Descargar Formato FRP-DPM-01.06

Introducción

El presente documento detalla las actividades de requisición del FRP-DPM-01.06 formato de solicitud del Certificado de Necesidad de infraestructura física móvil 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.

El folio de la solicitud será asignado por la Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud para cada acción de infraestructura y se conforma de la siguiente manera: SCDN-XXXX/NNN/dd-mm-aa/YY en donde:

XXXX corresponde al número identificador de cuatro dígitos, de la solicitud de certificado de necesidad recibida.

NNN abreviatura de la Entidad Federativa solicitante.

ddmmaa es el día, mes y año en que se registra la solicitud de Certificado de Necesidad.

YYY número consecutivo de solicitud de la Entidad Federativa correspondiente.

1. DATOS GENERALES

1.1 Entidad Federativa: Indicar el nombre del estado correspondiente a la ubicación de la unidad médica móvil.
1.2 Municipio: Nombre del municipio correspondiente a la ubicación de la unidad médica móvil.
1.3 Localidad: Nombre de la localidad correspondiente a la ubicación de la unidad médica móvil.
1.4 Tipo de unidad médica móvil: Indicar el nombre, código o número con el que se identifica y/o clasifica la unidad.
1.5 CLUES de la unidad de salud de adscripción: Indicar la CLUES de la unidad de servicios de salud a la que se encuentra adscrita la unidad médica móvil. No se podrá adscribir la unidad médica móvil a hospitales, oficinas estatales o jurisdiccionales.
1.6 Tipo de acción de infraestructura requerido: Marcar la casilla correspondiente a la acción solicitada para la unidad móvil; en los casos de sustitución de unidad y cambio de ruta es preciso especificar la CLUES de la unidad móvil.
1.7 Cartera de servicios a otorgar en la unidad médica móvil: Marcar las casillas correspondientes a las opciones del formato y, en caso necesario de existir otras, describirlas.

1.8 Breve descripción de las características del vehículo (infraestructura física) y del equipamiento (infraestructura de equipo): De acuerdo al tipo de acción solicitado, indicar las características del vehículo y del equipamiento tales como marca, modelo, dimensiones, dotación de personal; así como, características y distribución del equipo médico y administrativo, y de los espacios para la atención. De acuerdo al tipo de acción solicitado indicar el número de años que tiene la unidad en operación.

1.9 Costo estimado para infraestructura ($): Indicar el costo estimado en pesos mexicanos para infraestructura (el vehículo) sin considerar el equipamiento médico ni los impuestos al valor agregado (IVA) y sobre vehículos nuevos.

1.10 Costo estimado para equipamiento ($): Indicar el costo estimado en pesos mexicanos para el equipamiento médico.

1.11 Si es sustitución, motivo de la baja de la unidad móvil: En caso de que la acción solicitada sea Sustitución de Unidad médica móvil es preciso especificar el motivo de baja. (Ejemplo: Sinestro, término de vida útil, incosteabilidad de la reparación)

1.12 Cuenta con Certificado de necesidad de CENETEC: Marcar la casilla correspondiente si se cuenta o no con el Certificado de necesidad de CENETEC para el equipamiento médico.

1.13 Total de personal necesario o que ya labora en la unidad médica móvil: Indicar el número de personas que laboran en la unidad médica móvil y constituyen su dotación permanente.

1.14 Nombre de la unidad médica más cercana con capacidad resolutiva para la atención de emergencias obstétricas: Este inciso aplica solo para unidades médicas móviles del programa "Caravanas de la Salud" y se debe anotar el nombre de la unidad médica más cercana a la ruta a la cual puede referirse la población para la atención de emergencias obstétricas.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

2.1 Describa los principales motivos por los cuales se requiere el tipo de acción solicitado: Describa la o las razones por las cuales los responsables en la entidad federativa consideran necesario realizar el tipo de acción solicitado. Mencione cuál es el grupo poblacional principalmente beneficiado con la acción de la infraestructura propuesta (población en general, mujeres en edad reproductiva, población infantil, adultos mayores, etc.); explique con detalle cómo se cubre o soluciona actualmente la carencia de la infraestructura que se solicita y describa opciones de proyectos. De ser el caso, indique cuáles y cómo se fortalece a las unidades médicas existentes en el área de cobertura de la unidad médica móvil solicitada.

3. DATOS DEL ÁREA DE COBERTURA DE LA UNIDAD MÉDICA MÓVIL

3.1 Localidades atendidas: Anotar una en cada fila todas las localidades atendidas en el área de cobertura de la unidad médica móvil. En caso necesario adicionar las filas necesarias.

- Nombre de la localidad: Nombre de la localidad atendida
- Municipio: Municipio al que pertenece la localidad.
- Población Objetivo: De acuerdo al tipo de servicio que proporciona la unidad médica móvil indicar la población de la localidad que podrá ser atendida. Por ejemplo: la unidad médica móvil de odontología tendrá como población objetivo todo la población de la localidad; la unidad médica móvil de

detección de cáncer de mama, únicamente atenderá a las mujeres entre la edad susceptible a dicho padecimiento; la unidad médica móvil de vacunación atenderá a niños o adultos mayores, según el tipo de vacuna, etc.

