

## Objetivo

El presente documento detalla los contenidos necesarios para el llenado del formato de solicitud del Certificado de Necesidad de infraestructura física para la provisión de servicios de salud y es de carácter orientador. El estricto apego a estos lineamientos resultará en un proceso expedito de evaluación y dictamen de la solicitud.

## Descripción de la solicitud

El formato cuenta con un folio de solicitud conformado de la siguiente manera:

**SCDN-XXXX/NNN/dd-mm-aa/YY**

Donde:

**XXXX** Es el número consecutivo respecto del total que corresponde a la solicitud recibida.

**NNN** Es la abreviatura oficial de la Entidad Federativa solicitante.

**dd-mm-aa** Es el día, mes y año en que la Subdirección de certificación de necesidades recibe la solicitud.

**YY** Es número consecutivo de solicitud correspondiente a la Entidad Federativa solicitante.

El cuerpo de la solicitud consta de ocho apartados o incisos los cuales se muestran en las diferentes hojas de Excel, y son identificados con números arábigos:

1. Ficha Técnica;
2. Información General del Proyecto;
3. Infraestructura;
4. Mapa Georeferenciado;
5. Descripción Poblacional;
6. Perfil Epidemiológico;
7. Caracterización de la Infraestructura;
8. Información General del Solicitante.

## 1. FICHA TÉCNICA

### 1.1. Información General

|                    |   |
|--------------------|---|
| Entidad Federativa | Anotar el nombre oficial de la entidad federativa en la cual se ubica la unidad de servicios de salud motivo de la solicitud. El nombre de la entidad federativa debe ser el que establece el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). En caso de no anotar correctamente el nombre oficial, la solicitud será cancelada. |
| Municipio          | Anotar el nombre oficial del municipio en el cual se ubica la unidad de servicios de salud motivo de la solicitud. El nombre del municipio debe ser el que establece el INEGI. En caso de no anotar correctamente el nombre oficial, la solicitud será cancelada.   |
| Localidad          | Anotar el nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad de servicios de salud motivo de la solicitud. El nombre de la localidad debe ser el que establece el INEGI. En caso de no anotar correctamente el nombre oficial, la solicitud será cancelada.   |

Tipo de acción de infraestructura

Anotar si la acción de infraestructura es obra nueva, sustitución, ampliación o fortalecimiento. Para las definiciones de las acciones de infraestructura se debe consultar el “Procedimiento para la emisión del Certificado de Necesidad” vigente, el cual se puede encontrar en la página Web de la DGPLADES. La acción de infraestructura anotada deberá ser coherente con el resto del contenido de la solicitud y viceversa.

Tipo de Unidad

Anotar el tipo de unidad actual, es decir “Hospital de la comunidad”, “Hospital General”, “Hospital especializado”, “Hospital de especialidades”, “Hospital Regional de Alta Especialidad” o “Unidad de Especialidades Médicas (UNEME)” con su diferente clasificación, es decir, “UNEME CAPA”, “UNEME CAPASITS”, “DEDICAM”, “UNEME EC”, “UNEME ONCO I”, “UNEME ONCO II”, “UNEME CIRGIA AMB”, “UNEME HEMODIALISIS”, “UNEME REHABILITACIÓN”.

En caso de que la acción de infraestructura solicitada implique un cambio en la tipología de la unidad es preciso anotar, el tipo de unidad correspondiente a la unidad antes de efectuarse la acción solicitada en el espacio “actual” y el tipo de unidad al que se pretende cambiar con la ejecución de la acción solicitada en el campo “solicitada”.

Nombre de la Unidad

Anotar el nombre registrado de la unidad. El nombre de la unidad debe corresponder de acuerdo al catálogo de CLUES.

En caso de que la acción de infraestructura solicitada sea Obra Nueva, anotar el nombre que se pretende registrar en el catálogo de CLUES o anotarse la frase “No disponible”, lo que implica que aún no se tiene nombre para dicha unidad.

Antigüedad del inmueble

Anotar el periodo en años cumplidos desde el inicio de operaciones hasta la fecha de la solicitud, incluir como continuidad la suspensión temporal de actividades.; esto aplica para el caso de ampliación, sustitución y fortalecimiento. En caso de que la acción se una obra nueva, deberá anotarse la frase “No Aplica”.

