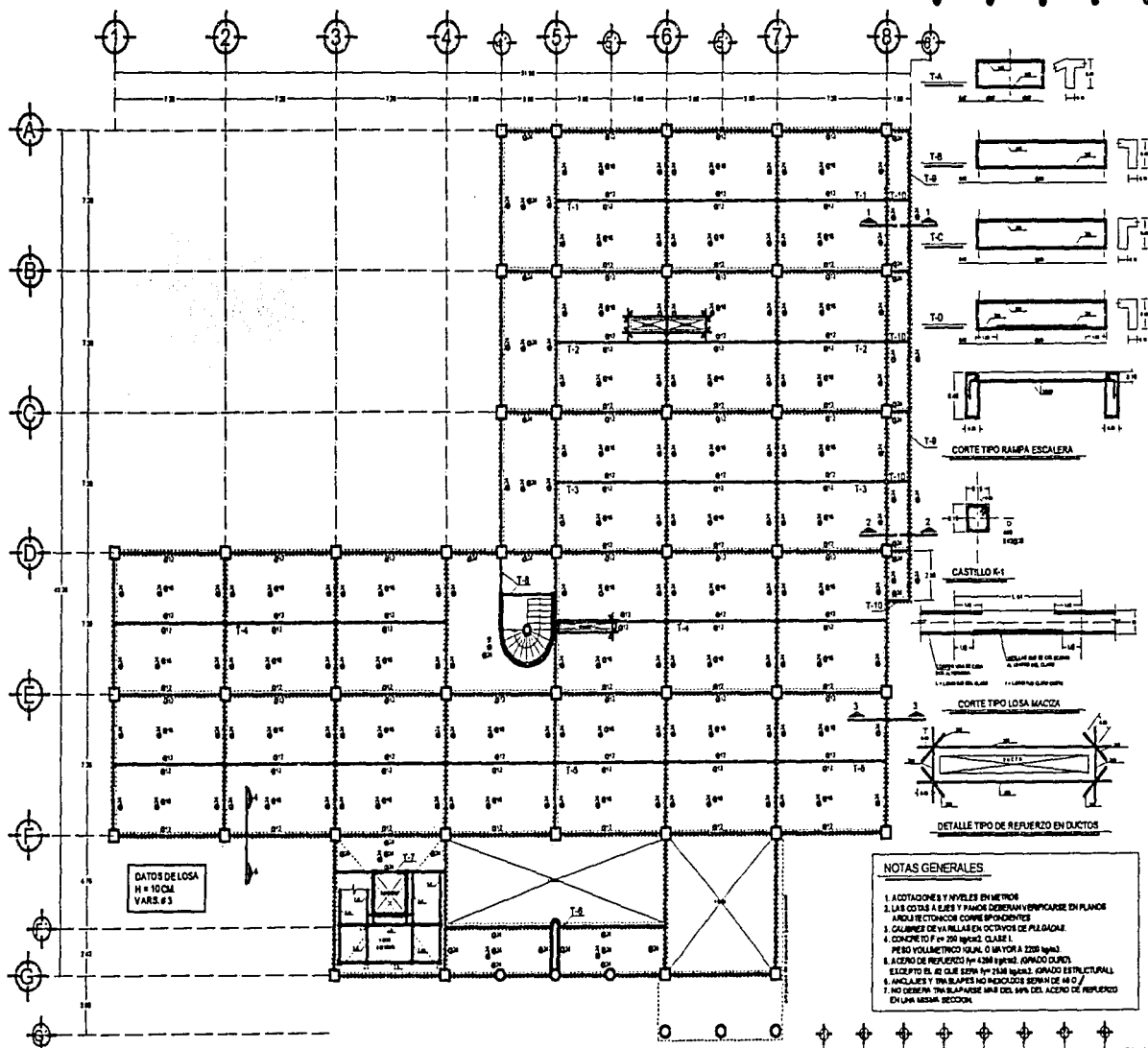


TABLA DE ZAPATAS CORRIDAS

TIPO DE ZAPATA	B	H	H	AN-1	AN-2
2.1	1.40	0.15	0.25	40Q24	40Q24
2.2	1.50	0.20	0.25	40Q24	40Q24
2.3	1.50	0.25	0.20	40Q24	40Q24





DATOS DE LOSA
H = 10CM
VARS # 3

- NOTAS GENERALES**
1. ACOTACIONES Y NIVELES EN METROS
 2. LAS CORTES A ELER Y PANDOR DEBERAN VERIFICARSE EN PLANO
 3. ANCHOS Y DISTANCIAS CORRESPONDIENTES
 4. CALIBRES DE VARILLAS EN OCTAVOS DE PILDORAJE
 5. CONCRETO F' = 250 kg/cm² CLASE I
 6. PERFO VOLANTECTRO 20x40 O MAYOR A 200 kg/cm²
 7. ACERO DE REFUERZO 4x 12mm kg/cm² (OMINO DURE)
 8. ESQUEJO EL 40 CILE 20x40 kg/cm² 250 kg/cm² (OMINO DURE)
 9. ANCLAJES Y FIN DE BARRAS EN NUDOSES DEBEN DE 40 D
 10. NO DEBERAN PUNTA BARRAS MAS DEL 50% DEL ACERO DE REFUERZO EN UNA MISMA SECCION



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ARQUITECTURA
 Taller "Domingo García Ramo".

TÍTULO DE TESIS:
UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

UBICACIÓN:
 Calle Venustiano Carranza y Boulevard Constituyentes, Santa Cruz.



FECHA DE ENTREGA:
 2012

FORO:
 1. VER ANILADOS DE TUBOS EN PLANO F-3

TIPO DE PARED:
Estructural

ESC.:
 1/100
 OJO EN METROS.

CLIENTE:
 Alexis Icaoba Chávez.

PROFESOR:
 Arq. Miguel Zamora Gabaldón,
 Mtro. Arq. Mariano Campora,
 Arq. Raúl Rodríguez Ojeda.

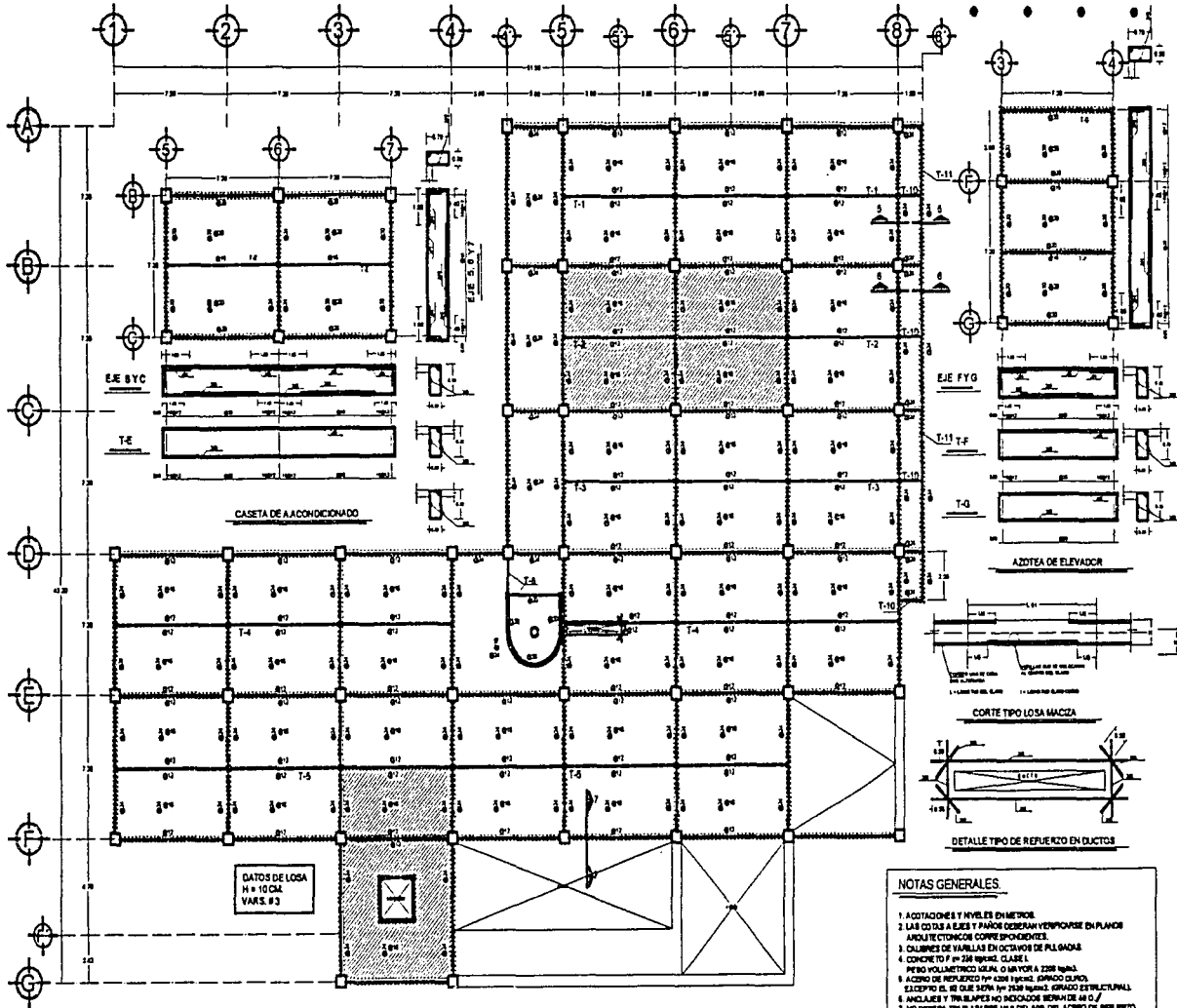
Cd. Universidad, México del 2012

COPIA:
E-1
 Planta de Entrepiso

NOTA:


ESCALA 0:100


Planta de Entrepiso



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
 FACULTAD DE ARQUITECTURA.
 Taller "Domingo García Ramo".
 NOMBRE DEL ALUMNO:
 UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA.
 UBICACIÓN:
 Calle Andrés Balmori Cuauhtémoc, SURTA, CDMX.



VER ANIMADO DE TRAZOS EN PLANO E-4

BOA de DIBUJO
Estructural
 MEC: 1/100
 COOR: en metros
 ALUMNO
 Alvaro Tacuba Chávez.
 CARRERA:
 Arq. Miguel Zamora Gabaldón,
 Mtro. Ars. Mariana Campayo,
 Arq. Raúl Rodríguez Ojeda.
 CA UNAM/ARQ, MARZO DE 2002

CDMX

E-2

Planta de Azotea

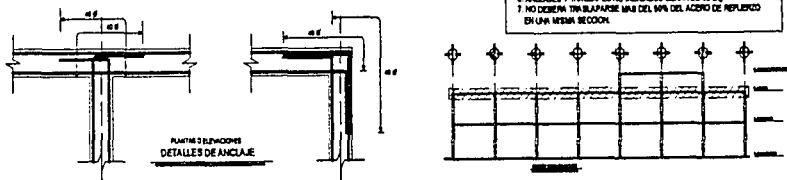
NORTE

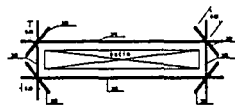
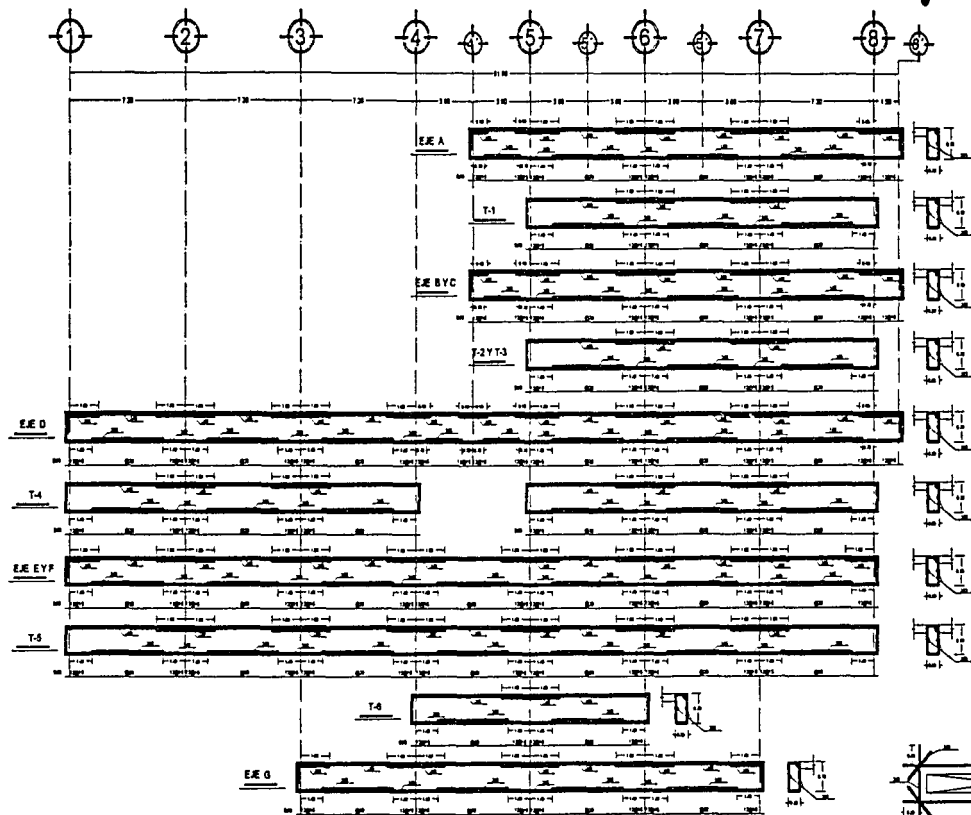
ESCALA GRÁFICA

NOTAS GENERALES.

