

FICHA TÉCNICA

SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS 2022

INTRODUCCIÓN

En el año de 1983 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León (ISSSTELEON), como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y órganos de gobierno propios, que tiene por objeto el establecimiento de un régimen de seguridad social con el propósito de proteger la salud y el bienestar económico de los servidores públicos, jubilados, pensionados y pensionistas del Estado de Nuevo León y sus beneficiarios.

Con fundamento en los artículos 7 inciso A) fracción I, y del 28 al 36 de la Ley del ISSSTELEON, se establece con carácter obligatorio, entre otros, el Seguro de Enfermedades, Riesgos de Trabajo y Maternidad del que gozarán los sujetos señalados en el párrafo anterior en los términos y condiciones que establece dicha Ley. Este seguro otorga el derecho a la asistencia médica y obstétrica, clínica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación apegado a las políticas, procesos y protocolos de atención, los cuales deben de garantizar una atención médica de excelencia en todos los rubros antes mencionados.

Actualmente, el ISSSTELEON requiere para la atención de sus **57,033 derechohabientes (Octubre 2021)**, los servicios médicos, de los cuales carece y por ellos se requiere contratar los siguientes servicios con terceras personas para la atención médica oportuna y adecuada, como se observa en el cuadro siguiente:

La composición de la población del ISSSTELEON se divide en los siguientes grupos de edad y género:

| Edad | Hombres | Mujeres | Total |
|---------|---------|---------|-------|
| 0 - 5 | 2,542 | 2,498 | 5,040 |
| 5 - 10 | 2,954 | 2,899 | 5,853 |
| 10 - 15 | 2,635 | 2,617 | 5,252 |
| 15 - 20 | 1,700 | 1,655 | 3,355 |
| 20 - 25 | 1,225 | 1,388 | 2,613 |
| 25 - 30 | 2,137 | 2,350 | 4,487 |
| 30 - 35 | 2,997 | 3,191 | 6,188 |
| 35 - 40 | 2,663 | 2,840 | 5,503 |
| 40 - 45 | 2,077 | 2,382 | 4,459 |
| 45 - 50 | 1,668 | 2,029 | 3,697 |
| 50 - 55 | 1,319 | 1,651 | 2,970 |
| 55 - 60 | 982 | 1,194 | 2,176 |

| Edad | Hombres | Mujeres | Total |
|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 60 - 65 | 839 | 1,052 | 1,891 |
| 65 - 70 | 548 | 742 | 1,290 |
| 70 - 75 | 399 | 515 | 914 |
| 75 - 80 | 250 | 368 | 618 |
| 80 - 85 | 124 | 232 | 356 |
| 85 - 90 | 72 | 169 | 241 |
| 90 - 95 | 34 | 57 | 91 |
| Más 95 | 12 | 27 | 39 |
| Total | 27,177 | 29,856 | 57,033 |

Con base a lo anterior, es necesario que ISSSTELEON contrate los siguientes: **Servicios Ambulatorios, del día 01 de Febrero del 2022 al 31 de Diciembre del 2022.**

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS

1. SERVICIO DE SUMINISTRO DE OXÍGENO MEDICINAL DOMICILIARIO.

| CONCEPTO | PACIENTES | DÍAS PACIENTE | |
|--|-----------|---------------|--------|
| | | MÍNIMO | MÁXIMO |
| SUMINISTRO DE OXÍGENO MEDICINAL DOMICILIARIO | 100 | 13,360 | 33,400 |

El servicio deberá incluir:

- Suministro con concentrador y/o cilindro dependiendo del flujo requerido por el paciente.
- Cánula para Oxigenoterapia Nasal que se cambiara mensualmente
- Vaso humidificador que se cambiara mensualmente
- Regulador

El servicio será supervisado por la Dirección de Servicios Médicos y para su otorgamiento se requiere receta mensual.

