

131



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA



**MANUAL DE ORGANIZACIÓN  
DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**ERENDIRA VILLA VIVEROS**

No. de cuenta: 7665418-1

DIRECTORA DE TRABAJO



Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social

*Mtra. María del Carmen Susano Caballero*  
MTRA. MARIA DEL CARMEN SUSANO CABALLERO

MEXICO, D.F.

JUNIO 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.

## INDICE

|   |       |
|---|-------|
| 1. Índice   | 1     |
| 2. Introducción Programa AMED                                   | 2-3   |
| 3. Antecedentes Históricos                                      | 4-6   |
| 4. Objetivos  | 7     |
| 5. Ámbito de aplicación   | 8     |
| 6. Base Legal   | 9     |
| 7. Concepto   | 10    |
| 8. Objetivo del Programa  | 11    |
| 9. Misión   | 12    |
| 10. Misión del IMSS   | 13    |
| 11. Misión de la Coordinación Delegacional de Enfermería        | 14    |
| 12. Visión  | 15    |
| 13. Visión de la Coordinación Delegacional de Enfermería        | 16    |
| 14. Políticas   | 17    |
| 15. Función del Programa AMED, y Generales                      | 18-20 |
| 16. Organigramas  | 21-22 |
| 17. Estructura y organización                                   | 23    |
| 18. Sistema de trabajo  | 24-27 |
| 19. Consentimiento Informado del programa (AMED)                | 28    |
| 20. Flujograma del AMED   | 29    |
| 21. Criterios de inclusión al programa                          | 30-31 |
| 22. Criterios generales de aceptación al programa y específicos | 32-33 |
| 23. Criterios de exclusión                                      | 34-36 |
| 24. Criterios de alta   | 37    |
| 25. Coordinación Interdepartamental                             | 38    |
| 26. Croquis   | 39    |
| 27. Perfiles  | 40-61 |
| 28. Pensamiento   | 63    |
| 29. Bibliografía  | 64    |

## INTRODUCCIÓN PROGRAMA AMED

En nuestro país el cuidado domiciliario tiene mayor auge en la década de los noventa, dirige sus acciones al cuidado de la salud de individuos adultos con enfermedades crónico – degenerativas en etapa terminal y en fase de estabilidad, la atención de estos pacientes es un proceso a largo plazo y ocasiona cambios en la dinámica del propio enfermo y su familia, así como altos costos para la institución, por lo que es necesario generar acciones para realizar cuidados en el hogar del paciente con la participación en su cuidado de su familia, con el respaldo del equipo multidisciplinario de salud, que le otorgará una atención personalizada, humana, profesional, con conocimiento científico y las habilidades de comunicación necesarias para realizar una evaluación apropiada a través del reconocimiento físico y la recabación de datos, dando como resultados decisiones documentadas, consejería adecuada y un plan de cuidados integral.

En la Delegación 2 el programa ADEC (atención domiciliaria del enfermo crónico) es de carácter prioritario y permanente opera en los HGZ 27, 29 y en el HGR No. 25 con resultados satisfactorios, el programa de trabajo de la Jefatura de Prestaciones Médicas 2001 – 2006 fortalece y apoya la gestión del programa y cambia su nombre a programa de Atención Médica Domiciliaria (AMED), con impacto a nivel nacional y Delegacional y con la finalidad de otorgar atención médica integral domiciliaria, consolidar los aspectos técnico médicos de los equipos de salud que intervienen en el programa, así como dotar los recursos suficientes para su continuidad y funcionamiento.

En el presente manual de organización se norman las funciones de cada uno de los integrantes del equipo AMED, para regular la operación y facilitar el análisis de resultados, contiene también políticas cuya observancia es obligatoria, base legal, organigrama, flujograma y croquis, se aborda el perfil del puesto de los integrantes del equipo, que tiene relevancia para el desempeño de funciones que implican las características, requisitos, actitudes y valores para cumplir con el compromiso Institucional durante la vida laboral, así como estructura y organización, sistema de trabajo, criterios de inclusión, exclusión y egreso del paciente en programa, concluyendo con bibliografía.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia del cuidado en casa es remota, data de 1898, fue iniciada por la Community Health And Nursing Service (CHNS), organizada por Instructive District Nursing Association, por un pequeño grupo de mujeres que tenían interés por "enfermos pobres" y la tasa de mortalidad infantil en su comunidad, su finalidad era:

- ❖ Dar cuidado de enfermería a los paciente pobres en sus casas.
- ❖ Proveer asistencia médica a quienes de otra forma no pueden procurarse atención profesional en el tiempo de enfermedad.
- ❖ Fomentar la limpieza
- ❖ Enseñanza de un cuidado adecuado al enfermo.

De 1898 a la fecha el cuidado en casa ha sufrido muchos cambios incluyendo programas de visita domiciliaria, abarcando servicios de enfermería, ayudantes de salud domiciliaria, terapia física ocupacional y del habla, nutrición para pacientes ambulatorios de edad avanzada, servicio de comidas rápidas, servicio de ayuda doméstica, clínicas de enfermería para personas ancianas o para quienes sufren enfermedades crónicas, servicios sociales y un programa de voluntarios activos.

En nuestro país el cuidado de los enfermos fue evolucionando del hogar hacia las instituciones, en un principio los enfermos permanecían en el hogar y el médico de la familia era el encargado de ir a ver a sus enfermos en su lecho, los hospitales en el siglo XIX eran ocupados por menesterosos y se utilizan más como sitios de reclusión de personas vergonzantes.

En 1934 Ana Luisa Velandía, en su libro de Historia de la Enfermería en Colombia, denota que durante el período comprendido entre 1900 y 1934 la labor de las enfermeras en el área asistencial la enuncia así: " uno de los aspectos de la atención de salud en el domicilio y por otra parte a un enfermo".

El cuidado en casa en nuestro país es visto en tres escenarios fundamentales:

1. El cuidado que es proporcionado por las familias para sus enfermos que están en sus hogares, más como una muestra de gratitud y de cariño sin tener en algunos casos conocimiento para realizarlos.
2. El cuidado en casa visto más como un cuidado que es extendido de la Institución de Salud, orientado y dirigido por la Entidad.
3. El cuidado en casa dado por profesionales para proporcionar un cuidado integral que encuentre en la familia un soporte para dar el cuidado.

Humphrey (1988), cita el concepto de cuidado en casa dado por Friedman así: es la provisión del cuidado en el hogar para una persona que esta enferma ó discapacitada al alcance de él o ella, que no es capaz de funcionar de alguna manera como una persona normalmente saludable en nuestra sociedad.

- 1 Comprendiendo el cuidado en el hogar del paciente

Natividad Pinto Afanador Pags. 351 -352  
Antología Gerencial de los Servicios de Enfermería UNAM, ENEO

Los cambios demográficos y tecnológicos en nuestro país han generado la inversión de la pirámide poblacional, al incrementarse la esperanza de vida en la población adulta mayor, demanda atención en problemas de salud crónicos degenerativos e invalidantes que originan en el anciano dependencia familiar, quienes conforman redes de apoyo responsables y capaces para otorgarle las medidas terapéuticas y el apoyo emocional conjuntamente con la institución de salud para una atención integral que le permita mejorar sus condiciones de vida con el menor sufrimiento para una muerte digna en el seno de su hogar.