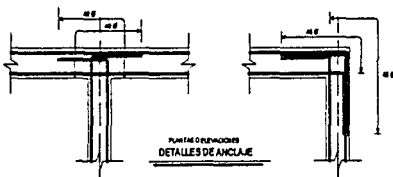
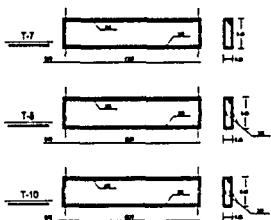
1. ACOTACIONES Y NIVELES EN METROS.
2. LAS COTAS A ELES Y PAROS DEBERAN VERIFICARSE EN PLANOS ANULTE CTACIONES CORRESPONDIENTES.
3. COLUMBES DE VARILLAS EN OCTAVOS DE PULGADA.
4. CONCRETO F' = 200 MPAS. CLASE I.
5. ACERO DE REFUEZO F' = 4200 MPAS. LOMADO CUADRO. EXCEPTO SI SE QUE SUPON 1700 MPAS. GRADO ESTRUCTURAL.
6. ANCLAJES Y TRILAPAJES NO INDICADOS DEBEN DE AS O J.
7. NO DEBEN TRILAPAJES MAS DEL 50% DEL ACERO DE REFUEZO EN UNA MISMA SECCION.

Planta de Azotea

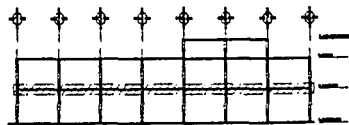




DETALLE TIPO DE REFUERZO EN DUCTOS



PLANTA DE DISTRIBUCIÓN DE REFUERZO EN DETALLES DE ANCLAJE



Trabes de Entrepiso

(Sentido Horizontal)

proyecto arq.




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller "Domingo García Ramo"

TÍTULO DE TESIS:
UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

UBICACIÓN:
Calle Francia y Boulevard Condesa, México, CDMX.

COLEGIO DE ESTUDIANTES:
C.A. 2011



FECHA:
1. VER ANIMADOS DE TUBOS EN PLANO E-3

Tipo de plano:
Estructural

ESC: 1/100
COORD. en metros

ALUMNO:
Alejandra Jacuba Chávez

ASESOR:
Arq. Miguel Zamora Caballón,
Mtro. Arq. Mariano Campaña,
Arq. Raúl Rodríguez Olvera.

Cd. UNIVMEX, Mayo del 2012

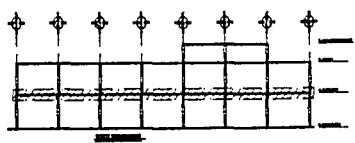
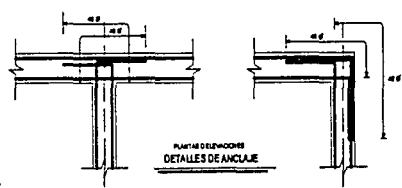
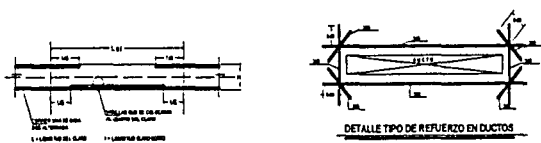
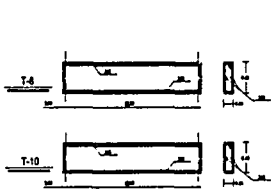
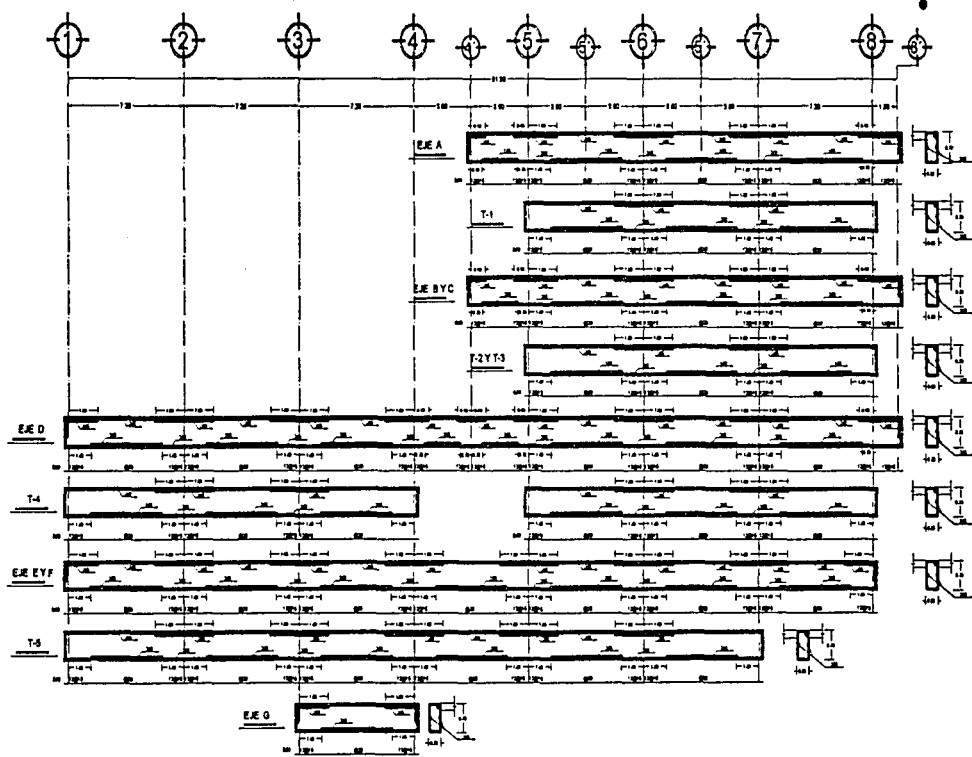
COOR:
E-3
Trabes de Entrepiso

NORTE



ESCALA GRÁFICA





NOTAS GENERALES

1. ACOTACIONES Y ANELES EN METROS.
2. LAS COLUMNAS A EJES Y PAREDES OBSERVARAN TEMPORALMENTE EN PLANOS ARQUITECTONICOS COMO PUNTO CENTRAL.
3. COLUMNAS DE VARIAS EN OCTAVOS DE PULGADAS.
4. CONCRETO F' = 258 kg/cm² CLASE I.
5. PERO VOLANTE TIPO IGUAL O MAYOR A 228 kg/cm².
6. ACIERTO DE REFORZADO 100 kg/cm² ESPESOR 0.010.
7. EXCEPTO EL #6 QUE SERA 100 kg/cm² ESPESOR 0.010.
8. ANCLAJES Y FINALES POR INDICACION BORNA DE #10.
9. NO DEBERA TRIBULARSE MAS DEL 50% DEL ACIERTO DE REFORZADO EN UNA MISMA BARRA.

Trabes de Azotea
(Sentido Horizontal)

PLANTAS DE ENLACE
DETALLES DE ANCLAJE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller Domingo García Ramal

tema de tesis
UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

Ubicación
Calle Fierro y Bolander Cuernavaca, Tlaxcala, Coahuila



NOTAS

1. VER ANCLAJES DE TRABES EN PLANO E-4

tema de obra
Estructural

esc: 1/100
CDS: en planis.

autor:
Alejo Tacuba Chávez

asesor:
Arq. Miguel Zamora Gobián,
Man Arq. Mariano Compea,
Arq. Raul Rodríguez Ojeda.

Cd Unimexica, Marzo del 2002

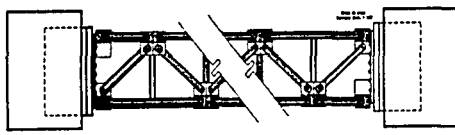
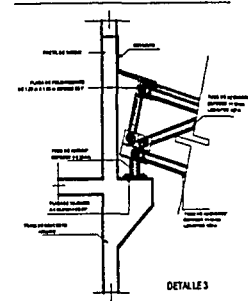
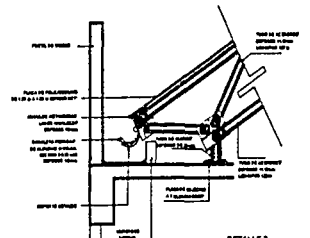
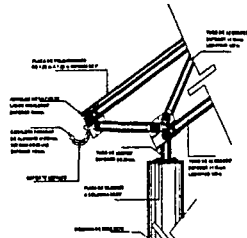
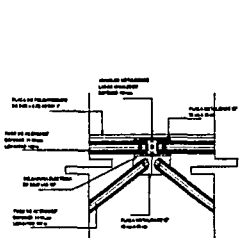
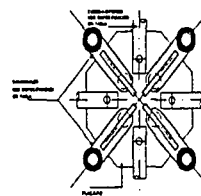
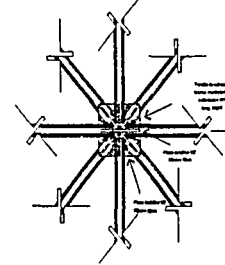
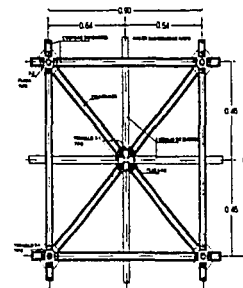
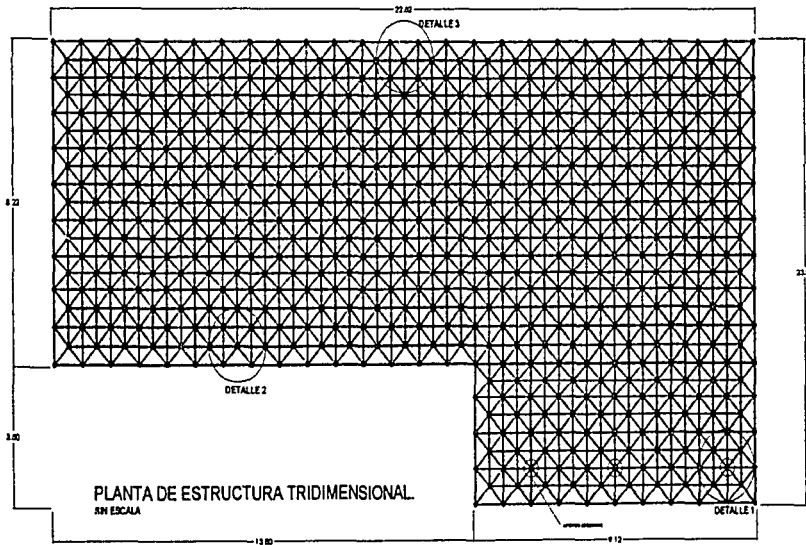
obra
E-4
Trabes de Entrepiso

NOTA



Escala Gráfica






DESCRIPCION

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

TABLA DE ESPECIFICACIONES




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller 'Domingo García Ramo'

tema de tesis
UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

Ubicación
Calle Héroles y Boulevard Constitucion, SoHo, Coahuila

Contexto de ubicación



NOSE

tipo de plano
Estructural

esc: 1/100
OCCUR en metros

autor
Alejandra Chaves Chávez


asesor
Arq. Miguel Zamora Caballero,
Mauricio Martínez Compañero,
Arq. Raúl Rodríguez Chaves