2. SERVICIO DE ESTUDIOS NEUROLÓGICOS

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--|--------|--------|
| ELECTROENCEFALOGRAMA | 294 | 736 |
| ELECTROMIOGRAFÍA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN | 242 | 606 |
| ESTIMULACIÓN REPETITIVA | 1 | 3 |
| POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES | 3 | 7 |
| POTENCIALES EVOCADOS VISUALES | 9 | 22 |
| VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA | 84 | 210 |
| POLIGRAFÍA | 26 | 66 |

3. REHABILITACIÓN DE ORTOPEDIA

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--|--------|--------|
| VALORACIÓN MEDICA EN CENTRO DE ATENCIÓN | 686 | 1,716 |
| VALORACIÓN MEDICA EN DOMICILIO | 13 | 33 |
| SESIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTRO DE ATENCIÓN | 10,296 | 25,740 |
| SESIÓN DE FISIOTERAPIA EN DOMICILIO | 198 | 495 |

4. SERVICIO DE AMBULANCIAS

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--|--------|--------|
| SERVICIO SENCILLO MUNICIPIO MONTERREY, N. L. | 16 | 40 |
| SERVICIO SENCILLO EN LOS MUNICIPIOS: GUADALUPE, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, APODACA, SAN PEDRO GARZA GARCÍA, SANTA CATARINA Y ESCOBEDO, N. L. | 7 | 18 |
| SERVICIO DOBLE MUNICIPIO MONTERREY, N. L. | 32 | 80 |
| SERVICIO DOBLE EN LOS MUNICIPIOS: GUADALUPE, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, APODACA, SAN PEDRO GARZA GARCÍA, SANTA CATARINA Y ESCOBEDO, N. L. | 32 | 80 |
| SERVICIO DE EMERGENCIA MUNICIPIO MONTERREY, N. L. | 480 | 1,200 |
| SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS MUNICIPIOS: GUADALUPE, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, APODACA, SAN PEDRO GARZA GARCÍA, SANTA CATARINA Y ESCOBEDO, N. L. | 7 | 18 |
| TRASLADO DE INCUBADORA EQUIPO DE TERAPIA INTENSIVA | 1 | 2 |
| TRASLADO DE PACIENTES FORÁNEOS EN FORMA TERRESTRE POR KMS | 1 | 2 |
| TRASLADO DE PACIENTE SOSPECHOSO O COVID -19 | 160 | 400 |

5. SERVICIO DE ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|--------|--------|
| RESONANCIA MAGNÉTICA | | |
| RESONANCIA SIMPLE (CUALQUIER PARTE DEL CUERPO HUMANO) | 480 | 1,200 |
| RESONANCIA SIMPLE CON CONTRASTE | 40 | 100 |
| RMN DE CEREBRO MAS ANGIO SIMPLE | 2 | 5 |
| RMN DE CEREBRO MAS ANGIO CON CONTRASTE | 2 | 5 |
| TOMOGRAFÍA | | |
| TAC DE CRÁNEO | 80 | 200 |
| TAC DE CRÁNEO CON CONTRASTE | 40 | 100 |
| TAC DE SENOS PN | 15 | 38 |
| TAC DE ORBITAS | 1 | 1 |
| TAC DE CUELLO | 20 | 50 |
| TAC DE CUELLO CON CONTRASTE | 2 | 10 |
| TAC DE COLUMNA POR REGIÓN (CERVICAL, DORSAL O LUMBAR) | 20 | 50 |
| TAC COLUMNA C/C POR REGIÓN (CERVICAL, DORSAL O LUMBAR) | 10 | 25 |
| TAC DE TÓRAX | 12 | 30 |
| TAC DE TÓRAX CON CONTRASTE | 6 | 15 |
| TAC DE OÍDO SIMPLE | 5 | 13 |
| TAC DE OÍDO C-C | 1 | 2 |
| TAC DE ABDOMEN TOTAL | 41 | 103 |
| TAC DE ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE | 13 | 32 |
| TAC DE TOBILLO | 4 | 10 |
| TAC DE TOBILLO CON CONTRASTE | 4 | 10 |
| UROTAC SIMPLE | 25 | 63 |
| UROTAC (C/CONTRASTE) | 5 | 13 |
| ANGIOTAC | | |
| ANGIOTAC CEREBRO | 2 | 5 |
| ANGIOTAC CARÓTIDAS (TRONCO SUPRAAORTICO) | 2 | 5 |
| ANGIOTAC TÓRAX | 2 | 5 |
| ANGIOTAC AORTA(TORACICA, ABDOMINAL O LAS DOS) | 2 | 5 |
| ANGIOTAC MIEMBROS INFERIORES | 2 | 5 |
| ANGIOTAC MIEMBROS SUPERIORES | 2 | 5 |
| ANGIOTAC MIEMBROS SUPERIORES ARTERIAL | 2 | 5 |