- Distancia y tiempo a la unidad más cercana: Indicar el tiempo y distancia en kilómetros a la unidad de primer y segundo nivel mas cercana de la localidad, as como, la clave CLUES de dicha unidad médica.
- Grado de Marginación: Indicar el grado de marginación de la localidad.

3.2 En caso de nueva ruta para unidad móvil existente, señale las localidades de la ruta original que se conservan en la nueva ruta: De las localidades señalas en el punto 3.1 se debe indicar las localidades que correspondían a la ruta original.

3.3 Anote el o los nombres y CLUES de la(s) unidad(es) de primero y segundo nivel a las que refiere en el punto 3.1: Indicar el nombre en correspondencia a las CLUES especificadas en el punto 3.1.

3.4 Población objetivo total en el área de cobertura: Indicar el total de la población objetivo del área de influencia de toda la ruta de la unidad médica móvil. Este punto respaldarse con la información del punto 3.1.

3.5 Distancia y tiempo totales de recorrido de la unidad médica móvil: Indicar la distancia y tiempo total del recorrido de la unidad médica móvil para cubrir toda la ruta especificada.

3.6 Describa las condiciones del medio físico y socioeconómico de las localidades que comprenden el área de cobertura (geografía, clima, fuentes de trabajo, etc.): Describa las condiciones y principales características geográficas, físicas, socioeconómicas de las localidades y población del área de influencia, así como las principales vías de comunicación.

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

4.1 Mortalidad. Cuáles son las principales causas de mortalidad en el área de cobertura incluso materno-infantil: Proporcione las 5 principales causas de muerte y anote el número de defunciones y su tasa por cada 1,000 habitantes en el área de cobertura. Indique la fuente de consulta.

4.2 Morbilidad. Cuáles son las principales causas de morbilidad en el área de cobertura: Proporcione las 5 principales causas de morbilidad y anote el número de casos y su tasa por cada 1,000 habitantes en el área de cobertura. Indique la fuente de consulta.

4.3 Delimite en un mapa la ubicación de las localidades y de las unidades de servicios de salud en el área de cobertura de la unidad médica móvil: Identifique en un mapa del área de cobertura, la ubicación geográfica de todas las localidades y las unidades médicas existentes del área y las principales características geográficas y de vías de comunicación que se consideren relevantes.

5. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE (ÁREA TÉCNICA)

Solicitante (área técnica)

Para los fines de este formato, se considera como solicitante del área técnica al responsable de la unidad médica móvil, o del programa correspondiente, en la entidad federativa.

5.1 Nombre(s), Apellido paterno y Apellido materno: Indicar en el espacio que corresponda el o los nombres y apellidos del solicitante del área técnica.

5.2 Cargo o puesto: Indicar la cargo o puesto del solicitante del área técnica.

5.3 Firma: El solicitante del área técnica debe firmar. En caso de que haga falta esta firma la solicitud se dictaminará como No Procede.
5.4 Dirección; Calle y número, Municipio, Colonia y Entidad federativa: Indicar la dirección donde labora el solicitante del área técnica.
5.5 Teléfono: Indicar el número telefónico incluyendo la clave LADA y, en su caso, la extensión de contacto con el solicitante del área técnica.
5.6 Fax: Indicar el número telefónico incluyendo la clave LADA y, en su caso, la extensión para contacto vía Fax con el solicitante del área técnica.
5.7 Correo electrónico: Indicar el correo electrónico de contacto con el solicitante del área técnica.

6. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE (ÁREA DE PLANEACIÓN)

Solicitante (área de planeación)

Para los fines de este formato, se considera como solicitante del área de planeación al responsable del área de planeación o su equivalente en la entidad federativa.

6.1 Nombre(s), Apellido paterno y Apellido materno: Indicar en el espacio que corresponda el o los nombres y apellidos del solicitante del área de planeación.
6.2 Cargo o puesto: Indicar la cargo o puesto del solicitante del área de planeación.
6.3 Firma: El solicitante del área de planeación debe firmar. En caso de que haga falta esta firma la solicitud se dictaminará como No Procede.
6.4 Dirección; Calle y número, Municipio, Colonia y Entidad federativa: Indicar la dirección donde labora el solicitante del área de planeación.
6.5 Teléfono: Indicar el número telefónico incluyendo la clave LADA y, en su caso, la extensión de contacto con el solicitante del área de planeación.
6.6 Fax: Indicar el número telefónico incluyendo la clave LADA y, en su caso, la extensión para contacto vía Fax con el solicitante del área de planeación.
6.7 Correo electrónico: Indicar el correo electrónico de contacto con el solicitante del área de planeación.

7. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Para los fines de este procedimiento, la declaración de autenticidad la debe realizar el titular de los Servicios Estatales de Salud de la entidad federativa.

- Fecha: Fecha de término de llenado de la solicitud.
- Nombre completo: Nombre completo del titular de los Servicios Estatales de Salud
- Cargo: Cargo completo del titular de los Servicios Estatales de Salud.
- Institución: Institución en la que labora el titular de los Servicios Estatales de Salud.
- Firma: El titular de los Servicios Estatales de Salud debe firmar. En caso de que haga falta esta firma la solicitud se dictaminará como No Procede

Nota: De no contar con la información solicitada en el formato correspondiente, la solicitud será dictaminada como No Procede.