Incorporado al SPSS

Se debe de anotar si la Unidad se encuentra incorporada a la res de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud. La respuesta es mutuamente excluyente. Anotar Sí o No según el caso.

No. de camas

Este punto cuenta con tres campos disponibles: “actual”, “adicional” y “total”.

Anotar en el espacio “actual”, el número de camas censables con las que cuenta la Unidad. En caso de que el tipo de acción sea una ampliación, sustitución o fortalecimiento, deberá llenarse el espacio “adicional”, con el número de camas extras con las que contará el proyecto. Para el caso de obra nueva, el espacio deberá llenarse con el numero “cero”.

---

En el espacio “total”, deberá anotarse la suma de los campos anteriores, es decir, “actual” más “adicional” dando así, el número completo de camas de la acción solicitada.

---

No. de quirófanos

Este punto cuenta con tres campos disponibles: “actual”, “adicional” y “total”.

Anotar en el espacio “actual”, el número de quirófanos con los que cuenta la Unidad; en caso de que el tipo de acción sea una ampliación, sustitución o fortalecimiento, deberá llenarse el espacio “adicional”, con el número de quirófanos extras con las que contará el proyecto. Para el caso de obra nueva, el espacio deberá llenarse con el número “cero”.

En el espacio “total”, deberá anotarse la suma de los campos anteriores, es decir, “actual” más “adicional” dando así el número completo de quirófanos de la acción solicitada.

---

No. de consultorios

Anotar la cifra que corresponde **exclusivamente** con la infraestructura física de consultorios de especialidad, ya que esto define los servicios de la unidad.

Este punto cuenta con tres campos disponibles: “actual”, “adicional” y “total”.

Anotar en el espacio “actual”, el número de consultorios con los que cuenta la Unidad; en caso de que el tipo de acción sea una ampliación, sustitución o fortalecimiento, deberá llenarse el espacio “adicional”, con el número de consultorios adicionales con los que contará el proyecto. Para el caso de obra nueva, el espacio deberá llenarse con el número “cero”.

En el espacio “total”, deberá anotarse la suma de los campos anteriores, es decir, “actual” más “adicional” dando así el número completo de consultorios de la acción solicitada.

---

No. de salas de expulsión

Este punto cuenta con tres campos disponibles: “actual”, “adicional” y “total”.

Anotar en el espacio “actual”, el número de salas de expulsión con los que cuenta la Unidad; en caso de que el tipo de acción sea una ampliación, sustitución o fortalecimiento, deberá llenarse el espacio “adicional”, con el número de salas de expulsión extras con las que contará el proyecto. Para el caso de obra nueva, el espacio deberá llenarse con el número “cero”.

En el espacio “total”, deberá anotarse la suma de los campos anteriores, es decir, “actual” más “adicional” dando así el número completo de salas de expulsión de la acción solicitada.

---

Población beneficiada

---

Anotar la población beneficiaria sin seguridad social (o población abierta) del área de influencia definida en la solicitud, según datos del Censo de población y vivienda de INEGI o bien, del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

---

La población que beneficiaria, debe ser coherente con el tipo de acción solicitada, por ejemplo, si se solicita una unidad especializada en cáncer de mama, la población que se describa en este campo deberá ser una población de mujeres en edad propensa al cáncer de mama.

Superficie del terreno (m<sup>2</sup>)

Anotar la superficie en metros cuadrados del terreno en el que ubica la unidad de servicios de salud motivo de la solicitud. A su vez, la respuesta afirmativa requiere de la anotación de la ubicación (domicilio) del terreno.

Superficie de Construcción (m<sup>2</sup>)

Anotar en el espacio “actual”, la superficie en metros cuadrados de la construcción de la unidad de servicios de salud motivo de la solicitud.

Cuando se trate de acciones de sustitución, ampliación o fortalecimiento, es necesario llenar el espacio “adicional” con la superficie en metros cuadrados extras con los que contará el proyecto; en caso de obra nueva, el espacio será llenado con el número cero.