El IMSS en respuesta a las demandas y necesidades sentidas de la población usuaria y con la finalidad de atender en forma racional y oportuna las patologías propias de la transición epidemiológica, instrumenta y opera un plan piloto de extensión hospitalaria en el Estado de San Luis Potosí en 1985, obteniendo resultados satisfactorios, posteriormente el 7 de octubre de 1988 la delegación 2 noreste del D. F. Implementa este programa en el H. G. Z. No. 25, con una enfermera general y una trabajadora social durante este año ingresan 6 pacientes al programa.

La enfermera general es pionera destacada de este programa ya que durante las visitas domiciliarias que realiza a los pacientes proporciona cuidados que abarcan la promoción para la salud, la prevención de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y otras funciones independientes, así como las dependientes emanadas de la prescripción médica el cumplimiento de ambas funciones es fundamental para lograr cuidados de calidad en los enfermos.

En 1992 la enfermera requiere contar con un consultorio equipado para la revisión y exploración del paciente, archiveros para guarda de expedientes, útiles de escritorio necesarios para el manejo administrativo del programa y de la información.

En 1993 la dirección del hospital asigna un médico fisiatra, en 1996 se extiende este servicio en el D. F. en la Delegación 2 Noreste en los Hospitales Generales de Zona 27 y 29; en la Delegación 1 en el Hospital General de Zona 24; así como en el Estado de México en los Hospitales Generales de Zona 57, 53, 68, 71, 72, 76, y 196; en San Juan del Río, Querétaro, Pachuca, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero.

## OBJETIVOS

- ❖ Regular la operación y funcionamiento del equipo AMED en unidades médicas de 2º Nivel a fin de lograr la eficiencia y efectividad del programa.
- ❖ Normar un sistema de trabajo que le de seguridad al paciente y al equipo responsable de su operación para un desempeño competente y resolutivo de sus acciones.
- ❖ Proporcionar atención médica integral con calidad y sentido humanístico a pacientes adultos con padecimientos crónico – degenerativos y terminales en su domicilio con la participación de su familiar en su auto cuidado.
- ❖ Promover la participación activa y comprometida del personal de salud en la habilitación de paciente y su familiar intra y extramuros.
- ❖ Orientación y asesoría al paciente y su familiar sobre su enfermedad, así como prestaciones económicas, sociales, jurídicas y administrativas.
- ❖ Promoción y difusión de las bondades del programa entre visitantes, familiares y personal de salud, para incrementar el número de pacientes.
- ❖ Agilizar los procesos de atención en los servicios de urgencias y hospitalización, contención de costos y optimización de la capacidad instalada.

## **AMBITO DE APLICACIÓN**

El presente manual de organización se aplicará en unidades médicas de 2º nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Delegación 2 noreste del distrito Federal, Región la Raza, Jefatura de Prestaciones Médicas, Coordinación Delegacional de Enfermería.

## **BASE LEGAL**

### **Descripción**

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:**

Diario oficial de la nación 05 -111917 Capítulo de las garantías individuales

- Artículo 4º: Toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:**

- Artículo 123, Apartado "A" fracción xxix: Es de utilidad pública la ley del seguro social y ella comprenderá seguros de invalidez, vejes, de vida, de cesantía, de enfermedades y accidentes y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores

**Ley Federal del Trabajo**

De la capacitación y adiestramiento de los trabajadores

Capítulo III bis artículo 153-a:

- Todo trabajador tiene derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida.
- Programa Normativo para la Atención Domiciliaria Jefatura de Prestaciones Médicas

**Ley Reglamentaria del Artículo 4º Constitucional:**

- Ley General de Salud
- Artículo 61 y 67

**Ley General Poblacional:**

- Artículo 3º

**Ley del Seguro Social**

## PROGRAMA AMED

### Concepto

Programa sustantivo del modelo institucional de atención integral a la salud, emanado de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuya finalidad es la atención médica integral domiciliar de pacientes crónicos degenerativos en fase de estabilidad y en etapa terminal, permite derivar al paciente a su domicilio para la continuación de su tratamiento en auto cuidado o con la asistencia de su familiar con el respaldo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la institución que asesoran al paciente y familia para una muerte digna. Para las unidades médicas de 2º nivel es trascendente porque agilizan los procesos de atención en los servicios de urgencias y hospitalización, disminuyen costos y se optimiza la capacidad instalada e impacta en la calidad de atención.

## **OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

- Otorgar atención de enfermería integral a individuos adultos portadores de patologías crónicas degenerativas, en fase de estabilidad y enfermos terminales para el manejo de una muerte digna.
- Fortalecer la difusión del programa entre personal de salud y población usuaria para agilizar, promover y responsabilizar al núcleo familiar en el cuidado y atención médica de su familiar enfermo, en su domicilio con asesoría del equipo multidisciplinario de salud para dar continuidad a su tratamiento.

## MISIÓN

Guiar y orientar al personal de salud involucrado con la atención de enfermería integral domiciliaria para un desempeño competente y resolutivo de sus funciones en la operación del programa que le de seguridad y confianza al trabajador y usuario.

## **MISIÓN DEL IMSS**

Garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios médicos necesarios para el bienestar individual y colectivo con una decidida toma de postura a favor de la clase trabajadora y sus familias, haciendo realidad el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del estado , con mecanismos eficaces de redistribución de la riqueza social y por consecuencia la justicia social del país.

## **MISIÓN DE LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ENFERMERÍA**

La coordinación de Enfermería promueve y desarrolla estrategias realistas y funcionales en la consolidación eficaz del Proceso Enfermero en la atención integrada a la salud de tres niveles de atención, con acciones de Gestión, concertación, facultamiento y auditoría interna dirigida al personal directivo, operativo y a los procesos propios de la atención médica, los cuales contribuyen a desarrollar la autonomía de gestión y competencia sana para el logro de resultados

## VISIÓN

En cinco años todos los pacientes con enfermedades crónico degenerativas y terminales reciben atención de enfermería integral en su domicilio con la participación activa de sí mismo y familiar en su autocuidado con asesoría permanente del equipo interdisciplinario de salud, con desempeño competente y resolutivo en sus funciones con la confianza y seguridad del usuario en la institución, disponibilidad de la capacidad instalada y contención de costos.

## **VISIÓN DE LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ENFERMERÍA**

El individuo sano o enfermo que demanda atención de Enfermería percibe un cambio en la oportunidad del servicio y la actuación del personal, producto de la sistematización del trabajo y la sensibilización hacia un trato digno y humanitario; los departamentos de Enfermería cuentan con información objetiva y documentada que los conlleva a tomar decisiones trascendentes y de impacto, se consolida la cultura de autonomía de gestión y se favorece el Benchmarking entre unidades y departamentos.

## **POLÍTICAS**

El presente manual de organización es propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- ✓ Documento de guía y consulta para el personal de enfermería y otras profesiones involucradas en la atención domiciliaria.
- ✓ Implementar acciones que fortalezcan la operación y el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes en programa.
- ✓ Extensión de servicios de salud a la comunidad.
- ✓ Promover el auto cuidado del paciente y familiar.
- ✓ Educar y responsabilizar al núcleo familiar.
- ✓ Atención médica integral personalizada al paciente en su domicilio para la continuidad de su tratamiento y el restablecimiento de su salud.
- ✓ Orientación y asesoría espiritual para el manejo de duelo y una muerte digna al paciente y su familiar.
- ✓ Fortalecer la relación humanista entre el paciente, su familia y el equipo de salud.