| | | |
|--|-------|-------|
| ANGIOTAC MIEMBROS SUPERIORES VENOSO | 2 | 5 |
| ANGIOTAC MIEMBROS INFERIORES ARTERIAL | 2 | 5 |
| ANGIOTAC MIEMBROS INFERIORES VENOSO | 2 | 5 |
| ULTRASONIDO | | |
| ECO SIMPLE | 28 | 70 |
| ECO DOPPLER CAROTIDEO | 6 | 16 |
| ECO DOPPLER MIEMBROS INFERIORES VENOSO | 20 | 50 |
| ECO DOPPLER MIEMBROS INFERIORES ARTERIAL | 7 | 17 |
| ECO DE ABDOMEN TOTAL | 61 | 152 |
| ECO DE VÍAS URINARIAS | 9 | 23 |
| ECO ABDOMEN SUPERIOR CON VACIAMIENTO | 1 | 3 |
| ECO DOPPLER TIROIDEO (ESPECIFICO) | 1 | 3 |
| ECO ESCROTAL SIMPLE | 32 | 80 |
| ECO ESCROTAL DOPPLER | 2 | 6 |
| ECO DE ABDOMEN SUPERIOR | 9 | 22 |
| ECO DE ABDOMEN INFERIOR | 27 | 68 |
| ECO TIROIDEO SIMPLE | 19 | 47 |
| ECO DE MUCULOESQUELETICO POR REGIÓN | 18 | 45 |
| ECO DOPPLER RENAL BILATERAL | 4 | 10 |
| BIOPSIA TIROIDES POR NÓDULO GUIADA POR ULTRASONIDO | 4 | 10 |
| ANESTESIAS | 4 | 10 |
| RAYOS X | | |
| 1 POSICIÓN | 14 | 36 |
| 2 POSICIONES | 50 | 126 |
| 3 POSICIONES | 6 | 14 |
| 4 POSICIONES | 5 | 12 |
| 5 POSICIONES | 1 | 2 |
| 6 POSICIONES | 1 | 2 |
| RODILLA 30°60°90° | 10 | 26 |
| SERIE ÓSEA METASTICA | 1 | 2 |
| TÓRAX ÓSEA | 1 | 2 |
| DENSITOMETRÍA | 64 | 160 |
| PANORÁMICA DE MANDÍBULA DIGITAL | 80 | 200 |
| MASTOGRAFÍA BILATERAL | 1,200 | 3,000 |
| ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGÍA | | |
| ELECTROMIOGRAFÍA | 32 | 80 |
| VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN | 32 | 80 |
| PRUEBA DE JOLLY | 1 | 2 |
| POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS | 6 | 16 |

| | | |
|--|----|----|
| POTENCIALES EVOCADOS VISUALES | 1 | 3 |
| POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES | 1 | 3 |
| ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL 30 MINUTOS | 28 | 71 |
| ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL 1 A 2 HORAS | 20 | 50 |

6. SERVICIO DE REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA, AUDITIVA Y FONIATRÍA

| CONCEPTO | SESIONES | |
|----------------------------|----------|--------|
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA | 226 | 564 |
| REHABILITACIÓN AUDITIVA | 18 | 44 |
| REHABILITACIÓN FONIATRÍA | 20 | 51 |