Ciudad Universitaria, México del 2023

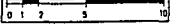
CDMEX

E-7
Estructura Tridimensional

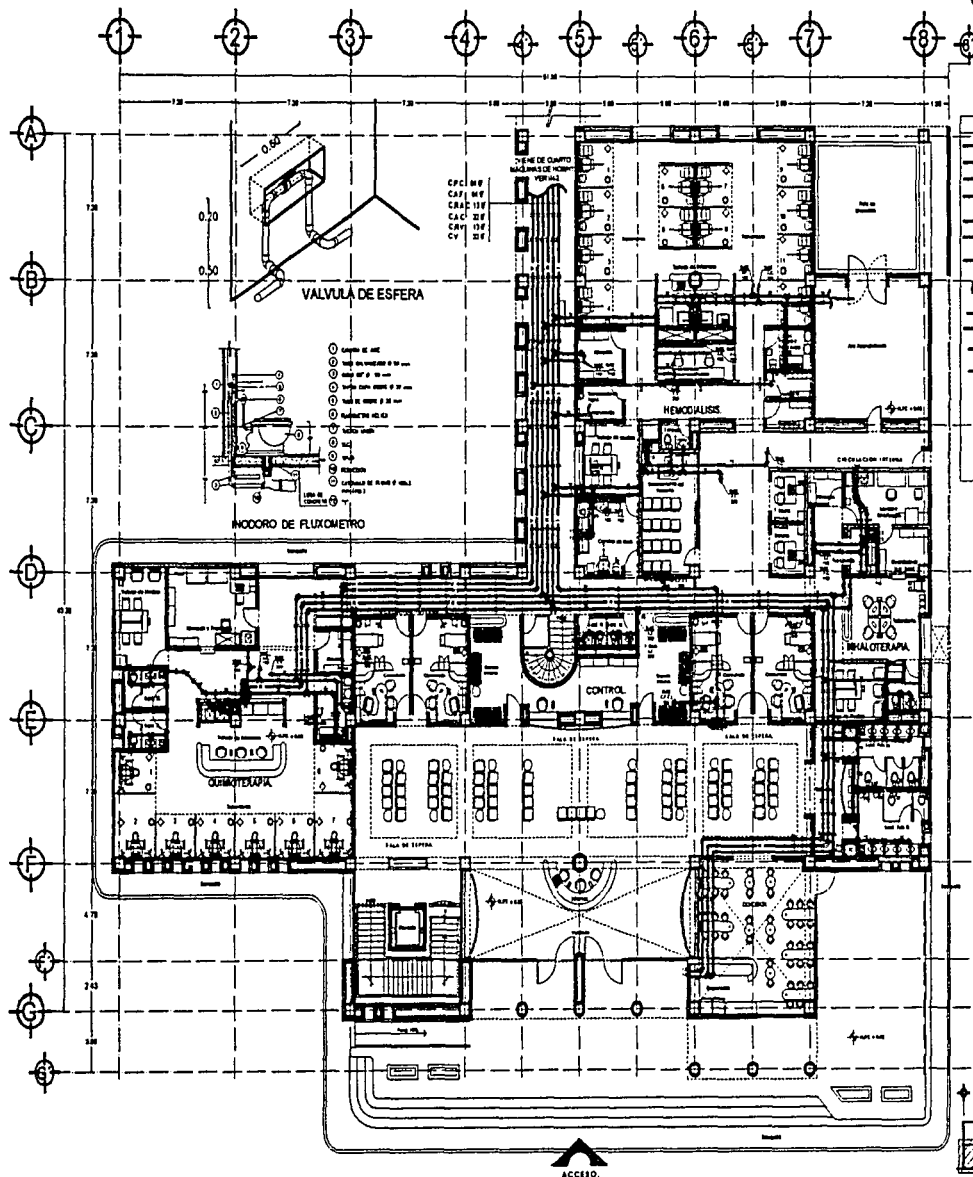
NOSE



Escala Gráfica



7.8 planes de instalaciones

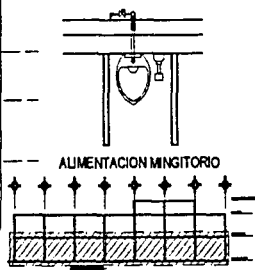


SIMBOLOGIA

- TUBERIA DE C/ TIPO N° PARA AGUA FRIA
- TUBERIA DE C/ TIPO N° PARA AGUA CALIENTE
- TUBERIA DE C/ TIPO N° PARA RETORNO DE AGUA CALIENTE
- TUBERIA DE FIERRO GALVAZADO PARA PROTECCION CONTRA INCENDIO
- TUBERIA DE B/ TIPO M PARA VAPOR DE MEDA
- TUBERIA DE B/ TIPO M PARA RETORNO DE VAPOR DE MEDA
- VALVULA DE COMPLETA PROTECCION HOLA LINEAL TIPO ALPRT HASTA B/ 30 mm Y MENORES
- GABINETE DE PROTECCION CONTRA INCENDIO
- S/F C/
- SOPORTE MOVIL
- SOPORTE FIJO
- TUBERIA DE B/ SUELO
- TUBERIA DE B/ PARED
- C/A F. COLUMNA DE AGUA FRIA
- C/A C. COLUMNA DE AGUA CALIENTE
- C/A C. COLUMNA DE RETORNO DE AGUA CALIENTE
- C/P C. COLUMNA DE PROTECCION CONTRA INCENDIO
- C/V. COLUMNA DE RETORNO
- C/R V. COLUMNA DE RETORNO DE VAPOR

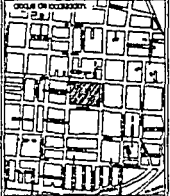
NOTA: LOS DIAMETROS ESTAN EN MM.

- ESPECIFICACIONES DE TUBERIAS**
1. Para el desarrollo nominal de 1.5 a 2 de mm se usara tuberia de acero dulce.
 2. Para el desarrollo nominal de 2.5 a 3 de mm se usara tuberia de acero dulce.
 3. Para el desarrollo nominal de 3.5 a 4 de mm se usara tuberia de acero dulce.
 4. Se indicara por donde se abastecan las repeticiones de tuberia para las partes de trabajo de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 5. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 6. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 7. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 8. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 9. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 10. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 11. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 12. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.
 13. Para la parte de tuberia y conexiones de acero inoxidable se usara tuberia de acero inoxidable de 1/2 y 3/4 pulgadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ARQUITECTURA.
Taller "Domingo García Ramo".

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA.
LOCALIDAD:
Calle Fariñas y Salvador Carrillo, Santa Cruz.



FOOT: DESCRIPCIONES DE LOS MATERIALES.
MATERIALES DE ACERO INOXIDABLE.
MATERIALES DE ACERO.
MATERIALES DE FIERRO GALVAZADO.
MATERIALES DE FIERRO.
MATERIALES DE ALUMINIO.
MATERIALES DE PLASTICO.
MATERIALES DE VIDRIO.
MATERIALES DE MADERA.
MATERIALES DE PIEDRA.
MATERIALES DE CEMENTO.
MATERIALES DE YESO.
MATERIALES DE LADRILLO.
MATERIALES DE AZULEJO.
MATERIALES DE PINTURA.
MATERIALES DE PASTEL.
MATERIALES DE PASTA DE DENTON.
MATERIALES DE PASTA DE DENTON.
MATERIALES DE PASTA DE DENTON.

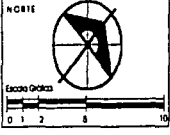
Instalacion Hidraulica

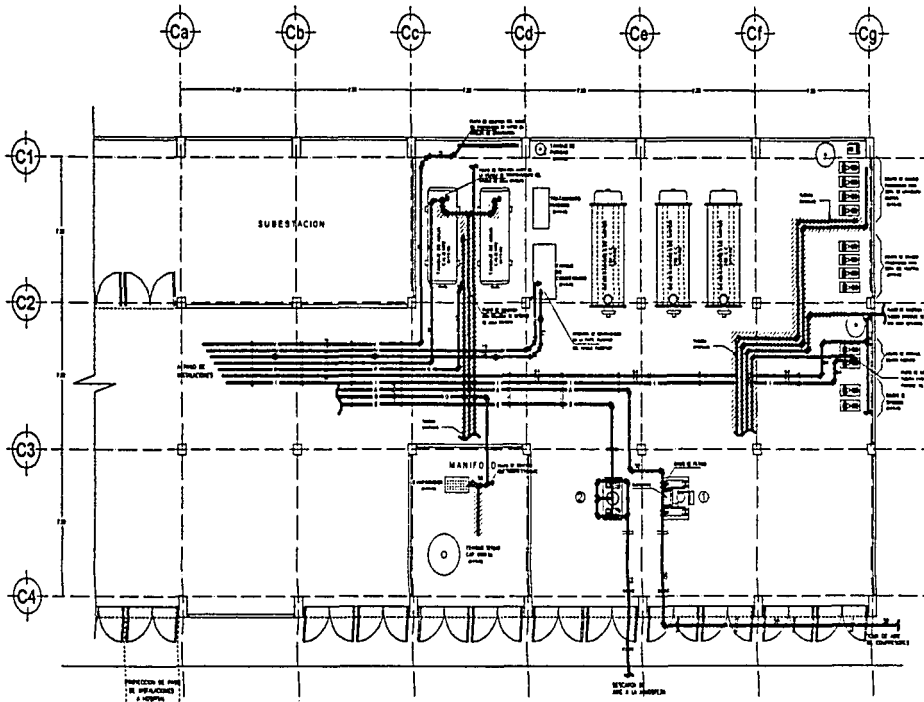
MEC/11/02
CCCC en TITULO

ALTA
Alejo Tacuba Chávez.

CD UNIVERSIDAD, MEXICO DF 2022

1H-1
Planta Baja

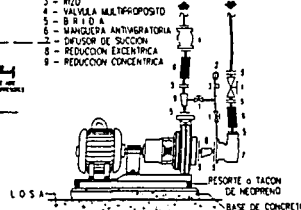




SIMBOLOGIA	
[Symbol]	FUBUNA DE CA TIPO "T" PARA AGUA FRIA
[Symbol]	FUBUNA DE CA TIPO "T" PARA AGUA CALIENTE
[Symbol]	FUBUNA DE CA TIPO "T" PARA RETORNO DE AGUA CALIENTE
[Symbol]	FUBUNA DE FRENDO PARA VENTILADO FRIO
[Symbol]	PROYECTOR DE COMARCAS
[Symbol]	FUBUNA DE 1/2 IN. C/D. ALIADA A PISO DE HEDA
[Symbol]	FUBUNA DE 1/2 IN. LES. 45° PARA TORNO DE VAPOR DE HEDA
[Symbol]	VALVULA DE COMPUERTA REGULADORA AREA TIPO ALPES HASTA 500 LBS
[Symbol]	FUBUNA DE CA TIPO "T" PARA AGUA CALIENTE
[Symbol]	FUBUNA DE CA TIPO "T" PARA VAPOR
[Symbol]	RESORTE HEDAL
[Symbol]	RESORTE HEDAL

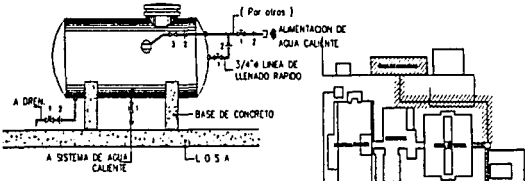
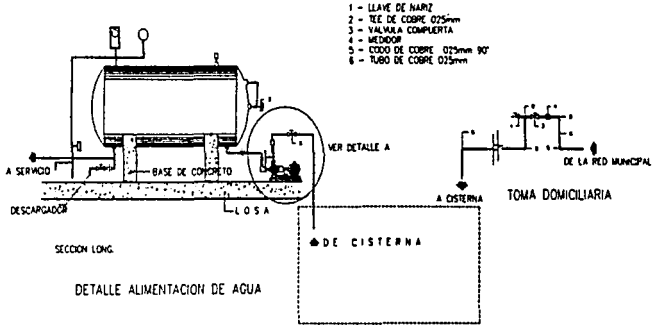
- 1 SISTEMA DE GENERACION DE ALTO GRADO MEDIO TIPO PAQUETE DUBLE MCA. SOLARE COPPELL MODO 100-15-13-18 PARA PRODUCCION DE VAOR CALIENTE EN UN GASTO DE 3.875 HP/H. CADA COMPRESOR DE UNA CAP DE 15 HP. 230-440 VOLTS 60 HZ.
- 2 SISTEMA DE GENERACION DE BAJO GRADO MEDIO TIPO PAQUETE MODO 200-45-20-12-13-12 CON DOS BOMBAS DE VAPOR PARA PRODUCCION UN GASTO DE 102.28 HP/H A UNA PRESION DE VAPOR DE 45 PSI. CADA BOMBA ACCIONADA A MOTOR DE 70 HP. 230-440 VOLTS 60 HZ.