## FUNCIÓN DEL PROGRAMA AMED

|   |  |
|---|--|
| 1 | Extensión de los servicios de salud a la comunidad               |
| 2 | Optimizar la capacidad instalada                                 |
| 3 | Integrar al enfermo al programa AMED                             |
| 4 | Agilizar los procesos de atención en urgencias y hospitalización |
| 5 | Contención de costos   |

1. Extensión de los servicios de salud a la comunidad  
Entrevista al paciente, familiares para orientación y asesoría de criterios de inclusión al programa.
2. Optimizar la capacidad instalada  
Captación de pacientes que reúnan los criterios de inclusión al programa AMED y aceptación de sus familiares con consentimiento informado para ser atendidos en su domicilio, con respaldo profesional del equipo multidisciplinario de salud.
3. Integrar al enfermo al programa AMED  
Atención domiciliaria con plan de tratamiento, cuidado individualizado, orientación, asesoría nutricional y jurídica – administrativa.
4. Agilizar los procesos de atención en urgencias y hospitalización  
Con la captación del mayor número de pacientes crónico – degenerativo, terminales y en estabilidad y la atención domiciliaria se incide en la demanda de camas en los Hospitales de 2º nivel.
5. Contención de costos  
La atención domiciliaria de los pacientes incide en los ingresos a los servicios de urgencias y hospitalización y representa un ahorro para la Institución en los costos día cama, así como la optimización de la capacidad instalada, insumos y recursos humanos.

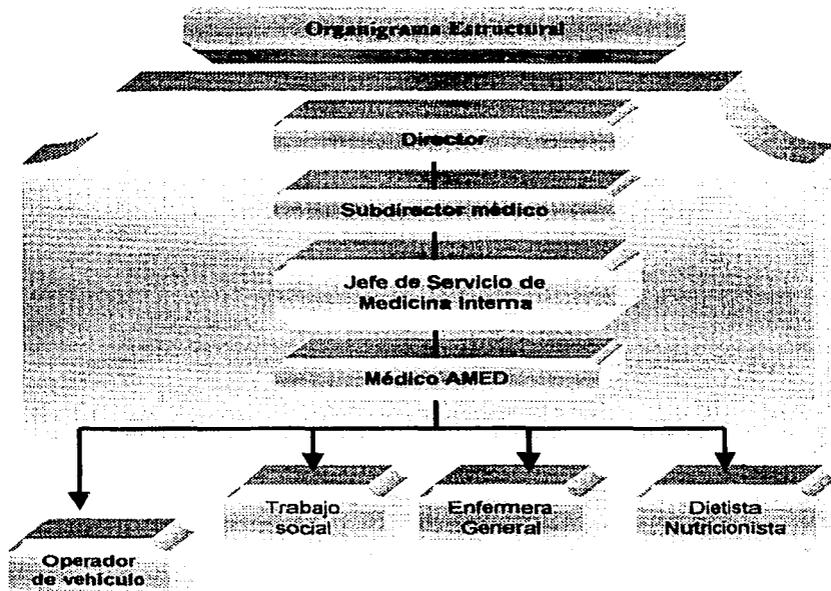
## **FUNCIONES GENERALES DEL AMED**

1. Identificación y valoración de pacientes con procesos crónico – degenerativos o en fase terminal, candidatos a ingresar al programa.
2. Consulta médica integral en el domicilio del paciente con énfasis en las medidas de auto cuidado y continuidad del tratamiento.
3. Prescripción de tratamiento, medicamentos y estudios diagnósticos de control.
4. Difusión del programa entre el personal de salud y población usuaria.
5. La concentración y análisis de la información relacionada con los pacientes en censo y la productividad del programa.
6. La solicitud y control de material e instrumental necesario para el desempeño de sus funciones.
7. Orientación, asesoría y habilitación del paciente y familiar para el cuidado domiciliario.

## **FUNCIONES GENERALES DEL AMED**

8. Realizar recorridos diarios por los servicios de urgencias y hospitalización, aplicando criterios de selección en la captación de pacientes candidatos para el programa
9. Egresar los pacientes del programa por mejoría, defunción, cambio de domicilio, vigencia de derechos y otras causas.
10. Asistir a reuniones o juntas de trabajo a la coordinación de enfermería para analizar avances, resultados y problemática presentada en las unidades.
11. Registro oportuno en papelería de datos específicos emanados de las acciones realizadas por cada uno de los integrantes del equipo.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL LA RAZA  
DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL LA RAZA  
DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DELEGACIONAL DE ENFERMERIA**

**Organigrama Estructural**

**Director**

**Subdirector Médico**

**Jefe de  
Servicios  
Generales**

**Jefe de  
Trabajo  
Social**

**Jefe de  
Servicio de  
Med. Int**

**Jefe de  
Enfermeras**

**Jefe de  
Dietologia**

**Operador  
de  
vehículo  
AMED**

**Trabajadora  
Social  
AMED**

**Médico  
AMED**

**Enfermera  
General  
AMED**

**Dietista  
AMED**

## **ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN**

El programa AMED como programa prioritario es de carácter permanente y obligatorio para las unidades médicas hospitalarias de 2º nivel bajo la responsabilidad de cumplimiento del Director de la Unidad, se opera a través de la integración de un equipo multidisciplinario conformado por un médico, una enfermera general, una trabajadora social, una dietista nutricionista y un operador de vehículo; bajo la autoridad directa del Jefe de Departamento Clínico de Medicina Interna.

El programa se aplica en coordinación con el personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias, cirugía general y medicina interna quienes participan en la identificación de pacientes candidatos a integrarse al programa, además estos profesionales de la salud interactúan constantemente con el paciente y la familia para su información, orientación y habilitación para el cuidado domiciliario en lo referente a la higiene, alimentación y cuidados específicos a heridas, sondas o estomas con que el paciente egrese.

La orientación especializada relacionada con la prescripción y tipo de dieta lo realiza la dietista nutricionista durante la estancia hospitalaria y en casos relevantes acompaña al equipo AMED a las visitas extramuros, el psicólogo o médico de higiene mental orienta y asesora a la familia en aquellos pacientes que lo requieran o demanden como ínter consultante.

## **SISTEMA DE TRABAJO**

El equipo utiliza métodos sistematizados y organizados para otorgar cuidados integrales personalizados con la finalidad de fomentar el auto cuidado, prevenir, reducir y mejorar la calidad de vida del usuario para una muerte digna en el seno de su hogar, para su atención el equipo esta integrado por un médico internista, una enfermera general, una trabajadora social, una dietista nutricionista y un operador de vehículo.

Realiza sus funciones en unidades médicas de 2º nivel, bajo la responsabilidad de cumplimiento del Director y la autoridad directa del jefe de departamento clínico de medicina interna.

El equipo interdisciplinario realiza recorridos diarios por los servicios de urgencias y hospitalización en busca de candidatos para el programa, aplicando criterios de inclusión y selección con la valoración del paciente, consulta médica, plan de tratamiento, consentimiento informado, orientación, asesoría y habilitación del paciente y su familiar para su auto cuidado en su domicilio, así como criterios de exclusión en aquellos pacientes que por su gravedad requieren tratamiento medico quirúrgico, hospitalario, usuarios terminales, pacientes crónicos que ameriten tratamiento por más de dos especialidades en medio hospitalario, por la pérdida de vigencia de derechos o fuera de zona geográfica, se aplican también criterios de egreso por defunción, habilitación en su auto cuidado que limiten la dependencia del equipo AMED por mejoría y cambio de domicilio.