7. SERVICIO DE ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS

| ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|--------|--------|
| CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR | 30 | 76 |
| CAMPIMETRIA | 19 | 47 |
| FLUORANGIOGRAFIA | 50 | 124 |
| OCT 3 DE NERVIÓ ÓPTICO | 61 | 153 |
| OCT 3 MACULAR (CALCULO DE TOMOGRAFÍA OCULAR) | 85 | 213 |
| TOPOGRAFÍA CORNEAL | 2 | 5 |
| ULTRASONIDO MODO B | 3 | 7 |
| PAQUIMETRIA QUINETICA (PAQUIMETRIA CORNEAL) | 4 | 10 |
| FOTOCOAGULACIÓN CON LASER ARGÓN EN AMBOS OJOS | 6 | 15 |
| CAPSULOTOMIA (YAG LASER) | 6 | 15 |
| CONSULTAS | 64 | 160 |
| CIRUGÍAS | | |
| APLICACIÓN DE ANTIAGIOGENICO INTRAVITREO EN OI (LUCENTIS) | 44 | 109 |
| CATARATA | 12 | 29 |
| CHALAZION | 8 | 19 |
| SONDEO DE LAS VIAS LAGRIMALES BAJO ANESTESIA GENERAL. | 2 | 5 |
| FACOEMULSIFICACION | 8 | 19 |
| VITRECTOMIA | 6 | 15 |
| ESTRABISMO | 10 | 24 |
| TRABECULOTOMIA | 6 | 14 |

| ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS | MÍNIMO | MÁXIMO |
|------------------------------|--------|--------|
| MICROSCOPIA ESPECULAR | 4 | 10 |
| OTROS | 17 | 42 |
| CONSULTAS SUB ESPECIALIZADAS | | |
| CORNEA | 78 | 195 |
| ESTRABISMO | 65 | 163 |
| GLAUCOMA | 64 | 160 |
| OCULOPLASTICA | 37 | 93 |
| RETINA | 16 | 40 |

8. SERVICIO DE ESTUDIOS ONCOLÓGICOS

| ONCOLOGÍA | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|--------|--------|
| RADIOTERAPIAS(sesiones) | 66 | 165 |
| RADIOCIRUGÍA | 2 | 4 |
| TRATAMIENTO BRAQUITERAPIA CA. GINECOLOGÍA | 1 | 3 |
| QUIMIOTERAPIAS (sesiones) | 90 | 225 |

8.1 Descripción del Servicio de Quimioterapia y/o Centro de Infusión Subrogada a Contratar

El ISSSTELEON a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes relacionadas con aplicación de quimioterapia ambulatoria y /o de cualquier tipo de infusión, requiere que el licitante cumpla con todos y cada uno de las especificaciones que a continuación se describen y forman parte de los términos y condiciones de la presente convocatoria de servicios ambulatorios.

8.2. La Unidad de Quimioterapia y/o Centro de Infusión Subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos:

- Se encuentre debidamente acreditada por la autoridad sanitaria para brindar los servicios de aplicación ambulatoria y/o de infusión privados a pacientes adultos y pediátricos.
- Contar con capacidad instalada para atender 50 pacientes de ISSSTELEON, desde la programación de su cita, recepción del paciente y aplicación de su quimioterapia ambulatoria o infusión.
- Contar con personal de salud médico y administrativo con las credenciales que garanticen la calidad y la seguridad de los pacientes de ISSSTELEON.
- El personal deberá contar con capacitación vigente en Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) y en Basic cardiopulmonary life support (BCLS).
- Contar con al menos 8 Cubículos y/o suites, con clima y/ calefacción, para la aplicación de quimioterapia o infusión que requiera el paciente, debidamente equipada con sillón descanset, sillas para 2 familiares acompañantes y un área para lavado de manos.