- 1 - VALVULA DE COMPUERTA
- 2 - MANOMETRO
- 3 - RIZO
- 4 - VALVULA MULTIFUNCIÓN
- 5 - B R I O A
- 6 - MANIFESTO ANTIVIBRATORIA
- 7 - DIVISOR DE SECCION
- 8 - REDUCCION EXCENTRICA
- 9 - REDUCCION CONCENTRICA



DETALLE A
DETALLE TIPO PARA CONEXION A BOMBA

DETALLE DE CASA DE MAQUINAS, H.G.Z. 2, SALTILLO COAH.



DETALLE TIPO PARA CONEXION A TANQUE DE EXPANSION (HORIZONTAL) PARA LA ALIMENTACION DE AGUA CALIENTE

CRQUIS DE LOCALIZACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller Domingo García Ramo.

METRO DE HEDAL
UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA
LOCALIZACION
Calle Fcocho y Boulevard Constituido, Saltillo, Coahuila

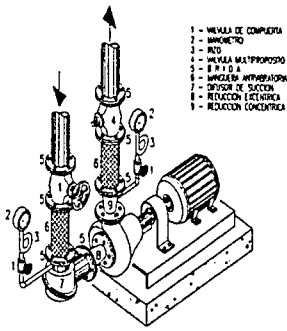
PROYECTO: Instalacion de agua caliente
ESTRUCTURA: Sistema de generacion de vapor y de agua caliente para un hospital.
DESCRIPCION: Instalacion de agua caliente para un hospital.
DESCRIPCION: Instalacion de agua caliente para un hospital.
DESCRIPCION: Instalacion de agua caliente para un hospital.

PROYECTO: Instalacion Hidraulica
METS: 11103
COOPE: 8717674
DISEÑO: Alexis Tacuba Chávez.
DIBUJO: Arq. Miguel Zamora Gobiador, Arq. Juan Mariano Compañero, Arq. Raúl Rodríguez Oñero.
Escuela de Arquitectura, UNAM, México, D.F. 2002

0248
IH-3
Cto. de Maquinas, Hospital

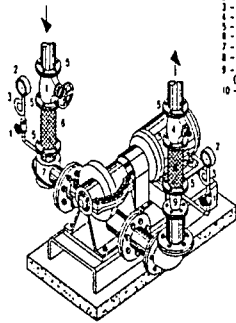
NORTE

Escala Gráfica: 0 1 2 3 m



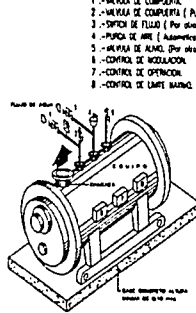
- 1 - MANEJA DE COMPUERTA
- 2 - MANOMETRO
- 3 - INYECTOR
- 4 - MANEJA MULTIPROPOSITO
- 5 - B.F.P. 2
- 6 - MANEJA ANTIVIBRATORIA
- 7 - OROSCOP DE SUCCION
- 8 - REDUCCION CONCENTRICA
- 9 - REDUCCION CONCENTRICA

DETALLE TIPO PARA CONEXION A BOMBA



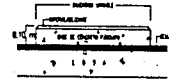
- 1 - MANEJA DE COMPUERTA
- 2 - MANOMETRO
- 3 - INYECTOR
- 4 - MANEJA MULTIPROPOSITO
- 5 - B.F.P. 2
- 6 - MANEJA ANTIVIBRATORIA
- 7 - OROSCOP DE SUCCION
- 8 - REDUCCION CONCENTRICA
- 9 - REDUCCION CONCENTRICA
- 10 - BOMBA tipo 110

DETALLE TIPO PARA CONEXION A BOMBA ISOMETRICO

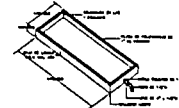


- 1 - MANEJA DE COMPUERTA
- 2 - MANEJA DE COMPUERTA (Purga manual) 75 mm
- 3 - SUPERFICIE DE FILTRO (Por arena)
- 4 - PURGA DE AIRE (Automático)
- 5 - MANEJA DE ALARME (Por arena)
- 6 - CONTROL DE MODULACION
- 7 - CONTROL DE OPERACION
- 8 - CONTROL DE LIMITE DE AIRE

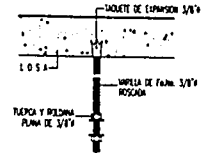
DETALLE TIPO PARA CONEXION A UNIDAD GENERADORA DE AGUA CALIENTE (CALDERA)



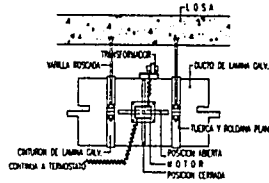
DETALLE TIPO PARA BASE DE EQUIPOS



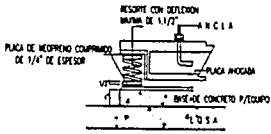
DETALLE TIPO PARA CHAROLA DE CONDENSACION



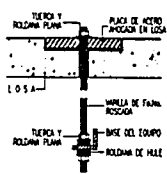
DETALLE TIPO PARA SOPORTE EN LOSA DE TUBERIAS y/o DUCTOS



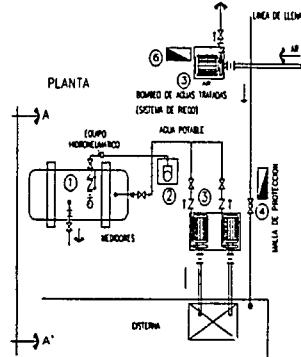
DETALLE TIPO PARA COMPUERTA MOTORIZADA



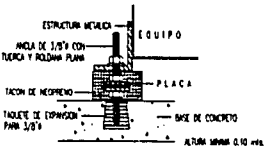
DETALLE TIPO PARA BASE ANTIVIBRATORIA VENTILADORES, BOMBAS y UMA's



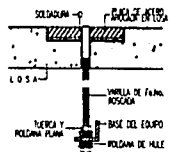
DETALLE TIPO PARA SOPORTE DE EQUIPO COLGADO



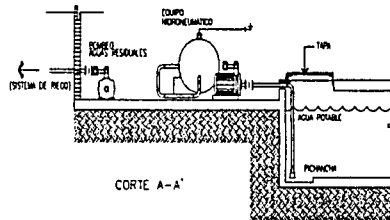
DETALLE DE EQUIPO HIDRONEUMATICO



DETALLE TIPO PARA BASE ANTIVIBRATORIA VENTILADORES, BOMBAS y UMA's



DETALLE TIPO PARA SOPORTE DE EQUIPO COLGADO



CORTE A-A'

ESPECIFICACIONES

- EQUIPO HIDRONEUMATICO
- 1- MANEJA CONDUCCION HORIZONTAL 2" x 1.18" = 3000 LIT. P" = 4" (RESERVA P" = 2.5")
 - 2- COMPUERTA DE MANEJA
 - 3- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 4- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 5- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 6- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 7- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 8- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 9- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS
 - 10- BOMBAS CON MOTOR DE 0.75 HP, 2400 RPM 220 VOLTS 60 HERTZ 50/60 LITROS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller "Domingo García Ramo"

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

COORDINADOR: Carlos Ferrera y Escamada Cevallos, Sergio Cevallos

DISEÑO DE EJECUCION: [Grid drawing]

PROYECTO: [Text]

Instalacion Hidraulica

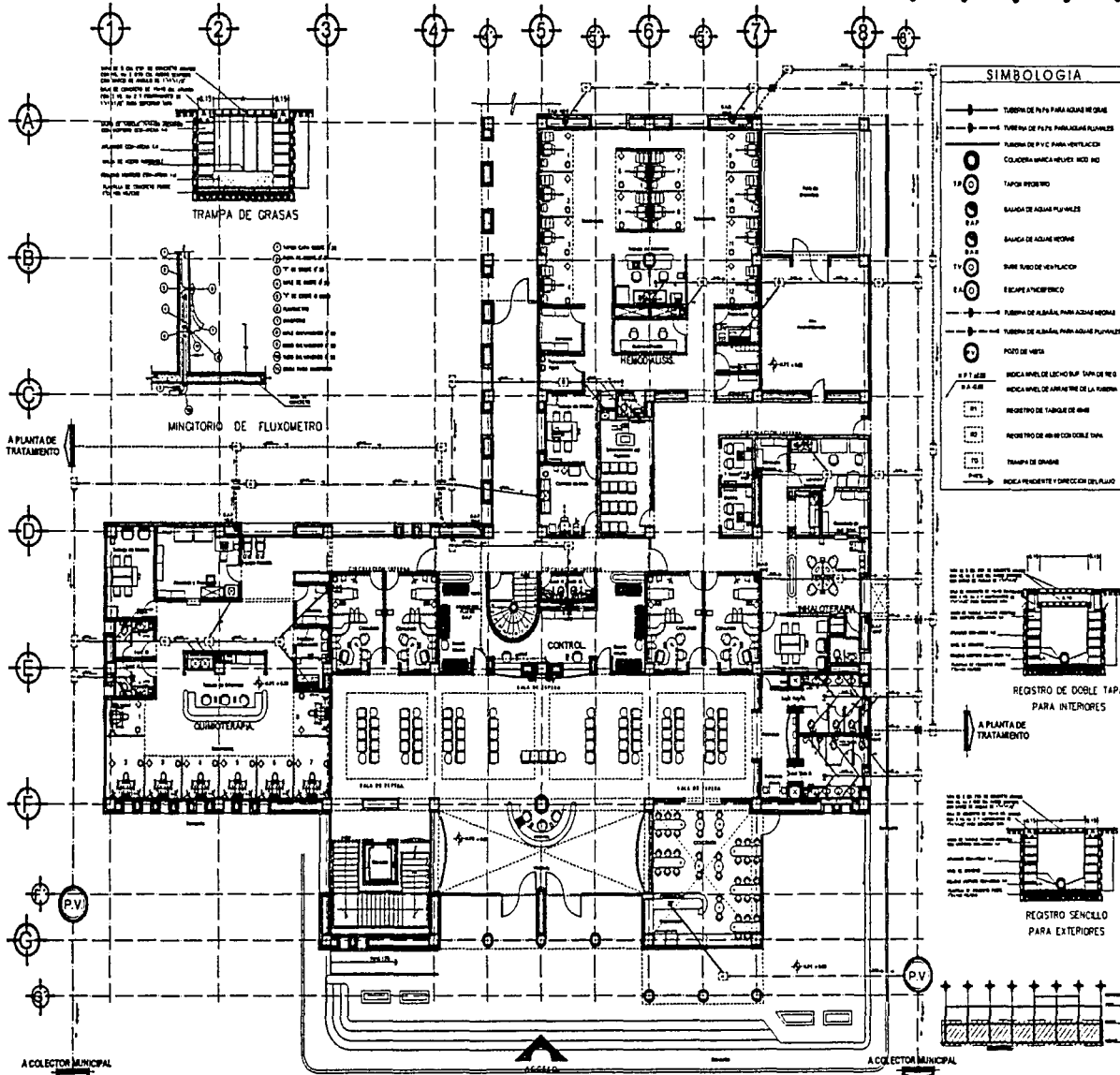
Arq. Miguel Zamora Godadón,
Arq. Ana Mariana Carrera,
Arq. Raúl Rodríguez Olivera.

CALLE UNIVERSITARIA, CUERNAVACA, MORELOS

1H-4
Detalles

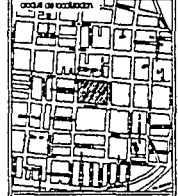
NOITE

ESCALA GRABADA



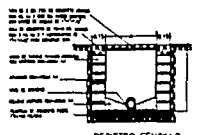
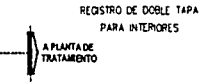
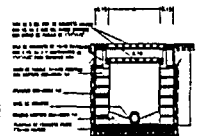
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ARQUITECTURA
 Taller Domingo García Ramo

UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA
 UBICACIÓN
 Calle Frenada y Bolívar Contraluz, México, D.F.