Para el buen desempeño de sus funciones el equipo aplica los siguientes indicadores de resultados:

1. No. de pacientes por equipo AMED 120
2. No. de visitas diarias 7
3. No de visitas por paciente, una mensual
4. Duración de visitas 40' incluyendo tiempo de traslado al domicilio del paciente.
5. Índice de letalidad de pacientes en programa.
6. Índice de morbilidad de pacientes en programa.

Para la realización de estas actividades que comprenden estas funciones se requiere contar con:

1. Censo actualizado de pacientes usuarios del programa
2. Agenda de citas
3. Expedientes clínicos de los pacientes
4. Rutas de recorrido
5. Criterios de ingreso al programa y de referencia al primer nivel.
6. Informes de productividad del programa que concentre y analice: la morbilidad y la letalidad de los pacientes, el número de ingresos y egresos, el origen destino de los pacientes, los consumos de material y medicamentos, así como el control del instrumental y equipo.

Equipamiento del equipo AMED se integra por:

- 1 Un vehículo de uso exclusivo para el programa.
- 2 Un maletín de visitas que contiene:
  - a) Baumanómetro y estetoscopio
  - b) Estuche de Diagnóstico
  - c) Equipo de curación menor
  - d) Termómetro
  - e) Material de consumo (abate lenguas, hisopos, guantes desechables)
  - f) Material de curación estéril y no estéril ( gasas, apósitos, vendas elásticas, bolsas de colostomía, sondas vesicales de diferentes calibres).
- 3 Recetario Individual
- 4 Block de certificados de incapacidad médica

Además se requiere contar con un consultorio equipado para la revisión y exploración del paciente, archiveros para guarda de expedientes, útiles de escritorio necesarios para el manejo administrativo del programa y de la información.

De acuerdo a la complejidad y número de pacientes se integrará instrumental médico quirúrgico menor como:

1. Equipo de retiro de puntos.
2. Equipo de curación.
3. Lebrillos y riñones de acero inoxidable.
4. Pinzas de anillos.
5. Pinzas de Kelly.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN  
MÉDICA DOMICILIARIA (AMED)**

Yo C \_\_\_\_\_ acepto la capacitación que me otorga el equipo de salud del programa AMED durante tres meses, salvo excepciones; parra el cuidado de mi paciente \_\_\_\_\_ en domicilio.

Comprometiéndome a seguir las indicaciones del equipo de salud AMED, con el fin de proporcionar mejor calidad de vida en su proceso de enfermedad crónica, fase terminal o muerte digna, estableciendo que la calidad de vida de mi paciente, dependerá del diagnóstico y pronóstico determinado por el médico tratante.

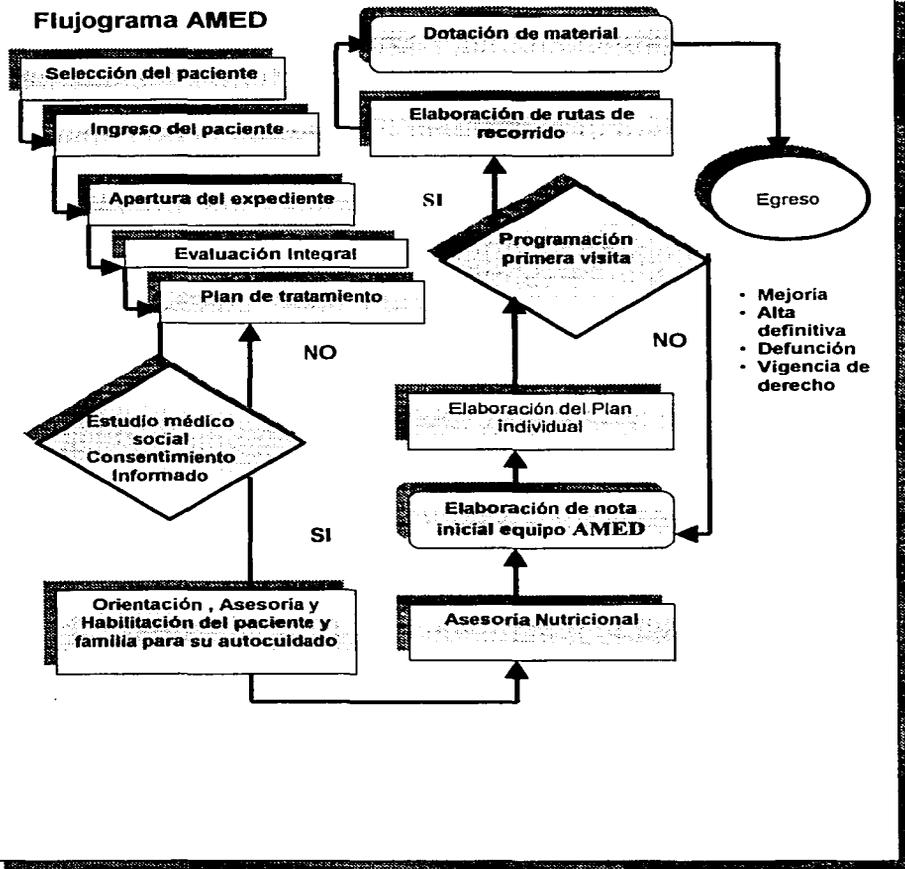
El incumplimiento de lo antes mencionado será motivo de exclusión del programa.

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2002

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DEL PTE.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO RESP. DEL PROGRAMA

# Flujograma AMED



- Mejoría
- Alta definitiva
- Defunción
- Vigencia de derecho

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA AMED**

1. Enfermedad crónica e incapacitante que amerita atención médica supervisada, con fármacos por vía oral o intramuscular y cuidados de enfermería no hospitalarios.
2. Enfermedad crónica en clase funcional avanzada que impide la deambulación y que requiere control médico periódico.
3. Enfermedad crónica con posibilidad de eventos intercurrentes frecuentes que descompensen el padecimiento de base.
4. Enfermedad crónica con más de tres ingresos al hospital en los últimos seis meses.
5. Enfermedad terminal documentada en el expediente clínico no susceptible de tratamiento hospitalario, que amerita control médico y de enfermería para mejorar la calidad de vida en su última etapa.
6. Enfermedad crónica o terminal con esquema de manejo farmacológico y de enfermería establecido por su médico tratante antes del alta.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN ESPECÍFICOS AL PROGRAMA AMED

1. Insuficiencia Renal Crónica.

Paciente que no acepta programa de diálisis

Paciente que no es candidato a programa de diálisis ni a hemodiálisis o trasplante renal.

2. Cirrosis Hepática

3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Estado avanzado

Con infección intercurrente documentada por laboratorio o gabinete cuyo tratamiento no requiere vigilancia estricta.

4. Padecimiento oncológico

Paciente en control oncológico que requiere de adiestramiento para la aplicación de su tratamiento.

Paciente fuera de tratamiento oncológico documentado por su médico tratante en el expediente.