En el espacio “total”, anotar la suma de los campos anteriores, es decir, “actual” más “adicional” dando así la superficie integra en metros cuadrados de la construcción de acuerdo a la acción solicitada.

Superficie de Contacto (m<sup>2</sup>)

En caso de que la unidad cuente con más de un nivel de construcción, se deberá anotar en espacio “actual”, la superficie de contacto con el terreno (es decir, primer nivel) en metros cuadrados de la construcción de la unidad de servicios de salud motivo de la solicitud.

Para el caso de sustitución, ampliación o fortalecimiento, es necesario llenar el espacio “adicional” con la superficie de contacto en metros cuadrados extras con los que contará el proyecto; en caso de obra nueva, el espacio será llenado con el número cero.

En el espacio “total”, deberá anotarse la suma de los campos anteriores, es decir, “actual” más “adicional” dando así la superficie de contacto integra en metros cuadrados de la construcción de acuerdo a la acción solicitada.

Domicilio o Ubicación del terreno

Anotar la ubicación (dirección o domicilio) del terreno. En caso de acciones de sustitución en un predio diferente al que actualmente ocupa la unidad motivo de la solicitud, Anotar la ubicación correspondiente al nuevo predio.

Costo estimado de construcción

Anotar el costo estimado, en pesos mexicanos, de la acción de infraestructura solicitada (con IVA incluido).

Costo estimado de equipamiento

Anotar el costo estimado, en pesos mexicanos, del equipamiento necesario para la acción de infraestructura solicitada (con IVA incluido). Si bien la DGPLADES no tiene facultades para dictaminar sobre este aspecto en particular, su inclusión en la solicitud de acciones de infraestructura física obedece a que el dato aporta elementos para dimensionar el impacto financiero para la operación adecuada de la unidad motivo de dicha solicitud; mismo que podrá ser proporcionarse al CENETEC-Salud en caso de que la evaluación integral de proyecto así lo requiera.

|  |  |
|--|--|
| Costo estimado de operación  | Anotar el costo estimado, en pesos mexicanos, para mantener la existencia de la acción solicitada en la unidad médica. Este punto considera el recurso humano idóneo tanto en su relación con la amplitud como en la relación de su categoría y operación.   |
| Fecha de inicio programada   | Anotar la fecha establecida para el inicio de la acción solicitada (dd-mm-aa). Donde se indique el día, mes y año para el comienzo de la acción. La fecha de presentación de la solicitud y la fecha programada de inicio de la acción debe tener un lapso mayor de al menos dos meses.  |
| Fecha de término programada  | Anotar la fecha establecida o estimada para la finalización de la acción solicitada (dd-mm-aa). Donde se indique el día, mes y año para el término de la acción.   |
| Si se trata de un proyecto privado-estatal. ¿Se cuenta con convenio para la operación? | La respuesta es mutuamente excluyente. Anotar Sí o No según el caso. La falta de recursos presupuestarios es causa de cancelación de la solicitud.   |
| Días cama promedio (último año disponible)   | <p>Anotar la media obtenida de la permanencia por paciente internado ocupando una cama del establecimiento, es decir, la ocupación de una cama durante el periodo comprendido entre las 0 y 24 horas de un mismo día. Considerando el último año de operación del establecimiento para el caso de ampliación, fortalecimiento y sustitución.</p> <p>En caso de ser una obra nueva se deberá anotar la frase “No aplica”.</p> |
| Egresos (último año disponible)  | <p>Anotar el número total de altas médicas obtenidas en el último año de operación del establecimiento. Considerando que el egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción o retiro voluntario del paciente; este caso aplica para el caso de ampliación, fortalecimiento y sustitución.</p> <p>En caso de ser una obra nueva se deberá anotar la frase “No aplica”.</p>                     |
| Consultas en (último año disponible)   | <p>Anotar el número total de consultas brindadas en el último año de operación del establecimiento. Considerando como consulta a la atención brindada a un paciente en un espacio establecido para ello (consultorio). Este caso aplica para el caso de ampliación, fortalecimiento y sustitución.</p> <p>Para acciones de obra nueva se deberá anotar la frase “No aplica”.</p>   |
| Atenciones quirúrgicas (último año disponible)   | <p>Anotar el número total de cirugías en el último año de operación del establecimiento. Considerando como cirugía a la especialidad médica que utiliza técnicas manuales e instrumentales operativas en un paciente. Este caso aplica para el caso de ampliación, fortalecimiento y sustitución.</p> <p>En caso de ser una obra nueva se deberá anotar la frase “No aplica”.</p>  |
| No. de médicos   | En este numeral cuenta con dos espacios disponibles “actual” y “estimado”. Anotar en el espacio “actual” el número total de médicos con los que opera el hospital en el presente. En el espacio “estimado” anotar el número de médicos   |