SIMBOLOGIA

- TUBERÍA DE PLATA PARA AGUAS RESIDUALES
- TUBERÍA DE PLATA PARA AGUAS PLUVIALES
- TUBERÍA DE P.V. PARA APLICACIONES
- COLUMENA HERRAJE HUECO 100 X 100
- TAPÓN INFERIOR
- BANCAL DE AGUAS PLUVIALES
- BANCAL DE AGUAS RESIDUALES
- BARRIL TUBO DE VENTILACION
- RECAPA ANTICRIBICO
- TUBERÍA DE ALUMÍNIO PARA AGUAS RESIDUALES
- TUBERÍA DE ALUMÍNIO PARA AGUAS PLUVIALES
- POZO DE HERRAJE
- HERRAJE DE LLECHO BUN TAPA DE RED
- HERRAJE DE ARRANQUE DE LA TUBERÍA
- REGISTRO DE TABLERO DE OMB
- REGISTRO DE ANCHO COLECTOR DVA
- TRAMPA DE GRASAS
- HERRAJE PENDIENTE Y DIRECCION DEL FLUJO



POZOS DE VENTILACION
 PARA EL INTERIOR
 PARA EL EXTERIOR

REGISTRO DE TABLERO DE OMB

REGISTRO DE ANCHO COLECTOR DVA

TRAMPA DE GRASAS

HERRAJE PENDIENTE Y DIRECCION DEL FLUJO

Instalacion Sanitaria

ANEXO 17103
 OMB EN TUBERIA
 OMB
 ANEXO 100000 CHIVAS

CONSEJO
 Arq. Miguel Zamora Gobián,
 Juan Arq. Mariano Campos,
 Arq. Raúl Rodríguez Chivero.

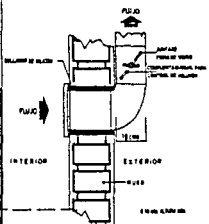
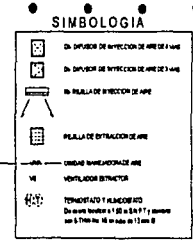
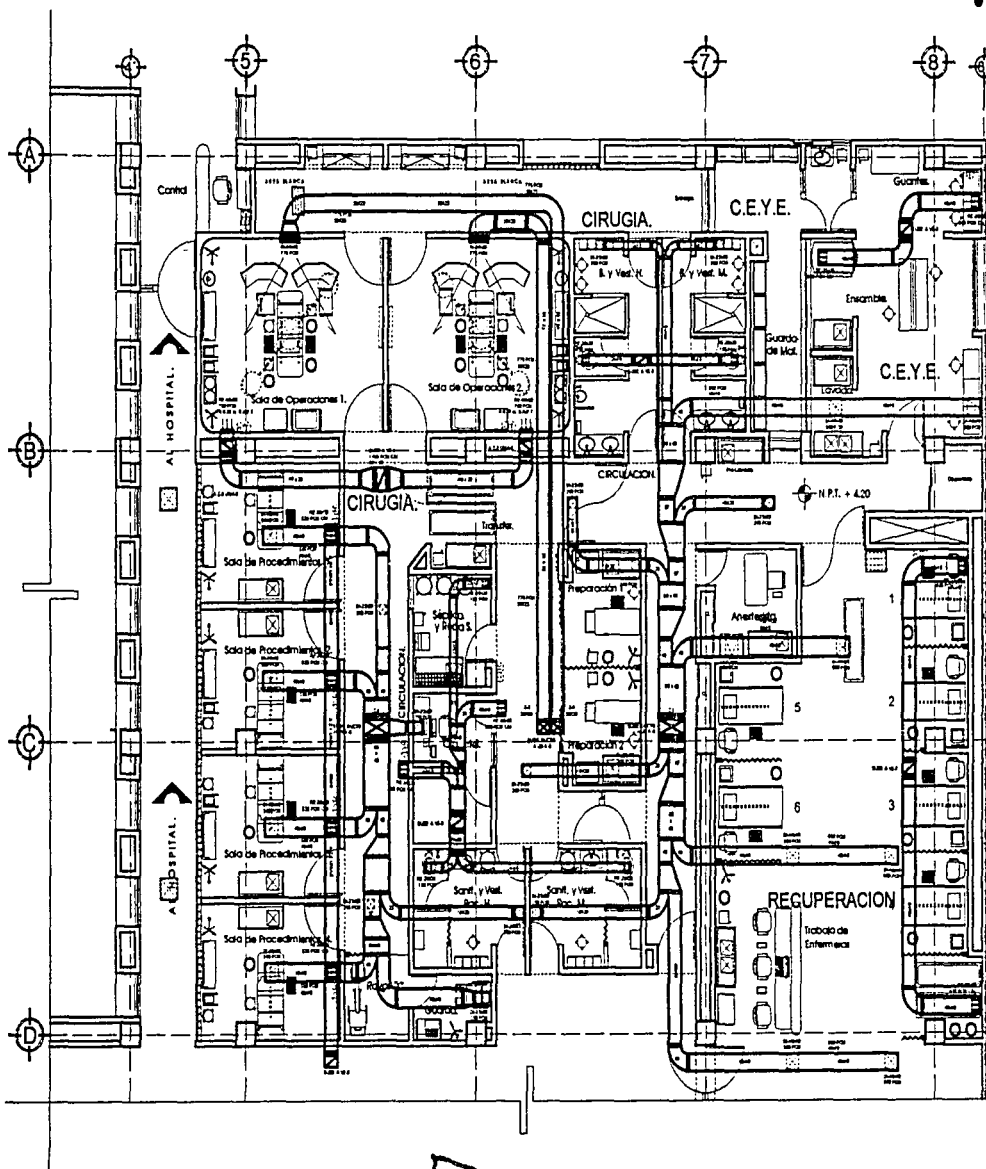
CD UNAMARCO, MARZO DE 2002

CD 001
IS-1
 Planta Baja

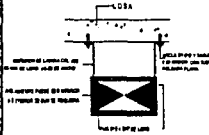


proyecto arq.

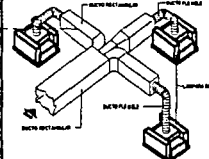
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



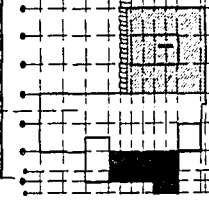
DETALLE TIPO PARA INSTALACION DE REJILLA DE EXTRACCION EN HABITACION




DETALLE TIPO PARA SOPORTE DE DUCTOS RECTANGULARES MENORES DE 30"



DETALLE TIPO PARA CONEXION A DIFUSOR





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO


FACULTAD DE ARQUITECTURA

Taller Domingo García Ramos

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

Ubicación Calle Francia y Boulevard Cervantes, SOMA, CDMX.

CRONOGRAMA DE EJECUCION



NOTAS

ESPECIFICACIONES DE EQUIPAMIENTO Y MATERIALES

1. Todas las unidades mecánicas de aire para el sistema deberán cumplir con las normas correspondientes.
2. Los equipos de ductos de extracción insonorizados serán de tipo rectangular.
3. Como material de ductos se utilizará aluminio anodizado de 1.5 mm de espesor.
4. Los ductos de extracción serán de tipo rectangular y tendrán un ancho de 30 cm y un alto de 20 cm.
5. Los ductos de extracción serán de tipo rectangular y tendrán un ancho de 30 cm y un alto de 20 cm.
6. Los ductos de extracción serán de tipo rectangular y tendrán un ancho de 30 cm y un alto de 20 cm.
7. Los ductos de extracción serán de tipo rectangular y tendrán un ancho de 30 cm y un alto de 20 cm.
8. Los ductos de extracción serán de tipo rectangular y tendrán un ancho de 30 cm y un alto de 20 cm.

Una de planta

Inst. Aire Acond.

Esc. 1:100

0.007 400 mm escala

ALUMNO

Aletha Tacuba Chávez

asesor

Arq. Miguel Zamora Gobiadón

Man. Arq. Mariano Carrero

Arq. Raúl Rodríguez Ojeda


COLECCION

CO UNIVERSIDAD, MARZO DEL 2002

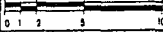
IAA-1

Cirugia (pa)

NORTE

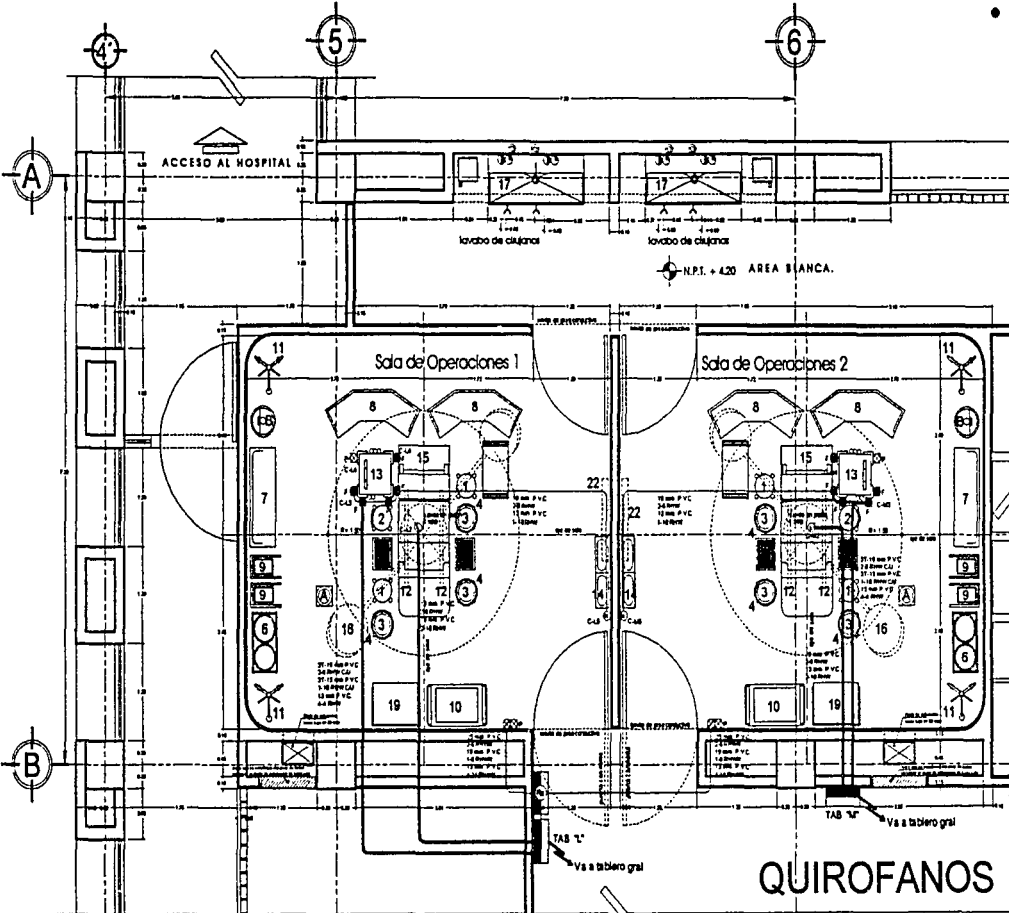


Escala Gráfica



proyecto arq.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



LISTA DE MOBILIARIO

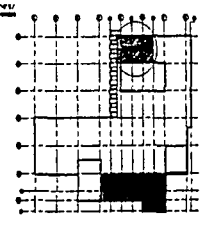
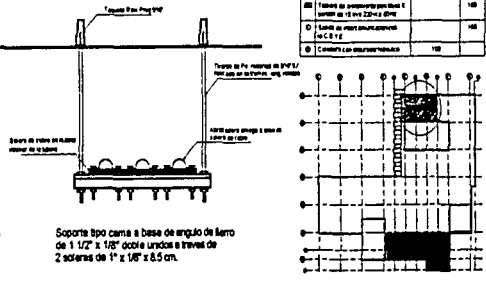
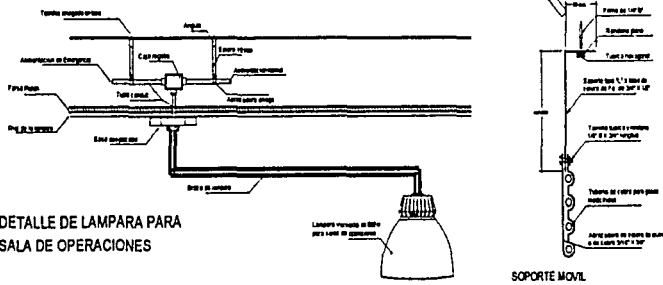
Codificación	Costo	Unidad
1	\$12 100 000	1
2	\$12 100 000	1
3	\$12 100 000	1
4	\$12 100 000	1
5	\$12 100 000	1
6	\$12 100 000	1
7	\$12 100 000	1
8	\$12 100 000	1
9	\$12 100 000	1
10	\$12 100 000	1
11	\$12 100 000	1
12	\$12 100 000	1
13	\$12 100 000	1
14	\$12 100 000	1
15	\$12 100 000	1
16	\$12 100 000	1
17	\$12 100 000	1
18	\$12 100 000	1
19	\$12 100 000	1
20	\$12 100 000	1
21	\$12 100 000	1
22	\$12 100 000	1