Pacientes con eventos agregados que ameritan tratamiento médico

5. Enfermedad cardiovascular

Cardiopatía crónica (hipertensiva, isquémica, reumática o congénita).

Funcional, avanzada, fuera de tratamiento intervencionista o Qx.

Paciente con insuficiencia cardíaca compensada o con descompensación leve.

Enfermedad aterotrombótica de más de 72 horas de evolución estable.

Paciente con secuelas post quirúrgicas, postraumáticas, por crisis convulsivas.

Crónicas o con Síndrome orgánico cerebral que requiere curación de escaras.

Paciente con secuelas neurológicas que amerita vigilancia de cuidados generales y alimentación.

## **CRITERIOS GENERALES DE ACEPTACIÓN AL PROGRAMA**

- ✓ El paciente tiene documentado en el expediente clínico el diagnóstico motivo de la ínter consulta.
- ✓ El paciente no puede deambular o pone en riesgo su salud si lo hace y requiere de manejo médico.
- ✓ No requiere de manejo endovenoso para su control.
- ✓ Están siendo vistos por el médico tratante y tiene esquema de manejo general y medicamentoso.

### **SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

1. Con enfermedad avanzada.
2. Infección que no requiere de manejo endovenoso.

### **ENFERMO ONCOLÓGICO**

1. Que requiere adiestramiento para la aplicación del tratamiento.
2. La aparición de enfermedades agregadas que requieren de manejo médico.

## **CRITERIOS GENERALES DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO**

- ❖ El paciente presenta una enfermedad crónica que no requiere manejo endovenoso pero aun necesita cuidados médicos en su domicilio.
- ❖ El paciente tiene una enfermedad que lo invalida en forma crónica para deambular y requiere de atención médica.
- ❖ Tiene esquema de manejo general y medicamentoso.
- ❖ Reingreso frecuente más de tres en seis meses

### **CRITERIOS ESPECIFICOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.**

- ❖ Amerita vigilancia de cuidados generales y alimentación.
- ❖ Requiere curación de escaras

### **CRITERIOS ESPECIFICOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD VASCULAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.**

- ❖ Insuficiencia respiratoria moderada o severa, incapacitante, con oxígeno suplementario o no con mal manejo de secreciones.
- ❖ Infección de vías aéreas superiores que no requiere de manejo endovenoso

### **CRITERIOS ESPECIFICOS DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS.**

- ❖ Pie diabético
- ❖ Estar imposibilitado para deambular por amputación, ametropía u otros.
- ❖ Infecciones que no requieren manejo endovenoso en cualquiera de las situaciones.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

|   |  |
|---|--|
| 1 | Procesos activos y agudos que ponen en peligro la vida del paciente.   |
| 2 | Pacientes de diálisis y hemodiálisis   |
| 3 | Pacientes infecto transmisibles con enfermedad intercurrente grave susceptible de mejorar con tratamiento hospitalario |
| 4 | Pacientes con tratamiento médico quirúrgico de resolución hospitalaria en fase de estadificación ( oncológico )        |
| 5 | Paciente que no acepta el programa.  |
| 6 | Fuera de zona geográfica o de influencia   |
| 7 | Perdida de vigencia de derechos  |
| 8 | Por falta de redes de apoyo familiar por indisposición o incapacidad   |

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AL PROGRAMA AMED

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
  - a. Paciente con complicaciones agudas como Hipercalemia, anemia o acidosis metabólica graves.
  - a. Paciente con peritonitis graves que amerita tratamiento con fármacos por vía endovenosa.
2. CIRROSIS HEPÁTICA
  - a. Hemorragia activa de vías digestivas
  - b. Anemia de menos de 7 g de hemoglobina
  - c. Encefalopatía hepática grado III o IV
  - d. Infección intercurrente grave
  - e. Retención hídrica significativa, con ascitis a tensión o con compromiso ventilatorio
3. SIDA
  - a. En fase de estudio
  - b. Con infección intercurrente grave susceptible de mejorar con tratamiento hospitalario.
4. PACIENTE ONCOLÓGICO
  - a. En fase de estadificación
  - b. En tratamiento médico o quirúrgico de resolución hospitalaria
5. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
  - a. Cardiopatía crónica (hipertensiva, Isquémica, reumática o congénita)
  - b. Paciente con inestabilidad hemodinámica o en insuficiencia cardíaca aguda.

**7. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**

- a. Enfermedad aterotrombótica o hemorrágica reciente, de comportamiento inestable.
- b. Paciente con infección grave de las escaras de presión.

**8. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

- a. Infección grave de vías respiratorias bajas.

**9. DIABETES MELLITUS**

- a. Pie diabético con infección grave.
- b. Complicación aguda como cetoacidosis ó estado hiperosmolar no cetosico.

**10. PADECIMIENTOS TRAUMATOLÓGICOS.**

- a. Complicaciones agudas en el post operatorio de cadera de columna, fémur, tibia y peroné.

## CRITERIOS DE ALTA (EGRESO)

Pacientes con enfermedad crónica e incapacitante que sufre una descompensación aguda susceptible de mejorar en el hospital.

Pacientes que presentan infección grave de heridas o escaras que ameritan manejo médico o quirúrgico intra hospitalario.

Pacientes crónicos que requieren tratamiento por más de dos especialidades a nivel hospitalario.

Paciente terminales que fallecen en su domicilio.

Cambio de domicilio.

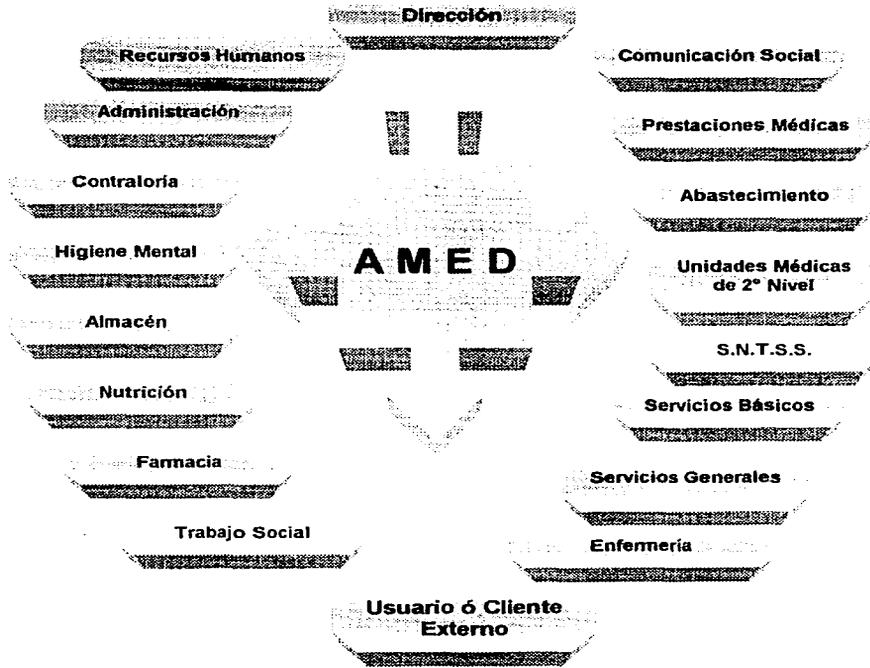
Incumplimiento de indicaciones médicas del equipo.

Por habilitación que limite la dependencia del equipo AMED.