con el que se pretende completar la plantilla de recursos humanos de la Unidad de acuerdo a la acción solicitada.

No. de enfermeras

En este numeral cuenta con dos espacios disponibles “actual” y “estimado”. Anotar en el espacio “actual” el número total de personal de enfermería con los que opera el hospital en el presente. En el espacio “estimado” anotar el número de enfermeros con el que se pretende completar la plantilla de recursos humanos de la Unidad de acuerdo a la acción solicitada.

No. de personal administrativo

En este numeral cuenta con dos espacios disponibles “actual” y “estimado”. Anotar en el espacio “actual” el número total del personal administrativo con los que opera el hospital en el presente. En el espacio “estimado” anotar el número del personal administrativo con el que se pretende completar la plantilla de recursos humanos de la Unidad de acuerdo a la acción solicitada.

La unidad cuenta con validación de:

CENETEC para el equipamiento.

DGCES para la plantilla del personal

Anotar en el espacio correspondiente una “x” para indicar como se encuentra en la actualidad la validación por parte de CENETEC-Salud y de la DGCES. La respuesta es mutuamente excluyente, deberá llenarse solo uno de las 4 opciones disponibles para cada pregunta.

Las cuatro opciones disponibles son: “Si”, “No”, “En trámite” o “No aplica

Información General del Proyecto

Se debe realizar una descripción detallada del tipo de acción que se está solicitando, haciendo un breve resumen de la solicitud incluyendo acciones necesarias y necesidades de la población. La información debe de ser breve y concisa y se debe de tener cuidado en no repetir datos o acciones.

Justificación

Describir los elementos que justifiquen la necesidad. Se debe tener cuidado de no incluir, o repetir, los datos o la información contenidos en otros apartados o incisos de la solicitud. Si el principal motivo es la imposibilidad para cumplir las normas que permitan la acreditación de la unidad, debe detallar cuáles son los aspectos que se incumplen.

## Datos Generales del Solicitante

Responsable de la información

Para los fines de este procedimiento, se considera válido como nombre del solicitante; a) responsable del área de planeación en la entidad federativa, o b) el titular de los Servicios Estatales de Salud.

Puesto

Indicar el puesto de solicitante.

Correo electrónico

Indicar la dirección de correo electrónico. (Indispensable para mantener comunicación).

Teléfono

Indicar el, o los números telefónicos en los cuales se puede localizar al Solicitante. Anotar la clave LADA.

Comentarios y/u observaciones

En este campo anotar todas las posibles observaciones y comentarios que el elaborador tenga sobre la solicitud.

|                      |  |
|----------------------|--|
| Ficha elaborada por  | Anotar el nombre completo del solicitante o responsable de que elabora la solicitud.   |
| Fecha de elaboración | Anotar la fecha en la cual se termina de integrar la información requerida para la solicitud y es enviada a la DGPLADES. Utilizar el formato <u>día</u> de <u>mes</u> ( <u>completo</u> ) de <u>año</u> ( <u>completo</u> ). |