- Contar con bombas de infusión para la aplicación de la quimioterapia ambulatoria y controlar su velocidad y tiempo de infusión por el personal de salud, que en todo momento verificará las condiciones del paciente.
- Orientación y/o explicación al paciente y su familiar sobre premedicación, aplicación de tratamiento y sobre posibles síntomas posteriores, entrega de contenidos educativos al paciente para consultar en casa y en caso indicado entregar medicamento para post-medicación, según indicaciones del médico.
- Contar con un almacén de material y soluciones.
- Contar con almacén de medicamentos.
- Indispensable el contar con área aislada para la preparación de la mezcla de quimioterapia con instalaciones para gabinete de bioseguridad A2 y control de citotóxicos.
- Contar con procedimiento para manejo de RP (Residuos Peligrosos) y RPBI (Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos)
- Ubicarse en dentro del área metropolitana de Monterrey
- La unidad subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia (se solicita presente el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de infusión subrogada no cuente con ambulancia propia y factura en caso de que sea propia) en caso de requerirse para: Pacientes graves o que presenten complicaciones en el área de la unidad subrogada, hasta conseguir la estabilización del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
- Deberá cumplir con las disposiciones de la **Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad. Asimismo tener la evidencia de programación de mantenimiento y limpieza periódica de la cisterna.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del ISSSTELEON.
- Contar con expediente clínico e cada paciente con registros de cada aplicación.
- Será responsabilidad del licitante contar con la implementación de filtro sanitario y protocolo establecido para el control de ingreso de pacientes y prevención de contagios de COVID-19
- El licitante que resulte adjudicado presentará los primeros 5 días de cada mes el soporte del servicio prestado, a la Dirección de Servicios Médicos, donde se llevará a cabo la conciliación correspondiente.

Responsabilidades del ISSSTELEON:

- a) El ISSSTELEON a través del servicio (Oncología), enviará al paciente con solicitud de subrogación debidamente acreditada por la Dirección Médica, con resumen médico, con vigencia actualizada y la indicación precisa de tratamiento.

- b) El ISSSTELEON será responsable de expedir, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de quimioterapia ambulatoria subrogada materia de la presente Convocatoria.
- c) El ISSSTELEON, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- d) A través de personal autorizado por el ISSSTELEON, realizará visitas de supervisión a la unidad de aplicación de quimioterapia ambulatoria subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral.
- e) Será responsabilidad del ISSSTELEON que todos los pacientes cuenten con al menos dos dosis de vacunación para SARS-COV2 al ingreso a la unidad de infusión y esquema completo para éste en los primeros 4 meses posteriores al ingreso.

9. SERVICIO DE ESTUDIOS OTOLÓGICOS

| ESTUDIOS OTOLÓGICOS | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--|--------|--------|
| AUDIOMETRÍA AUTOMÁTICA DE BEKESY | 1 | 3 |
| AUDIOMETRÍA DE ALTAS FRECUENCIAS | 1 | 3 |
| AUDIOMETRÍA TONAL Y LOGOAUDIOMETRÍA | 50 | 126 |
| IMPEDANCIOMETRIA / TIMPANOMETRIA CON REFLEJO ESTAPEDIAL IPSI | 3 | 7 |
| POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS | 11 | 28 |
| PRUEBAS COCLEOVESTIBULARES (COMPLETAS) | 8 | 19 |
| REFLEJO ESTAPEDIAL IPSILATERAL Y CONTRALATERAL | 3 | 8 |
| TIMPANOMETRIA | 12 | 30 |
| TIMPANOMETRIA CON REFLEJO ESTAPEDIAL IPSILATERAL | 5 | 12 |

10. SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

El ISSSTELEON a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, mismo que se señala en el **Anexo 1** de requerimientos de las unidades médicas; por lo que, el licitante participante deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen en los términos y condiciones establecidos en la presente ficha técnica:

Anexo 1

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--------------------------|--------|--------|
| SESIONES DE HEMODIÁLISIS | 2,640 | 6,600 |

10.1 La Unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos:

- Se encuentre debidamente acreditada por la autoridad sanitaria para brindar los servicios de hemodiálisis privados
- Ubicarse en dentro del área metropolitana de Monterrey
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia (se solicita presente el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia y factura en caso de que sea propia) en caso de requerirse para:
- Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas de "Infraestructura, Equipamiento y Suministro", en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts.
- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
- Deberá cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del ISSSTELEON.
- El licitante deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, asegurando al menos las sesiones anuales por cada máquina para la atención de cada uno de los pacientes del ISSSTELEON dentro del requerimiento. Apegándose al horario de servicio que será de las 7 a las 21 horas, de lunes a sábado; incluso días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con la Dirección Médica del ISSSTELEON.
- El licitante que resulte adjudicado del servicio, debe garantizar el equipo y bienes de consumo específicos para pacientes pediátricos.
- Debe contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos.