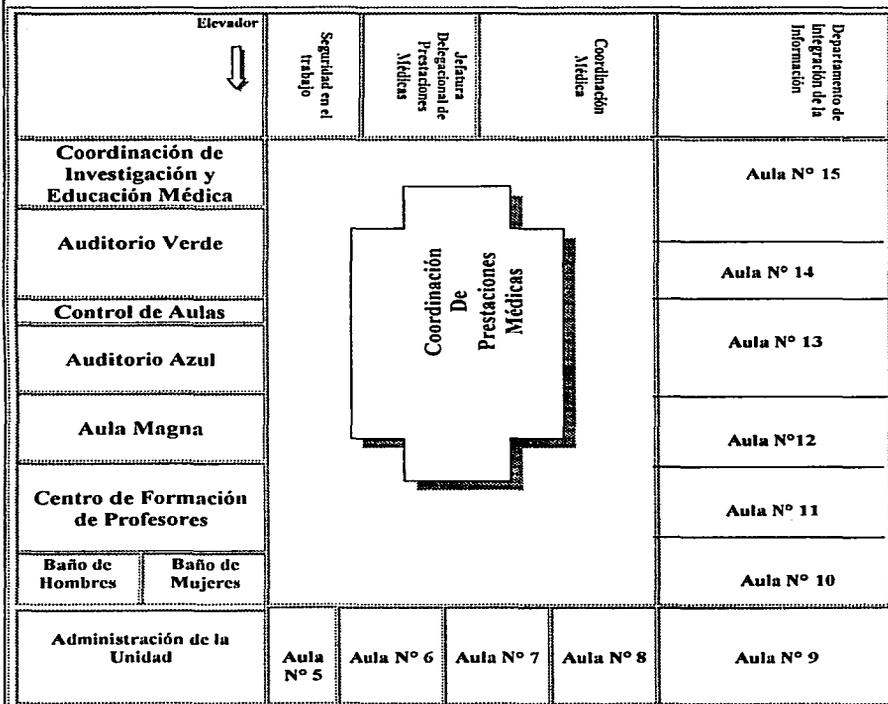
Fuera de zona geográfica.

Pérdida de vigencia de derechos.

# COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL



**CROQUIS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL LA RAZA  
DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**Perfil profesional del Médico AMED**

**Saber :**

1. Identificar la historia natural de la enfermedad de los pacientes crónicos y con enfermedad terminal.
2. Identificar a los pacientes que requieren manejo en su domicilio.
3. Conceptos básicos sobre tanatología.
4. Tratamiento e intervención en el paciente crónico y con enfermedad terminal.
5. Aspectos legales en la atención del paciente crónico y con enfermedad terminal
6. Conceptos teóricos de religión y espiritualidad.

**Hacer**

1. Aplicar sus conocimientos sobre historia natural de las enfermedades de los pacientes crónicos y con enfermedad terminal.
2. Seleccionar a los pacientes que reúnen criterios de aceptación al programa.
3. Aplicar en el ejercicio de su profesión los conceptos tanatológicos.
4. Identificar las limitaciones legales para la aplicación del programa.

**Ser:**

1. Desarrollar su vocación de servicio.
2. Aplicar los principios éticos personales en el ejercicio de su profesión.
3. Ejercer una relación humanista con el paciente y sus familiares.

*Nombre del puesto:* Médico no familiar

*Ubicación del puesto:* Atención domiciliaria dentro del servicio de medicina interna.

### **RELACIONES DE MANDO**

**Autoridad técnico – normativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Director
- ✓ Subdirector
- ✓ Jefe de servicio de Medicina Interna

**Autoridad operativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Director
- ✓ Subdirector
- ✓ Jefe de servicio de Medicina Interna

*Descendentes:*

- ✓ Dietista Nutricionista
- ✓ Enfermera General
- ✓ Trabajadora Social
- ✓ Operador de vehículo
- ✓ Farmacia
- ✓ Almacén
- ✓ Paciente familiar

*Requisitos del Puesto:* Título de Médico  
Conocimientos Básicos de Tanatología

*Objetivo del Puesto:* Valoración, Diagnóstico, Plan de tratamiento, Prescripción de medicamentos, Estudios diagnósticos de control, con orientación en medidas de auto cuidado, para la continuidad del tratamiento.  
**RESPONSABLE DEL PROGRAMA.**

### **MÉDICO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

1. Conjuntamente con el Jefe de Servicio de Medicina Interna, establece y evalúa constantemente los criterios de egreso y de referencia del paciente.
2. Establece parámetros para el tratamiento domiciliario, informa al equipo AMED del ingreso del paciente.
3. Mantiene comunicación permanente con el jefe de servicio para la atención, análisis de la problemática del programa.
4. Toma decisiones para la mejora de la organización y funcionamiento del programa
5. Expide receta médica, en caso necesario incapacidad, indica exámenes de laboratorio y gabinete de control.
6. Se coordina con el operador del vehículo para establecer rutas de recorrido.
7. Elabora formato 4 - 30 - 6 de pacientes a visitar de acuerdo a programación.

### **ACTIVIDADES TÉCNICAS**

1. Selecciona a los pacientes que reúnen criterios de inclusión al programa.
2. Realiza visita médica todos los días en los servicios de medicina interna y urgencias para identificación o inter consulta de pacientes candidatos al programa.
3. Conjuntamente con el médico tratante entrevista al paciente y familiar para informar los beneficios del programa.
4. Asiste a juntas mensuales con demás equipos AMED de otras unidades a la coordinación de enfermería, para tratar asuntos relacionados con avances del programa.
5. Determina el equipo médico y material de curación de acuerdo a programación de visitas.

### **ACTIVIDADES DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN**

1. Realiza estudio documental, epidemiológico, educativo y científico.
2. Analiza avances y resultados del programa, entrega informes y análisis de índices de morbilidad y letalidad.
3. Realiza valoración medica integral durante la visita domiciliaria, prescribe tratamiento con fármacos, medidas higiénico dietéticas para la continuidad del tratamiento.  
Maneja expediente clínico, documenta nota médica inicial, nota por visita y plan de tratamiento (norma técnica 52).

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL LA RAZA  
DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**Perfil profesional de la Enfermera adscrita al programa AMED**

**Saber :**

1. Conceptos básicos sobre el cuidado enfermero.
2. Aspectos básicos sobre Tanatología
3. Intervención de enfermería en el paciente crónico y con enfermedad terminal.
4. Aspectos legales en el manejo del paciente crónico y con enfermedad terminal.
5. Conceptos teóricos de religión y espiritualidad.

**Hacer**

1. Capacitar al paciente y a sus familiares en los cuidados de enfermería que requiere el paciente crónico y con enfermedad terminal.
2. Aplicar en el ejercicio de su profesión los conceptos tanatológicos

**Ser:**

1. Desarrollar su vocación de servicio
2. Aplicar los principios éticos personales en el ejercicio de su profesión.
3. Ejercer una relación humanista con el paciente y sus familiares.

*Nombre del puesto:* Enfermera General

*Ubicación del puesto:* Atención domiciliaria dentro del servicio de medicina interna.