LISTA DE EQUIPO

Codificación	Costo	Unidad
1	\$12 100 000	1
2	\$12 100 000	1
3	\$12 100 000	1
4	\$12 100 000	1
5	\$12 100 000	1
6	\$12 100 000	1
7	\$12 100 000	1
8	\$12 100 000	1
9	\$12 100 000	1
10	\$12 100 000	1
11	\$12 100 000	1
12	\$12 100 000	1
13	\$12 100 000	1
14	\$12 100 000	1
15	\$12 100 000	1
16	\$12 100 000	1
17	\$12 100 000	1
18	\$12 100 000	1
19	\$12 100 000	1
20	\$12 100 000	1
21	\$12 100 000	1
22	\$12 100 000	1

SYMBOLOLOGIA

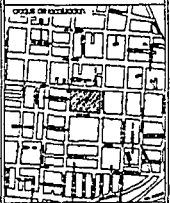
Símbolo	Descripción	Unidad
1	Alfombra	120
2	Cama	120
3	Campana extractora	120
4	Carro de instrumental	120
5	Carro de gases	120
6	Carro de líquidos	120
7	Carro de medicamentos	120
8	Carro de ropa	120
9	Carro de otros	120
10	Carro de otros	120
11	Carro de otros	120
12	Carro de otros	120
13	Carro de otros	120
14	Carro de otros	120
15	Carro de otros	120
16	Carro de otros	120
17	Carro de otros	120
18	Carro de otros	120
19	Carro de otros	120
20	Carro de otros	120
21	Carro de otros	120
22	Carro de otros	120



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller Domingo García Ramo

UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA

Col. Facultad y Boulevard Constitucion, Saltillo, Coahuila



NOSE

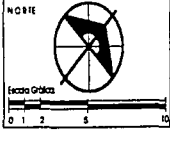
Instalacion Especial

Escala: 1:100

Arq. Miguel Zamora Gabotán,
Arq. Ana Karina Campos,
Arq. Raúl Rodríguez Ochoa.

Cd. Universitaria, México del 2000

IES-1
Guía Mecánica (Contactos)

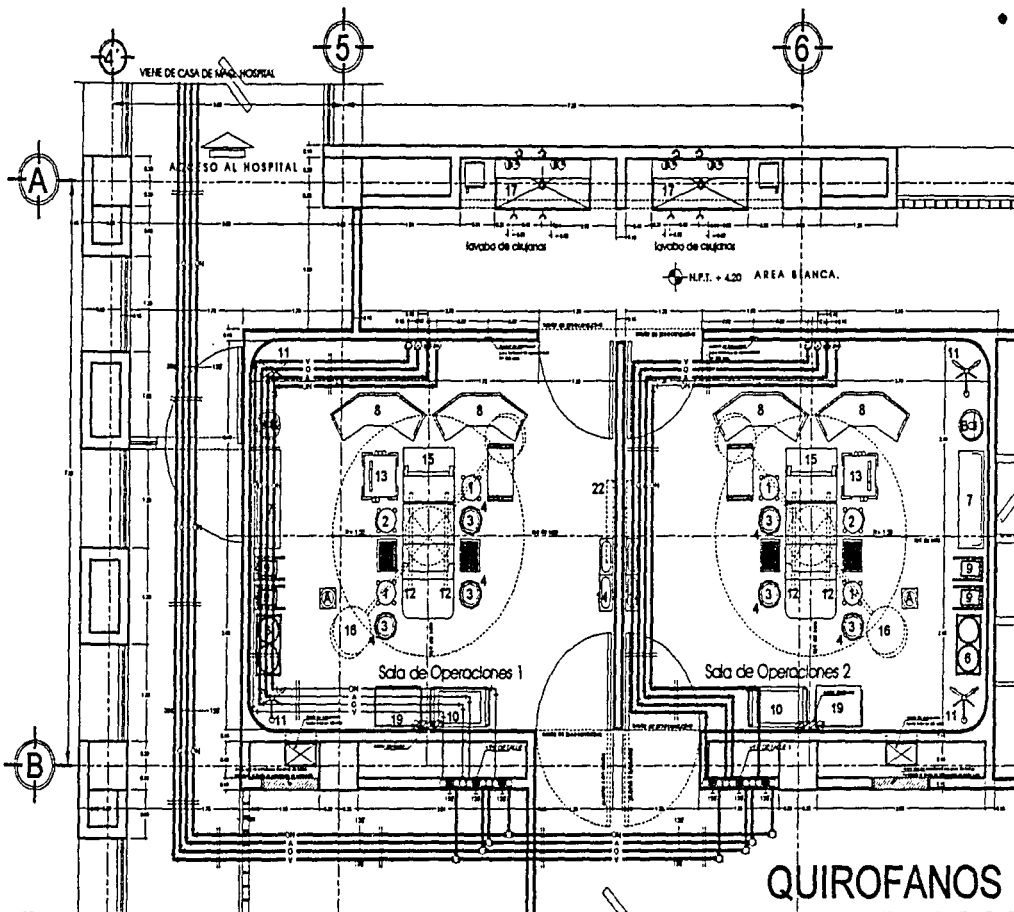


proyecto arq.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

167

tesis profesional UMO



No. LISTA DE MOBILIARIO

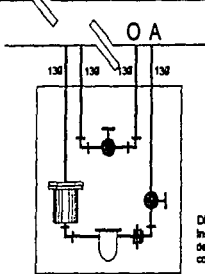
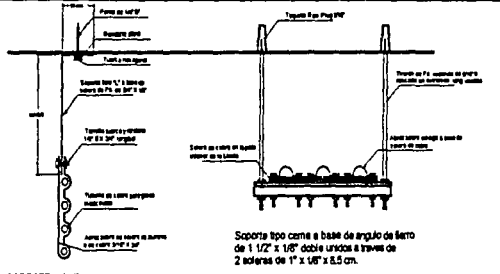
No.	Descripción	Cantidad	Costo
1	Silla de oper.	113 180 000	4
2	Silla y grama cirugía	113 180 000	2
3	Tablero de 12 de 40 de aluminio	113 180 000	6
4	Silla de oper. móvil	113 180 000	6
5	Camilla de oper.	113 180 000	2
6	Silla y grama cirugía	113 180 000	2
7	Silla y grama cirugía	113 180 000	2
8	Silla de oper.	113 180 000	4
9	Silla de oper.	113 180 000	4
10	Silla y grama cirugía	113 180 000	2
11	Camilla de oper.	113 180 000	4
12	Silla de oper. móvil	113 180 000	4
13	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
14	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
15	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
16	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
17	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
18	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
19	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
20	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
21	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
22	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
23	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
24	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
25	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
26	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
27	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
28	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
29	Silla de oper. móvil	113 180 000	2
30	Silla de oper. móvil	113 180 000	2

LISTA DE EQUIPO

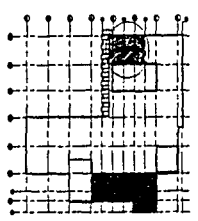
No.	Descripción	Cantidad	Costo
1	Equipo de radiación	113 180 000	2
2	Equipo de radiación	113 180 000	2
3	Equipo de radiación	113 180 000	2
4	Equipo de radiación	113 180 000	2
5	Equipo de radiación	113 180 000	2
6	Equipo de radiación	113 180 000	2
7	Equipo de radiación	113 180 000	2
8	Equipo de radiación	113 180 000	2
9	Equipo de radiación	113 180 000	2
10	Equipo de radiación	113 180 000	2
11	Equipo de radiación	113 180 000	2
12	Equipo de radiación	113 180 000	2
13	Equipo de radiación	113 180 000	2
14	Equipo de radiación	113 180 000	2
15	Equipo de radiación	113 180 000	2
16	Equipo de radiación	113 180 000	2
17	Equipo de radiación	113 180 000	2
18	Equipo de radiación	113 180 000	2
19	Equipo de radiación	113 180 000	2
20	Equipo de radiación	113 180 000	2
21	Equipo de radiación	113 180 000	2
22	Equipo de radiación	113 180 000	2
23	Equipo de radiación	113 180 000	2
24	Equipo de radiación	113 180 000	2
25	Equipo de radiación	113 180 000	2
26	Equipo de radiación	113 180 000	2
27	Equipo de radiación	113 180 000	2
28	Equipo de radiación	113 180 000	2
29	Equipo de radiación	113 180 000	2
30	Equipo de radiación	113 180 000	2

SIMBOLOGIA

Simbolo	Descripción	Unidad	Cantidad
1	Equipo de radiación	1	2
2	Equipo de radiación	1	2
3	Equipo de radiación	1	2
4	Equipo de radiación	1	2
5	Equipo de radiación	1	2
6	Equipo de radiación	1	2
7	Equipo de radiación	1	2
8	Equipo de radiación	1	2
9	Equipo de radiación	1	2
10	Equipo de radiación	1	2
11	Equipo de radiación	1	2
12	Equipo de radiación	1	2
13	Equipo de radiación	1	2
14	Equipo de radiación	1	2
15	Equipo de radiación	1	2
16	Equipo de radiación	1	2
17	Equipo de radiación	1	2
18	Equipo de radiación	1	2
19	Equipo de radiación	1	2
20	Equipo de radiación	1	2
21	Equipo de radiación	1	2
22	Equipo de radiación	1	2
23	Equipo de radiación	1	2
24	Equipo de radiación	1	2
25	Equipo de radiación	1	2
26	Equipo de radiación	1	2
27	Equipo de radiación	1	2
28	Equipo de radiación	1	2
29	Equipo de radiación	1	2
30	Equipo de radiación	1	2



DETALLE 1
Instalación del separador de agua y filtro de carbono activado en línea de aire comprimido medicinal.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
Taller 'Domínguez García Ramos'

UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Ubicación:
Calle Fariñas y Avenida Castañeda, Saltillo, Coahuila

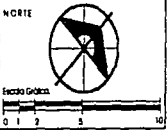


tipo de obra
Instalación Especial

REC: 1/100
COP: en mano
AUTOR:
Arq. Raúl Rodríguez Olvera.

CA: Universidad, Mayo del 2022

CIQA
IES-2
Gases Medicinales



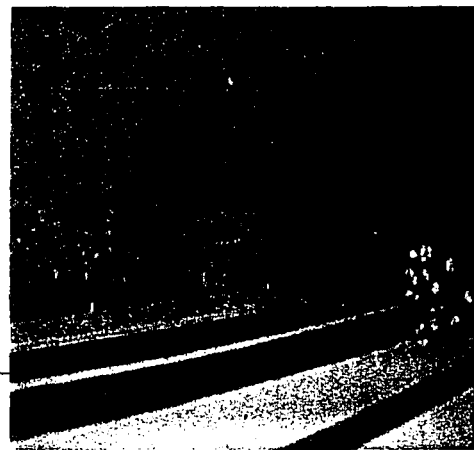
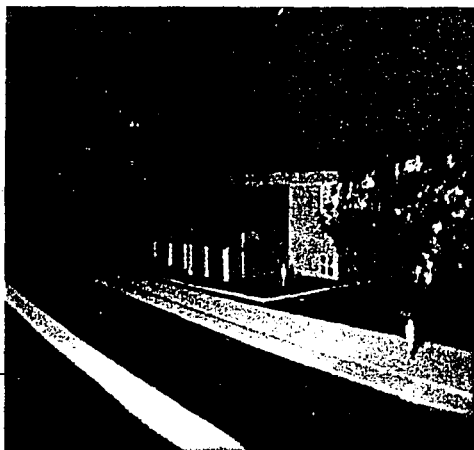
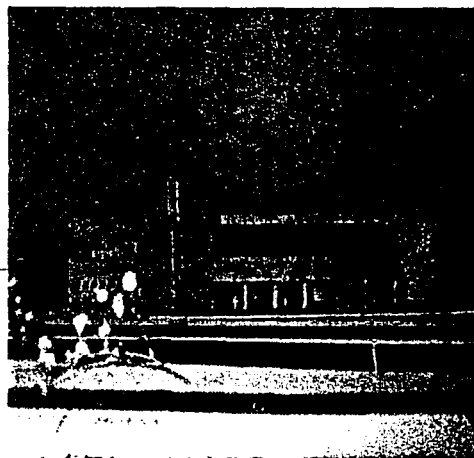
proyecto arq.