## 2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

|   |   |
|---|---|
| 2.1 Descripción de la problemática o situación  | Se debe de anotar la problemática que da origen a la iniciativa proporcionando un breve resumen que incluya: las acciones necesarias, así como las necesidades de la población beneficiada con la infraestructura propuesta, las persona o agrupación que generó la iniciativa de la solicitud y como se cubre actualmente la demanda por la cual se está generando la solicitud. |
| 2.2 ¿La Entidad Federativa tiene presupuestados recursos necesarios para la operación de la unidad? | <p>La respuesta es mutuamente excluyente. Anotar Sí o No según el caso. La falta de recursos presupuestarios para la operación es causa de dictamen no procedente de la solicitud.</p> <p>En el espacio “monto”, anotar la cantidad total, en pesos mexicanos, del fondo con la que cuenta la entidad Federativa para llevar a cabo la acción requerida.</p>                      |
| 2.3 Indicar las fuentes de financiamiento para el proyecto propuesto.                               | En estos campos debe de anotarse el nombre del programa o institución a través del cual Entidad Federativa obtendrá los recursos para llevar a cabo la acción solicitada. Deben anotarse todas las fuentes con las que se cuente en forma de listado.   |
| 2.4 Condición de la unidad en relación con el Sistema de Protección Social en Salud.                | <p>Esta numeral cuenta con tres incisos:</p> <p>a) Evaluada,<br/>b) Acreditada,<br/>c) Certificada.</p> <p>Deberá indicarse con una “x” la situación actual en la que se encuentra la Unidad. En caso de ser una obra nueva, únicamente, deberá llenarse el campo “N/A” situado en la parte inferior de la hoja.</p>  |

## 3. INFRAESTRUCTURA

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 3.1 Acción de infraestructura | Indicar mediante una “X” el tipo de acción que se está solicitando. En este numeral únicamente se puede seleccionar un campo. En caso de detener más de un campo indicado, la solicitud será cancelada.   |
| 3.2 Tipo de Unidad            | <p>Marcar con una “X” la tipología de la unidad,</p> <p>En caso de que la acción solicitada cambie la tipología de la unidad, marcar mediante una “A”, la casilla que corresponda al tipo de unidad actual y con una “N”, la casilla que corresponda al nuevo tipo.</p> |

En los espacios “Tipo” y “Especifique”, deberá anotarse la subtipología según sea el caso: “Hospital de la comunidad (12-18 camas)”, “Hospital General (30-60-90-120-180)” , “Hospital especializado”, “Hospital de especialidades”, “Hospital Regional de Alta Especialidad” o “Unidad de Especialidades Médicas (UNEME)” con su diferente clasificación, es decir, “UNEME CAPA”, “UNEME CAPASITS”, “DEDICAM”, “UNEME EC”, “UNEME ONCO I”, “UNEME ONCO II”, “UNEME CIRGIA AMB”, “UNEME HEMODIALISIS”, “UNEME REHABILITACIÓN”.

## 3.3 Infraestructura requerida

Debe realizarse un resumen del Programa Médico Arquitectónico en donde se describan los servicios de la infraestructura requerida. La descripción de la acción debe de respaldar los datos descritos previamente en la ficha Técnica, como son superficie de terreno, construcción, número de camas, cantidad de consultorios, quirófanos, etc. En la **primera** columna del cuadro se deben anotar cada uno de los Servicios/ Especialidad con los que cuenta el Programa Médico Arquitectónico, agregando tantas filas como sea necesario.

En la **segunda** columna Anotar la cantidad (numero) de Servicios/Especialidades con las que cuenta actualmente la Unidad

En la **tercera** columna se debe de anotar el número total de superficie en metros cuadrados con los que cuenta ese servicio para su operación. En caso de que se cuente con más de un servicio del mismo tipo, se debe de anotar el total de la suma de las superficies.

En la **cuarta** columna Anotar la cantidad (numero) de Servicios/Especialidades adicionales con las que contará la Unidad, de acuerdo a la acción solicitada. Esta columna solo aplica para el caso en que la acción sea una ampliación, sustitución o fortalecimiento.

En la **quinta** columna se debe de anotar el número total de superficie en metros cuadrados con los que contará dicho servicio/especialidad para su operación, de acuerdo al tipo de acción solicitada. En caso de que se cuente con más de un servicio del mismo tipo, se debe de anotar el total de la suma de las superficies.