### **RELACIONES DE MANDO**

**Autoridad técnico – normativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Jefe de Enfermeras
- ✓ Subdirector Médico
- ✓ Jefe de servicio de Medicina Interna

**Autoridad operativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Jefe de Enfermeras
- ✓ Jefe de servicio de Medicina Interna
- ✓ Médico Responsable del Programa

*Descendentes:*

- ✓ Auxiliar de Enfermería
- ✓ Operador de vehículo
- ✓ Farmacia
- ✓ Almacén
- ✓ Intendencia
- ✓ Paciente familiar

**Requisitos del Puesto:** -Titulo de Enfermera General.  
-Conocimientos Básicos de Tanatología.  
-Vocación de servicio y aplicación de principios  
-éticos en el desempeño de su profesión.

**Objetivo del Puesto:** Atención Domiciliaria integral con Asesoría, Orientación, habilitación, educación para la salud, fomento del auto cuidado a pacientes crónico degenerativo en fase terminal y en etapa de estabilidad, con aplicación del proceso enfermero que le permita valorar, diagnosticar, planear cuidados personalizados y ejecutar acciones independientes que la conduzcan al logro de los objetivos establecidos evaluando el progreso del usuario, familia y comunidad así como su propia actuación.

## **ENFERMERA GENERAL ACTIVIDADES TÉCNICAS**

1. Recibe, identifica, atiende, registra a pacientes candidatos para el programa.
2. Aplica conocimientos y habilidades que le permiten identificar y valorar necesidades de información y orientación del paciente.
3. Prioriza sus diagnósticos de enfermería y establece planes de cuidado.
4. Realiza acciones de enfermería independientes y dependientes al paciente intra y extra muros.
5. Realiza cuidado integral personalizado al paciente basado en el proceso enfermero.
6. Evalúa la respuesta del paciente y/o de la familia.
7. Participa con el médico durante la exploración del paciente en el consultorio y en la visita domiciliaria.
8. Vigila el traslado del paciente al servicio que sea derivado, en caso que lo amerite lo acompaña.
9. Registra en la hoja de enfermería las acciones efectuadas al paciente, medicamento, signos y síntomas, respuesta y evolución.
10. Controla el buen uso del material de curación.
11. Toma y registra signos vitales y de somatometría al paciente.
12. Ministra medicamentos conforme a indicaciones médicas.
13. Realiza procedimientos higiénicos dietéticos.

14. Verifica la preparación del equipo, instrumental y material de curación, determina su esterilización y en su caso la efectúa.
15. Traslada equipo e instrumental de CEYE al servicio para la atención del paciente.
16. Entrega al paciente el material necesario para su atención indicado por el médico.

### **ENFERMERA GENERAL ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

1. Elabora e implementa el programa anual de trabajo
2. Registra oportunamente en papelería datos específicos emanados de las acciones de enfermería.
3. Recibe, controla y vigila el buen uso del material y equipo.
4. Programa el material requerido para 15 días.
5. Registra actividades en la hoja de concentrado mensual.
6. Elabora informe mensual y anual de resultados.
7. Solicita, recibe, entrega, maneja y prepara de acuerdo a las necesidades del servicio, equipo médico, medicamentos, instrumental, material de curación y papelería
8. Asiste dentro de su jornada a cursos de inducción y capacitación al área de trabajo, así como a juntas, eventos científicos y socio – culturales, conferencias y a los que le indique el Instituto para mejor desempeño del puesto para su superación personal.
9. Desempeña actividades técnico – administrativas.

### **ENFERMERA GENERAL ACTIVIDADES DOCENTES**

1. Difunde el programa entre visitantes, familiares y personal de salud.
2. Participa en la capacitación del personal de enfermería.
3. Participa en la habilitación del paciente y familiar de su auto cuidado para reducir la dependencia del equipo multidisciplinario de salud, a través de educación para la salud.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL LA RAZA  
DELEGACIÓN 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**Perfil profesional de la Trabajadora Social adscrita al programa AMED  
Saber:**

1. Los aspectos teóricos de su profesión.
2. Aspectos básicos sobre Tanatología.
3. Manejo e intervención de los aspectos sociales y familiares en el paciente crónico y con enfermedad terminal.
4. Aspectos legales en el manejo del paciente crónico y con enfermedad terminal.
5. Conceptos teóricos de religión y espiritualidad.

**Hacer:**

1. Aplicar en el ejercicio de su profesión los conceptos tanatológicos.
2. Orientar al paciente y a sus familiares sobre los recursos institucionales que se requieren para facilitar el manejo integral.
3. Elaborar diagnóstico médico social.
4. Identificar las limitaciones legales para la aplicación del programa.

**Ser:**

1. Desarrollar su vocación de servicio.
2. Aplicar los principios éticos personales en el ejercicio de su profesión.
3. Ejercer una relación humanista con el paciente terminal.

*Nombre del puesto:* Trabajadora Social.

*Ubicación del puesto:* Atención domiciliaria dentro del servicio de medicina interna.

### **RELACIONES DE MANDO**

**Autoridad técnico – normativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Subdirector Médico
- ✓ Jefe de Trabajo Social
- ✓ Subjefe de Trabajo Social

**Autoridad operativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Jefe de Trabajo Social
- ✓ Subjefe de Trabajo Social
- ✓ Médico Responsable del Programa

*Descendentes:*

- ✓ Asistente Médica
- ✓ Operador de vehículo
- ✓ Farmacia
- ✓ Almacén
- ✓ Intendencia
- ✓ Paciente familiar

**Requisitos del Puesto:** -Título de Trabajo Social  
-Conocimientos Básicos de Tanatología.

**Objetivo del Puesto:** Atención intra extramuros a pacientes crónico degenerativos con asesoría y orientación tanatológica, administrativa y jurídica así como pláticas de su enfermedad.

## **TRABAJADORA SOCIAL ACTIVIDADES TÉCNICAS**

1. Entrevista a pacientes y familiares candidatos a ingresar al programa.
2. Realiza estudio médico social de la dinámica familiar y el hábitat del paciente.
3. Proporciona consejería tanatología al 100% de familiares y pacientes en etapa terminal.
4. Realiza actividades de vigilancia y control de fomento a la salud.
5. Auxilia a los pacientes y familiares con problemas personales o ambientales que predispongan a la enfermedad, interfieran en el tratamiento o impidan los beneficios óptimos derivados del cuidado médico.
6. Se coordina con las áreas correspondientes para el traslado oportuno de pacientes

## **ACTIVIDADES DOCENTES**

1. Orienta al paciente sobre las bondades del programa
2. Elabora material didáctico de apoyo para pacientes en programa.
3. Orienta e informa al paciente y familiar en relación con prestaciones sociales, prestaciones en dinero, jurídicas y administrativas.
4. Orienta e informa al paciente y familiar con pláticas individuales o de grupo para comprender, aceptar y seguir las indicaciones del médico.
5. Difunde el programa entre el personal de salud, familiares y visitantes.

**TRABAJADORA SOCIAL  
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

1. Elabora e implementa su programa de trabajo anual.
2. Establece coordinación con las áreas médicas para la referencia y contrarreferencia de pacientes.
3. Registra ingresos y egresos de pacientes en programa.
4. Participa en la elaboración de informes y resultados que genera el programa.
5. Participa y capacita al paciente y familiar para disminuir la dependencia del equipo multidisciplinario de salud.
6. Programa visitas para elaboración de estudios sociales.
7. Asiste a juntas, reuniones de trabajo para mejorar su desempeño laboral.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL LA RAZA  
DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**Perfil profesional de la Nutricionista adscrita al programa AMED**

**Saber:**

1. Los aspectos teóricos de su profesión.
2. Proceso de Muerte
3. Intervención nutricional de los pacientes crónicos y con enfermedad terminal.
4. Conceptos teóricos de religión y espiritualidad.