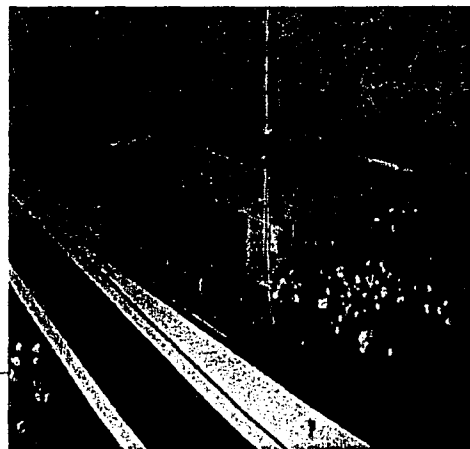
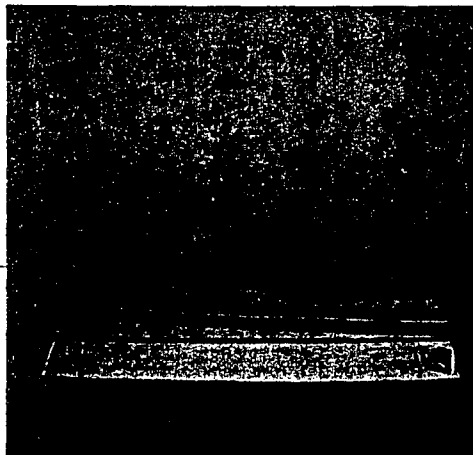
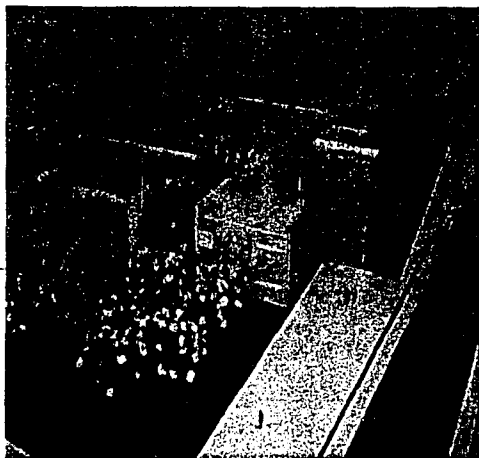
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

168

tesis profesional UNAM

7.9 Fotos de Maqueta





proyecto: aro

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

170

tesis profesional unam

8. el futuro

El Futuro

El especular acerca del futuro es una tarea sumamente complicada, sobretodo cuando se trata de dos campos dentro del que hacer humano tan complejos y cambiantes como lo son la Medicina y la Arquitectura. Es aún más complicado cuando se intenta especular sobre la conjunción de dos campos relativamente tan distintos que hoy sucede en el hospital y más aún, en la que sucederá en el Hospital de Futuro. Sin embargo, a pesar de lo distinto de los métodos que utilizan la Medicina y la Arquitectura para alcanzar su logros, ambas convergen en dos de las más grandes maravillas de la existencia: el hombre y la vida.

Por un lado ambas son creadas por el hombre y ambas noblemente lo sirven, y por el otro, la Medicina busca la preservación de la vida, mientras que la Arquitectura, tomando prestadas y complementando para fines de esta plática, las palabras de uno de los grandes maestros de la arquitectura de nuestro Siglo, Frank Lloyd Wright: "La Arquitectura es vida, o por lo menos es la vida tomando forma y por lo tanto es la mas fiel prueba de la vida, como fue vivida en el mundo del pasado, como es vivida en el mundo del presente o como será vivida en el futuro. La Arquitectura..." por un lado, "Es un gran espíritu viviente y creativo" y por el otro, la Medicina es un gran espíritu viviente y humanitario, en donde ambos "de generación en generación, de era en era, proceden, persisten, crean y curan, acorde con la naturaleza del hombre y de sus circunstancias conforme estas cambian."

Es precisamente en el reconocimiento de nuestras circunstancias presentes en donde para el problema de especular acerca del futuro de alguna manera nos apropiamos

de una brújula que nos permite vislumbrar más fácilmente algunas direcciones y caminos factibles a seguir. Sin embargo, como todo buen viaje de exploración, antes de proponer un camino, antes de buscar saber a donde iremos, es necesario saber a donde estamos, de donde partimos, es decir, tenemos que estudiar nuestro momento actual para desde ahí trazar una ruta que nos lleve a donde queramos estar en 20, 30 o 100 años, de lo contrario, dejaremos a la deriva o a la casualidad, no solo al Futuro de los Hospitales, sino a todo futuro que atañe al hombre. Así pues, dentro del reconocimiento de una porción de nuestro momento actual, debemos aceptar que hoy en día, las circunstancias entorno a la arquitectura han cambiado dramáticamente: en los últimos veinte o treinta años hemos estado viviendo el fin de la Arquitectura Moderna, a esta le ha sucedido un período de pos-modernidad, y este período no sólo concierne al quehacer arquitectónico, sino a todos los campos del quehacer humano.

Este hecho, junto con el motivo de reflexiones que históricamente han traído consigo los períodos conocidos como "Fin de Siècle" (Fin de Siglo) y en este caso el Fin del Milenio, es inteligentemente resumido bajo las palabras de la crítica de arquitectura de nacionalidad Argentina, Marina Waisman: "Esta condición de los -post- parece indicar que se ha acabado un mundo, pero que todavía no empieza otro".

Precisamente la riqueza del momento histórico que nos ha tocado vivir, y la riqueza de este tipo de Congresos es que dentro de esta cierta pausa o suspensión en el tiempo antes de empezar un "Nuevo Mundo" existe el llamado a todo hombre que lo quiera responder, para gestar los nuevos caminos a

seguir, corrigiendo los rumbos equivocados y reforzando los acertados.

En esta etapa de reflexiones y proposiciones, me viene a la mente un lineamiento que alguna vez Ignacio Díaz Morales mencionó: "Para proponer una verdadera arquitectura, se debe poseer una completa comprensión de los modos de vida de la época. Ni más ni menos, ser dueño de una visión del entorno y del tiempo, es el principio básico sobre el cual se puede establecer una comprensión cultural integral."

Considero que de el grado de integridad que podamos lograr en nuestro entendimiento cultural, dependerá el peso específico e importancia de las soluciones que propongamos y una mayor certidumbre a estar atacando los problemas y carencias dentro de los caminos tomados que nos llevarán hacia el futuro. La Arquitectura Moderna, en sus aspectos más negativos ha tendido hacia la despersonalización, al desarraigo, a las ciudades abstractas, a la ruptura con la historia, y muchas veces, dentro de su fenómeno de Internacionalización, a la copia de realidades no existentes en el país en donde se edifica, dando soluciones que son ajenas a la cultura que las habita, y en sus casos más extremos, ciertos países han importado soluciones a problemas que todavía aún no se presentan en estos...¿Como edificar Pos-modernidad, si aún no hemos acabado de resolver la Modernidad?... Bajo este punto de partida, entonces con lo que respecta no sólo al Futuro de los Hospitales sino a la realidad de nuestro país, el rumbo principal deberá enfocarse a alcanzar la modernidad,

aunque sería un gran error el querer alcanzar la modernidad que otras Naciones desarrolladas han alcanzado y hoy intentan corregir el rumbo al que esta los ha llevado, por el contrario, debemos aprovechar de nuestra condición de poder ver los errores cometidos en otras modernidades con anterioridad, para evitarlos antes de que sucedan. Pero más importante aún será el no dejar seguimos deslumbrando por falsos espejismos

proyectados por el desarrollo tecnológico: En una visión que todos hoy somos capaces de imaginar, en el futuro puede ser que nos teletransportaremos a los hospitales y se nos registrara con tan sólo poner la palma de nuestra mano en un lector óptico dactilar, también puede ser que los Médicos se asistan de robots o computadoras, e inclusive sobre estos recaiga nuestras posibilidades de seguir viviendo.

Todo esto nos puede alcanzar en un abrir y cerrar de ojos, de hecho todo esto está sucediendo hoy en día y cada vez se esta haciendo más común y aplicable para la vida diaria, lo importante no es perder nuestro enfoque especulando si el futuro sucederá así o con cualquier cantidad de variantes y descubrimientos maravillosos, de eso no me queda duda, el hombre ha encaminado extraordinariamente al desarrollo tecnológico desde la Ilustración y se ha reforzado con la Modernidad. El verdadero foco al que debemos fijar la atención de nuestras propuestas, es precisamente a los aspectos más negativos que ha traído consigo la modernidad, las soluciones a estos son el verdadero reto que el futuro nos demanda a toda la humanidad, irónicamente, precisamente el ritmo de existencia que el rampante desarrollo tecnológico ha impuesto en la conciencia humana, nos ha deslumbrando con una luz tan

Intensa, que no nos deja ver lo que hay después de esta, no nos deja ver aquél futuro no muy promisorio que nos aguarda si HOY no resolvemos los aspectos negativos de la modernidad, la contrapartida a este futuro no muy promisorio es un futuro en donde Medicina y Arquitectura no sólo converjan bajo el tema del hombre y la vida, sino que estas dejan de perder las complicidades con su historia, con su lugar de pertenencia, con sus realidades económicas, sociales, culturales, e inclusive incluyen una tercer maravilla de la existencia: la naturaleza, su preservación y aprovechamiento de su potencial curativo tanto científico como psicológico dentro del diseño de nuestros hospitales, pero también, y más importante, a manera de medicina preventiva, dentro del diseño de todas nuestras ciudades.

Para el futuro de nuestro País, de su Medicina y de su Arquitectura, como ya se ha mencionado, deberá ser la meta primordial el alcanzar una modernidad, pero esta deberá ser una modernidad adecuada, una modernidad que logre todas esas complicidades de alguna manera extraviadas con la venida del Modernismo, siempre bajo una óptica que claramente contemple a nuestra diversidad cultural, nuestros recursos, nuestras carencias, nuestras cualidades y también nuestros defectos como nación. Dentro esta modernidad adecuada, la buena planeación, los programas sostenidos y el intercambio profesional más directo entre médicos y arquitectos serán tres factores inalienables del desarrollo de los Hospitales del Futuro, la tecnología ya sea en el campo de la medicina como lo puedan ser robots y computadoras que

curen, o los espacios y realidades virtuales, vividos antes de ser construidos que nos dejan boquiabiertos que hoy en día generan en pocas horas los Arquitectos en sus PC's, no deberá de ser el Futuro de nuestros Hospitales al que debemos catalogar como la meta final, sino que estos serán las herramientas para alcanzar el verdadero Futuro de nuestros Hospitales, un lugar cálido e humano en donde la preservación de la vida y la atención de nuestros compatriotas se logre, habiendo logrado todas las complicidades mencionadas y resuelto nuestra modernidad de una manera adecuada a nuestras condicionantes.

Realmente, la solución a estas especulaciones aquí brevemente esbozadas, será la importancia de reunirnos hoy a hablar del futuro. Estas son tan solo un "Primer*", una primera mano, de lo que considero deberá contemplar el Hospital del Futuro, para que este futuro o cualquier otro de los que en estas conferencias se han planteado, se hagan realidad, estos deben de encontrar un equilibrio entre si mismos, y para esto es necesario que todo profesional interesado con el desarrollo del futuro de los Hospitales de su país, bajo la individualidad que a cada uno se nos ha concedido, y con el único interés de cumplir con la responsabilidad social que todo profesional tiene, desarrollemos lo que en este estrado se ha expuesto: alimentando, mejorando y haciendo crecer a todos los principios aquí presentados, los de mi caso aquí brevemente esbozados, y aplicarlos en sus labores diarias, pues es en estas en donde desde hoy se esta gestando el Hospital del Futuro.

Tomado de las memorias del: Congreso Internacional "Hospital del Futuro". Centro Médico Nacional. 13-14 noviembre, 1997.

9. conclusiones finales

Conclusiones Finales

Las características que en el futuro identifiquen a la Arquitectura para la salud y la Seguridad Social, podemos preverlas, necesariamente se desprenderán de la experiencia acumulada, pero sobre todo de las necesidades que en este sentido demande la población, lo cual y a su vez dependerá del desarrollo general del país, lo mismo en lo político que en lo social y económico.

Esta interrelación entre necesidades y desarrollo socioeconómico siempre ha existido, pero lo cierto es que hoy son más evidentes y se manifiestan con mayor fuerza los factores que están conduciendo a un cambio importante en las estructuras, sistemas y políticas del Sector Salud para salvaguardar y en lo posible acrecentar el bienestar individual y comunitario de los mexicanos. En este proceso de cambio está involucrado, intensamente, la Arquitectura para la Salud y la Seguridad Social.

La conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud ha señalado que ésta...

"Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"

La ha definido como "un derecho fundamental", agregando que el logro en el grado más alto posible de la salud, es un objetivo social importantísimo en todo el mundo".

Los enunciados anteriores conducen a una conclusión general y a varios planteamientos particulares, mismos que los arquitectos, ingenieros, técnicos en las distintas especialidades del caso han de tomar en cuenta, cuando en el futuro se

propongan planear, diseñar y construir cualquier unidad médica o de prestaciones sociales y administrativas, lo mismo que al formular los correspondientes sistemas de conservación.