En la **sexta** columna Anotar la cantidad (numero) total de Servicios/Especialidades con las que contará la Unidad, esto es, realizando las suma de la segunda y cuarta columna, de la misma fila para poder obtener este dato. En la **séptima** columna se debe de anotar el número total de superficie en metros cuadrados con los que contarán los servicios para su operación. Se debe de realizar la suma de la tercera y quinta columna de la misma fila para poder llenar este espacio.

En la **última** fila de la tabla anotar la suma total por columna, es decir, la suma por cantidad y metros cuadrados tanto para infraestructura existente, como para la adicional.

La información que se describa, debe de ser congruente con el PMA que se presenta anexo en la solicitud.

NOTA: En caso de ser una obra nueva, la columna “adicional/nuevos”, deberá permanecer en blanco.



3.4 ¿Cuenta con proyecto arquitectónico?

La respuesta es mutuamente excluyente. Anotar Sí o No según el caso. Si la respuesta es sí, deberá de anexarse una copia del Proyecto arquitectónico con esta solicitud.

Cuando la superficie total de construcción de la unidad presentada en la SCDN sea menor o mayor en un 25% respecto a lo establecido en los Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, las URS deben presentar un cuadro comparativo de las superficies de los servicios/áreas del proyecto: así como, una justificación amplia y detallada del resultado de dicha comparación. En SIGPLADESS están disponibles los formatos para el comparativo de los PMA.

## 4. MAPA GEOREFERENCIADO

4.1 Delimitación de un mapa en el área de influencia

Incluir un mapa en el cual se delimite el área de influencia y se ubiquen las unidades médicas existentes en ella. Considerar todas las unidades médicas existentes (excepto las unidades médicas privadas) de las diversas instituciones de salud y seguridad social federales, estatales y municipales; así como, las principales vías de comunicación y condiciones hidrográficas y orográficas relevantes respecto a la accesibilidad.

Para este numeral, puede utilizarse como herramienta de apoyo, el módulo escenarios del sistema SIGPLADESS, donde se cuenta con diferentes capas para respaldar el área de influencia mencionada.

## 5. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

5.1 Dimensión y características de la población en la zona de influencia

En este numeral se deben describir las características del área de influencia seleccionada en el mapa geográfico. Los espacios disponibles de la tabla deben de llenarse conforme a las localidades que se seleccionaron en el área de influencia descrita previamente.

En la **primera** columna del cuadro Anotar el nombre oficial de la Entidad Federativa en la cual se encuentra el área de influencia, debe ser el que establece el INEGI.

En la **segunda** columna Anotar el nombre oficial del municipio en el cual se ubica el área de influencia seleccionada. El nombre del municipio debe ser el que establece el INEGI.

En la **tercera** columna se debe de anotar la localidad en la cual se ubica el área de influencia seleccionada. El nombre de la localidad debe ser el que establece el INEGI.

En la **cuarta** columna Anotar la población total comprendida en esa localidad.

En la **quinta** columna se debe de anotar el porcentaje de la población indígena existente en esa localidad.

En la **sexta** columna Anotar el porcentaje de la población que no cuenta con seguridad social, es decir, no pertenece a ningún programa SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS OPORTUNIDADES, etc.

En la **séptima** columna se debe de anotar el número de personas que se encuentran afiliadas al Seguro Popular en la localidad descrita.

En la **octava** columna se debe de anotar el índice de marginación de acuerdo a la población en la localidad indicada.

Este cuadro puede llenarse de acuerdo al listado que proporciona el SIGPLADESS en el apartado “Descripción Poblacional”. Los datos son tomados del Censo de Población y Vivienda, INEGI 2010 y CONAPO 2010.

Es necesario llenar el espacio disponible al final de las columnas del cuadro: “Población Total” y “No. de Personas Afiliadas al Seguro Popular”, con la suma total de población de todas las localidades descritas en el área de influencia y la suma total de personas que no están afiliadas al Seguro Popular respectivamente.

La información que se describa en este numeral, debe ser congruente con el punto 1.1.12 de la Solicitud, el cual hace referencia a la población beneficiada. En el espacio “fuente” anotar la referencia de donde se obtuvieron los datos proporcionados para llenar el cuadro anterior. Para llenar este campo, puede utilizarse como herramienta de apoyo el SIGPLADESS, el cual, cuenta con diferentes capas para respaldar el área de influencia mencionada.