**Hacer:**

1. Orientar al paciente crónico y con enfermedad terminal en relación a la alimentación y nutrición aplicable a su padecimiento.
2. Elaborar una dieta individualizada en relación a las necesidades de cada paciente.

**Ser:**

1. Desarrollar su vocación de servicio
2. Aplicar la ética personal en el ejercicio de su profesión.
3. Ejercer una relación humanista con el paciente y su familia.

## **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA ACTIVIDADES TÉCNICAS**

1. Calcula y formula regímenes dietoterapéuticos y lácteos prescritos por el médico tratante.
2. Efectúa valoraciones nutricionales a pacientes específicos que lo requieran a juicio de los médicos.
3. Lleva a cabo la visita a los pacientes que lo requieran para conocer problemas relacionados con nutrición y dietética y elabora los registros dietéticos, elabora los registros dietéticos de los pacientes ambulatorios y hospitalizados de la especialidad que corresponda.
4. Adecua la alimentación de acuerdo a las observaciones que se hagan durante la visita.
5. Realiza procedimientos especializados para la atención nutricional en los servicios de nefrología, Unidad metabólica, Transplante de órganos, y NPT, de acuerdo a las indicaciones médicas.
6. Participa en las visitas domiciliarias en casos específicos de enfermos crónicos y terminales con autorización de su jefe inmediato.
7. Coordinación con el médico en la prescripción nutricional de los pacientes crónicos y con enfermedades terminales.

### **ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

1. Registra, adecua y controla la prescripción médico dietética para la atención integral de los enfermos de acuerdo a las condiciones individuales de cada paciente y conforme al las indicaciones médicas.
2. Solicita recibe y controla la materia prima y soluciones necesarias para proporcionar la alimentación a los pacientes conforme las indicaciones médicas y el número de pacientes con sus regímenes dietéticos y las normas establecidas.
3. Supervisa la recepción, la entrega y control de los alimentos preparados en el programa diario de alimentos, distribución diaria a pacientes de acuerdo a su prescripción y horario establecido, la calidad y cantidad de los alimentos que se proporcionan a los pacientes, así como la recolección de charolas.

### **ACTIVIDADES DOCENTES**

1. Orienta a los pacientes y a sus familiares sobre la dieta y valora la ingesta de alimentos.
2. Participa en el desarrollo de programas o protocolos específicos.
3. Participa en programas de enseñanza, capacitación, desarrollo y fomento de la salud e investigación.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL LA RAZA  
DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**Perfil profesional del técnico operador de vehículo adscrito al programa AMED**

**Saber :**

1. Estudiar el área geográfica de su jurisdicción.
2. seleccionar las rutas de acceso más convenientes para las visitas programadas.
3. Conocer los aspectos básicos de mecánica.

**Hacer :**

1. Conducir con precaución y cortesía.
2. Cuidar el vehículo que se le asigne.
3. Participar en las acciones conducentes al bienestar del paciente y su familia si se requiere.

**Ser:**

1. Desarrollar su vocación de servicio.
2. Aplicar la ética personal en el ejercicio de su profesión.
3. Ejercer una relación humanista con el paciente y su familia.

*Nombre del puesto:* Operador del Vehículo

*Ubicación del puesto:* Atención domiciliaria dentro del servicio de medicina interna.

### **RELACIONES DE MANDO**

**Autoridad técnico – normativa**

*Ascendentes:*

- ✓ Director
- ✓ Subdirector
- ✓ Jefe de servicio de Medicina Interna
- ✓ Jefe de servicios Generales

**Autoridad operativa**

*Ascendentes*

- ✓ Jefe de servicios generales
- ✓ Medico Responsable del Programa

*Requisitos del Puesto:*

- Dictamen escalafonario de chofer.
- Conocimientos disciplinares propios de la categoría.

*Objetivo del Puesto:* Traslado del equipo de salud al domicilio del paciente para su atención integral.

### **OPERADOR DEL VEHÍCULO FUNCIONES TÉCNICAS**

1. Estudiar y conocer el área geográfica de su jurisdicción.
2. Mantiene en buen estado de funcionamiento y limpieza el vehículo del programa.
3. Colabora con el traslado del equipo al vehículo.
4. En coordinación con el médico elabora rutas de recorrido de las visitas programadas.
5. Conduce el vehículo con estricto apego a las normas de seguridad, de tránsito y procedimientos vigentes.
6. Conoce aspectos básicos de mecánica.
7. Colabora con el equipo AMED en lo procedente durante las visitas domiciliarias.
8. Participa en actividades inherentes para el bienestar del paciente y su familia.

### **OPERADOR DEL VEHÍCULO FUNCIONES ADMINISTRATIVAS**

1. Realiza el control de recorridos y kilometraje de acuerdo con lo normado.
2. Gestiona ante servicios generales los gastos de gasolina.
3. Selecciona las rutas de acceso más convenientes para realizar las visitas..
4. Registra en bitácora actividades.

## **FUNCIONES DOCENTES**

1. Realiza su trabajo con vocación de servicio.
2. Establece una relación humanista con el paciente y su familia.
3. Participa y asiste a cursos para su desarrollo y superación personal.

## **Pensamiento**

Cada día de mi vida lo dedico  
con pasión a servir y a cuidar  
a mis enfermos como si fueran dios,  
la emoción de servir me llena de  
satisfacción, porque mi trabajo me  
motiva, lo vivo con pasión y  
cada vez que un enfermo se recupera  
o se estabiliza en su salud  
para mí es un triunfo porque elegí,  
seguí y llegué al camino de mi realización  
ser enfermera por vocación en la  
plenitud de mi vida, y aún cuando  
el camino esta lleno de espinas lucho  
con tesón para vencer los retos que  
impiden mi superación

***" La vida es una aventura  
alentadora, atrevida y retadora "***

**ERENDIRA VILLA VIVEROS**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Sexto del trabajo y previsión social Art. 123, editorial Trillas, México 1994, p 154.
2. Dr Julio Frenck Plan Nacional de Salud 2001 – 2006 SS 27-56, 73-77, 81, 157-161.
3. Editorial Contables, Administrativos y Fiscales " ECAFSA "
4. IMSS, "Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud ( MIAIS) , , Diciembre 1999, México , D.F. pp 4-5, 13-15, 16-18, 57-64, 77-79, 83-87, 101.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social, Contrato Colectivo de Trabajo, S. N. T. S. S., (profesiogramas)
6. Ley Federal de Trabajo " Capacitación y Adiestramiento de los Trabajadores ", Editorial Porrúa S.A., México, 1990, pp 94-97.
7. Ley General de Salud, Diario Oficial del 6 de Diciembre de 1984, Diario Oficial del 7 de Febrero de 1984.
8. Pinto Afanador Natividad " Gerencia de los Servicios de Enfermería Antología ", Universidad nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, SUA, Comprendiendo el Cuidado en el hogar, México, D. F., Ed. 2001, pp. 351-362.
9. Rodríguez Valencia Joaquín " Como elaborar y usar manuales Administrativos " El manual de organización, México, 1999, pp 91-104.