Dado que el futuro inmediato del país parece no ser de bonanza, ni aun a mediano plazo, los servicios de salud y seguridad social habrán de diseñarse y operarse con criterio de máximo aprovechamiento en los recursos humanos, tecnológicos y financieros, o sea para obtener de ellos la máxima productividad posible.

Y algo no menos importante: hacerlo en forma tan eficiente que ningún ahorro implique reducir la cuantía y calidad de esos servicios, pues lo contrario podría entrañar un deterioro grave en los niveles de vida alcanzados, y por extensión un daño irreversible para el país, cuyo costo social sería difícil de medir.

Cierto que la utilización óptima de esos recursos no es una novedad dentro de las políticas actuales del Sector Salud; pero en el futuro será un objetivo prioritario, más compulsivo en toda obra arquitectónica y de ingeniería destinada a la salud y bienestar social.

Nuestra arquitectura para la salud deberá integrar al individuo con su medio ambiente, en un desarrollo recíproco donde la región y las características sociales del lugar permitan lograr una identidad propia, todo ello como producto de los procesos culturales de una sociedad. Esta identidad se producirá en los niveles nacional, regional, local así como la institucional y permitirá integrar la actividad arquitectónica a los procesos culturales de cada comunidad.

Arquitectura bioclimática, psicología ambiental, desarrollo social, avances técnicos y científicos, arte, tradiciones y sobre todo una funcionalidad acorde con su tiempo, son elementos que deberán reflejarse en los proyectos arquitectónicos que el Instituto realice en el futuro.

Además en base a la organización social, el saneamiento ambiental necesariamente partirá de una organización del entorno físico, que emplee por reconocer la necesidad de lograr una mayor austeridad en el uso de energéticos básicos desde el punto de vista ecológico, evitando así mayor deterioro en los ecosistemas.

La interrelación entre necesidades y desarrollo ecológico siempre ha existido naturalmente y hoy está rota; lo cual advertimos en las presiones sobre los factores que determinan su equilibrio. Estas presiones demandan cambios en las estructuras de los sistemas, previa la reorientación de las políticas del sector salud, para salvaguardar y en lo posible agrandar el bienestar familiar y comunitario de los mexicanos.

Los principales planteamientos serían los siguientes:

1. *Una arquitectura basada en el desarrollo técnico, científico y social de nuestro país que considere primordialmente los aspectos del entorno físico que incluya conceptos bioclimáticos y de psicología ambiental, todo ello integrado al uso racional de materiales y sistemas constructivos y al medio ambiente de cada lugar.*
2. *La Integración total, a nivel nacional, de los servicios de salud y seguridad social, incluidos los de solidaridad*

social. Esto conducirá a un modelo de atención único, sin prejuicio de darle la necesaria ductibilidad para aplicarlo a casos muy específicos; regionales, zonales y/o locales según lo exigieran las circunstancias. Todo lo anterior para garantizar un aceptable mínimo bienestar y salud a la población.

3. *La correlación de ese modelo único de atención con programas nacionales, tales como el de mejoramiento de la vivienda, saneamiento ambiental y protección ecológica, educación para la salud y para el cuidado del habitat. Todo ello con el fin de propiciar condiciones que permitan al mexicano involucrarse activamente en los procesos del cambio social, y lo alienten a superarse como ser humano y como factor productivo.*

Esto nos lleva a afirmar que la arquitectura para la salud del futuro deberá estar relacionada con el medio en que actuará el hombre, en mejores condiciones para la productividad, y donde la tecnología y la ciencia se hallen totalmente al servicio del Pueblo de México.

11/10/1910

1

No. 10000

Glosario

Artroscopio.- Endoscopio para examinar el interior de una articulación.

Artroscopías.- Examen del interior de una articulación utilizando un artroscopio.

Blefaroplastia.- Cirugía plástica de un párpado.

Camas Censables.- Son aquellas camas que se utilizan para realizar procedimientos médicos, o para recuperación de pacientes, contando con las instalaciones necesarias. Con este tipo de camas se calculan a través de los indicadores, las necesidades de cada hospital.

Camas No Censables.- Camas que son del tipo ambulatorio, es decir aquellas que se utilizan para transportar a pacientes dentro de un hospital. (Ejemplo, una camilla).

Cáncer.- El término cáncer comprende un grupo de enfermedades neoplásicas en las que sobreviene una transformación de células normales del cuerpo en malignas, las cuales se producen tal vez por ciertos cambios en el material genético celular, el ácido desoxirribonucleico (DNA), como resultado de una reparación deficiente al daño celular causado por agentes carcinógenos o por radiaciones ionizantes.

Cirugía.- Rama de la medicina que versa sobre el tratamiento de enfermedades, lesiones y deformaciones con métodos manuales u operatorios.

Cirugía Oftálmica.- Cirugía relacionada con los ojos.

Endoscopio.- Instrumento de observación directa de órganos huecos o cavidades del cuerpo. Hay endoscopios de diseño especial para exámenes como: Broncoscopia, Uteroscopia, Cistoscopia, Esofagoscopia, Gastroscofia, Sigmoidoscopia y Rectoscopia.

Endoscopías.- Examen visual de estructuras interiores del cuerpo con un endoscopio.

Hemodiálisis.- Procedimiento que se sigue para eliminar los residuos tóxicos de la sangre de un paciente con insuficiencia renal aguda o crónica.

H.G.Z.- Hospital General de Zona

H.G.SZ.- Hospital General de Sub-Zona

H.E.- Hospital de Especialidades

H.R.- Hospital Regional

Inmunoterapia.- Inmunización pasiva de un individuo mediante la administración de anticuerpos preformados.

Insuficiencia Renal.- Incapacidad del riñón para excretar las concentraciones normales de metabolitos de plasma bajo una carga normal, o incapacidad para retener electrolitos cuando la ingestión es normal; la forma aguda se caracteriza por uremia y, casi siempre, oliguria con hipercalemia y edema pulmonar.

Laparoscopia.- Examen practicado mediante laparoscopio.

Laparoscopia.- Instrumento semejante al endoscopio; se utiliza para practicar exámenes dentro de la cavidad peritoneal.

Litotricia.- Trituración de un cálculo vesical mediante litótrito.

Litótrito.- Instrumento utilizado para triturar o desmenuzar cálculos.

Marsupializaciones.- Conversión de una cavidad cerrada, como un absceso o quiste, en una bolsa abierta, al cortarla y suturar los bordes de su pared a los bordes de la herida.

Morbilidad.- Condición de estar enfermo.

Mortalidad.- Calidad de mortal, Tasa de Mortalidad.

Oclusión Tubaria Bilateral.- Ligadura de las Trompas de Falopio como forma de anticoncepción.

Población Asegurada.- Son todos los trabajadores que le cotizan al IMSS, mas sus familiares asegurados.

Puerperio de Bajo Riesgo.- Periodo de seis a ocho semanas después del nacimiento, cuando el cuerpo, en particular las vías genitales, regresa en forma casi completa a su estado previo al embarazo.

Población Derechohabiente.- Es aquella población que tiene derecho a usar o no las prestaciones médicas que brinda el IMSS.

Población Derechohabiente Usaria.- Es aquella que siendo

derechohabiente hace uso de los servicios médicos.

Quimioterapia.- Tratamiento de una enfermedad por medios químicos, es decir, con fármacos. Dicho término se aplicó primeramente al tratamiento de enfermedades infecciosas, aunque en la actualidad incluye el tratamiento de enfermedades mentales y CANCER.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia.- Sistema que es aplicado a los servicios de atención médica para el movimiento de pacientes y recursos entre los niveles de operación, facilitando el manejo racional de los espacios y derivaciones y permitir la determinación de los requerimientos y niveles resolutivos para cada tipo de unidad.

Terapia Respiratoria.- Tratamiento que utiliza agentes vaporizados o volatizados que se introducen al cuerpo a través de la nariz y la tráquea, a través de las vías respiratorias, para proteger los pulmones contra sustancias dañinas del aire.

U.M.F.- Unidad de Medicina Familiar

Vasectomías.- Resección de los conductos deferentes.

Zetoplastias.- Método para escindir una cicatriz (o un defecto de la piel) y restaurarla en un plano perpendicular a su dirección original; con esta técnica se evitan contracturas; se logra efectuando incisiones de "alivio" colocadas en cada extremo de la cicatriz, pero en lados opuestos, a fin de transponer los colgajos triangulares así creados.

Bibliografía

Andersen Consulting; "Disease Management"; Financial Times Healthcare; Londres 1997.

Apuntes del curso "Planeación Hospitalaria IMSS", Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales, México, Diciembre 2000.

Gutiérrez, Jose Ma.; Latapí, Jaime; Gaytán Alejandro. "Cuadernos Arquitectura Docencia 3, Arquitectura en la Seguridad Social". Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, UNAM, México, 1994.

Hensher, M.; Edwards, N. y Stokes, R. "The Hospital of the Future. International trends in the provision and utilisation of hospital care". British Medical Journal; 319, 845-848; 25 sep. 1999.

Hensher, M; Fulop, N; Coast, J. Y Jefferys, E. "Better out than in? Alternatives to acute hospital care". British Medical Journal 319; 1127-1130; 29 oct. 1999.

Himsworth, R.L. y Goldacre, M.J. "Does time spent in hospital in the final 15 years of life increase with age at death? A population base study" British Medical Journal; 319. 1338-1339; 20 nov. 1999.

IMSS: 40 Años de historia (1943-1983). 1994.

IMSS: Boletín Estadístico de Servicios Médicos. 1991.

IMSS: Boletín Estadístico de Salud Comunitaria. 1990, 1991, 1999.

IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas. "Infraestructura y

equipamiento en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Perspectivas para la Administración 2000-2006". México, 2000.

IMSS. "La Ley del Seguro Social y sus Reformas 1943-1994". México; 1994.

IMSS. "Normas de Proyecto de Arquitectura". Subdirección General de Obras y Patrimonio Inmobiliario, Unidad de Proyectos, Tomos I al IX. México, 1993.

IMSS. "Nueva Ley del Seguro Social Comentada". México; 1998.

IMSS. "Reglamento de Servicios Médicos; para la prestación de Servicios de Guardería y para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social". Diario Oficial de la Federación. Junio 30 de 1997.

IMSS. "Unidad de Atención Ambulatoria, Generalidades". Dirección de Prestaciones Médicas. México, 2000.

INEGI XI Censo General de Población y Vivienda. 1990.

INEGI XII Censo General de Población y vivienda. 2000.

INEGI Cuadernos Estadísticos, Coahuila. 2000.

INEGI: "La Tercera Edad en México". México 1993.

Langagne, Eduardo, "Algunas Reflexiones sobre Arquitectura, Arte y Sexo". en: Revista el Arquitecto; pag. 15, CAM-SAM, número 3, México, 1999.

Lovera, Martín; "Estudio de Visión Prospectiva sobre los proyectos de Inmuebles para la Atención Médica del IMSS". Prodel, México, 2001.

En Internet

www.imss.gob.mx (Jun/2001)

Lozano, Rafael; "El Contexto transnacional como uno de los fundamentos de la reforma de la seguridad social en México". en: Reflexiones sobre las reformas en la seguridad social; páginas 41-59, CEDESS/CISS. México, 1997.

www.pnd.presidencia.gob.mx (Ago/2001)

www.santoz.cib.net (Ago/2001)

Marínez Gabriel; "Fundamentos financieros de la reforma a la seguridad social" en Reflexiones sobre las reformas en la seguridad social; páginas 17-24, CEDESS/CISS. México, 1997.

www.entomomedico.org (Mar/2002)

www.coahuila.gob.mx (Mar/2002)

Narro R., José; "La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI". Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

www.salttilo.gob.mx (Mar/2002)

www.stps.gob.mx (Mar/2002)

Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales S.A. de C.V.; "PLAN MAESTRO NACIONAL SOBRE LA INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL IMSS". México, 2001.

www.adeslas.es (Mar/2002)

www.buscasalud.com (Mar/2002)

Rodríguez V., Joaquín; "Como aplicar la Planeación Estratégica". Ed. ECAFSA, México, 1997.

www.inegl.gob.mx (Mar/2002)

www.conapo.gob.mx (Mar/2002)

Steiner A., George; "Planeación Estratégica". Compañía Editorial Continental, México, 1983.

www.ssa.gob.mx (Mar/2002)

www.descubresalttilo.com (Mar/2002)

Weller E., Barbara; "Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud". McGraw Hill Interamericana, México, 1997.