## 5.2 Estructura de la población sin seguridad social en la zona de influencia

En este numeral se debe de describir a la población por intervalos de edades de cuatro años (1-4, 5-9, 10-14, 15-19, etc.), que se encuentra sin seguridad social en la zona de influencia. La información que se proporcione debe de ser coherente con el tipo de Unidad que se solicita y al tipo de acción, respaldando la información proporcionada en la ficha técnica, y con el área de atención, en caso de ser un Hospital especializado.

La tabla está dividida en dos grupos, Hombres en la primera fila y Mujeres en la segunda.

Para la fila de Hombres, en la primera columna del cuadro se debe de anotar la población total de Hombres que se verán beneficiados con el proyecto en el área de influencia indicada, resaltando nuevamente que la información debe de ser coherente con el tipo de acción que se está solicitando. En la segunda columna de la misma fila se debe de anotar el número total de hombres menores de un año que se verán beneficiados con la acción solicitada.

Deben agregarse tantas columnas como sea necesario para indicar la cantidad de hombres que se encuentran beneficiados de acuerdo a ese intervalo de edad.

El mismo caso aplica para las Mujeres, en la segunda fila del cuadro.

## 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### 6.1 Principales causas de mortalidad

En este numeral indicar las 10 principales causas de mortalidad exclusivamente del área de influencia descrita previamente. Las causas de mortalidad indicadas en este punto deberán de ser coherentes con el tipo de acción que se esté solicitando,, en el caso de ser un Hospital de especialidades, las causas de morbilidad deberán ser afines a la especialidad y coherentes con la población beneficiada mencionada en la ficha técnica.

En la primera columna del cuadro se deben anotar el o los dígitos correspondientes a la causa, o grupo de causas, de acuerdo con versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En la segunda columna Anotar la descripción de la causa, o grupo de causas, incluidas en los dígitos anotados en la primera columna.

En la tercera columna se deben anotar ya sea los casos (defunciones) registrados o la tasa por mil habitantes, en el último año disponible en la fuente oficial consultada.

Además del uso de la categoría de cuatro dígitos de la CIE-10, se sugiere utilizar las agrupaciones de la Tabla Mexicana de morbilidad y mortalidad o el agrupamiento elaborado por la DGPLADES.

En el espacio fuente anotar la referencia de donde se obtuvieron las estadísticas anteriores.

### 6.2 Principales causas de morbilidad

Indicar las 10 principales causas de morbilidad, exclusivas del área de influencia descrita, es decir, las principales causas de enfermedad en ese sitio en un tiempo determinado. Las causas mencionadas deberán de tener congruencia con el tipo de Unidad que se está solicitando, en el caso de ser un Hospital de especialidades, las causas de morbilidad deberán ser afines a la especialidad y coherentes con la población beneficiada mencionada en la ficha técnica.

En la **primera** columna del cuadro se deben anotar el o los dígitos correspondientes a la causa, o grupo de causas, de acuerdo con versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En la **segunda** columna Anotar la descripción de la causa, o grupo de causas, incluidas en los dígitos anotados en la primera columna.

En la **tercera** columna se deben anotar los casos registrados o la tasa por mil habitantes, en el último año disponible en la fuente oficial consultada.

En la **cuarta** columna se debe de anotar la tasa de incidencia, es decir, los casos registrados en un periodo de tiempo concreto.

En la **quinta** columna se deben de anotar la tasa de prevalencia de dicha causa, es decir, la frecuencia de esa enfermedad en un tiempo determinado.

|                   |  |               |
|-------------------|--|---------------|
| DGPLADES          | <b>Instructivo para el llenado del Formato de Solicitud de Certificado de Necesidad para Hospital y Unidad de Especialidades Médicas (UNEME)</b> |               |
| IRP – DPM – 01.01 | Revisión 2.0 junio-2017  | Hoja 12 de 14 |

Las fuentes oficiales para estos datos son el Sistema único de información para para la vigilancia epidemiológica (SUIVE) y los registros de consulta externa.

Además del uso de la categoría de cuatro dígitos de la CIE-10, se sugiere utilizar las agrupaciones de la Tabla Mexicana de morbilidad y mortalidad o el agrupamiento elaborado por la DGPLADES.

En el espacio fuente anotar la referencia de donde se obtuvieron las estadísticas anteriores.

6.3 Prevalencia de desnutrición severa

Indique la proporción de menores de 5 años que se encuentran bajo monitoria por presentar desnutrición severa. Se debe utilizar e indicar fuente oficial.

6.4 Proporción de partos atendidos por facultativo

Indique el porcentaje de partos atendidos por médico dentro del área de influencia de la unidad solicitada. Se debe utilizar e indicar fuente oficial.

## 7. CARACTERIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

7.1 Unidad Médica existente por tipo e institución

Capturar los datos o información solicitada en cada una de las columnas con las consideraciones siguientes: los datos de la primera, segunda, cuarta y quinta columna se deben de proporcionar en todos los casos y deben de incluirse de acuerdo a las localidades previamente descritas en la descripción de la población. Este apartado puede llenarse mediante el SIGPLADESS.

De acuerdo al tipo de Unidad es necesario llenar los campos disponibles con: el número de camas censables, el porcentaje de ocupación, numero de quirófanos, salas de expulsión, la tasa de diferimiento de cirugías programadas, promedio mensual de cirugías por quirófano, promedio mensual de partos atendidos, número de consultorios generales, numero de consultorios de especialidades, promedios de consulta y promedios de tiempo de espera.

Se sugiere consultar la base de información de SINERHIAS (fuente: DGIS). En el caso de contar con información de más instituciones agregar tantas filas como sea necesario señalando la institución y tipo.

## 8. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

8.1 Nombre del solicitante

Para los fines de este procedimiento, se considera válido como nombre del solicitante al responsable del área de planeación en la entidad federativa o al Titular de los Servicios Estatales de Salud.

8.1.4 Cargo del solicitante

Indicar el cargo del solicitante.

8.1.4.1 Dependencia

Indicar la dependencia a la cual pertenece el solicitante.

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 8.1.5 Dirección del solicitante     | Indicar la dirección en la cual se recibirá la respuesta   |
| 8.1.5.6 Teléfonos                   | Indicar el, o los números telefónicos en los cuales se puede localizar al solicitante. Anotar la clave LADA.   |
| 8.1.5.7 Fax                         | Indicar el número de FAX, en los cuales se puede enviar información al solicitante.  |
| 8.1.5.8 Correo Electrónico          | Indicar la dirección de correo electrónico. (Indispensable para mantener comunicación).  |
| 8.2 Responsable de la unidad médica | <p>En este numeral se deberán de proporcionar los datos de la persona que se encuentra a cargo de la Unidad Médica.</p> <p>Este punto debe omitirse para acciones de obra nueva, en los demás casos será indispensable llenar los siguientes campos.</p> |
| 8.2.1 Nombre del responsable        | Indicar el nombre completo del responsable de la Unidad  |
| 8.2.2 Cargo del solicitante         | Indicar el cargo del responsable.  |
| 8.2.3 Dirección de la unidad        | Indicar la dirección actual de la unidad, en donde se encuentra laborando el responsable.  |
| 8.2.4 Teléfonos                     | Indicar el, o los números telefónicos en los cuales se puede localizar al responsable, así como extensiones. Además de anotar la clave LADA.   |
| 8.2.5 Fax                           | Indicar el número de FAX, en los cuales se puede enviar información al Responsable   |
| 8.2.6 Correo electrónico            | Indicar la dirección de correo electrónico del responsable para mantener comunicación.   |
| 8.3 Declaración de autenticidad     | Llenar estos campos con el nombre y el cargo de la persona que realiza la solicitud. Debe de ser coherente con los datos que proporciona en la ficha técnica de la solicitud   |
| 8.5 Firma                           | <p>La firma que se considera como válida es la del responsable de la planeación en la entidad o del titular de los Servicios Estatales de Salud.</p> <p>La falta de firma es motivo para cancelar la solicitud.</p>                                      |