10.2. La unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá ofrecer los siguientes servicios al paciente:

- A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el proveedor del servicio, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo al formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.
- El prestador del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y libre de complicaciones médicas en cualquiera de sus modalidades para cada paciente.
- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente.
- A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del prestador de servicio, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y, la atención de las complicaciones que se presenten.

10.3 En cada procedimiento de Hemodiálisis, en las etapas pre-, trans- y post- Hemodiálisis, se deberá determinar y registrar por cada paciente lo siguiente:

- Peso, del paciente pre- y post- diálisis, presión arterial pre-, trans- y post- diálisis, temperatura pre- y post- diálisis, frecuencia cardíaca pre-, trans- y post- diálisis, verificar heparinización tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, K/tv, signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis. Las mediciones tomadas por la máquina de hemodiálisis deben registrarse en el sistema de información del ISSSTELEON.
- Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.
- Eventos relevantes y complicaciones.
- Medicamentos administrados.
- Transmitir a la base de datos central del ISSSTELEON, al finalizar la sesión de hemodiálisis, los datos registrados en el sistema de información, mediante mensajería HL7.
- Establecer los mecanismos necesarios para manejo de identidad, al iniciar y finalizar la sesión de hemodiálisis, de acuerdo a la **ETIMSS 5640-023-004**.

10.4 Posteriormente, la unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica:

- En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, TGO (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C).
- Trimestral: Cinética de hierro: Ferritina, transferrina, albúmina, proteínas totales.
- Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
- Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.

Para lo cual el prestador del servicio deberá presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado y vigente, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.

10.5. La adecuación de la hemodiálisis se deberá realizar mensualmente en forma individualizada para cada paciente y se deberá cumplir con los siguientes parámetros:

- A) Clínicos: sin datos de uremia, control óptimo de la presión arterial, sin datos de retención hídrica y con peso seco en forma individual.
- B) Bioquímicos:
 - Kt/v monocompartmental igual o mayor de 1.2 (por sesión, con mensual/Semanal de este parámetro. O que se acepte este parámetro como calculado en base tablas de KtV)
 - URR igual o superior al 65% (cotizar la química sanguínea post-hemodiálisis una vez al mes/semana para poder calcular este parámetro)
- C) Para aquellos pacientes que su condición clínica/bioquímica lo amerita, se pondrá a consideración por parte del prestador de servicios administrar sesiones adicionales de hemodiálisis a los pacientes que así lo requieran para buscar una mejora en las condiciones generales de salud de las personas atendidas (Este lo puse yo, porque lo habitual es que hay pacientes que no están en buenas condiciones y hay que contemplar sesiones adicionales)

10.6 Constancias con las que deberá contar el prestador del servicio

- a) Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario de acuerdo con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- b) Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- c) Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.
- d) Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto, cuenta con certificación vigente o se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
Durante la vigencia del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx/>), que la clínica en donde se preste los servicios se encuentre vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis.
- e) Certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen.

10.7.-Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas:

- En caso necesario de **transfusión de componentes sanguíneos**, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.
- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la **NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana"**.
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El licitante deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- **Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana**, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.
- **Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el numeral 2.1.4 del presente documento.**

10.8.- Responsabilidades del ISSSTELEON:

- f) El ISSSTELEON a través del servicio (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación debidamente acreditada por el jefe de servicio adscrito a la Dirección Médica, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo TGO, TGP, proteínas totales, albúmina panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.

- g) El ISSSTELEON será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada materia de la presente Convocatoria.
- h) El ISSSTELEON, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- i) El ISSSTELEON dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.
- j) A través de personal autorizado por el ISSSTELEON, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral,
- k) Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
- l) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.
- m) En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional (esto se contrapone con lo establecido en apartados previos que el proveedor de servicios era el responsable)
- n) Será responsabilidad del ISSSTELEON que todos los pacientes cuenten con al menos dos dosis de vacunación para SARS-COV2 al ingreso a la unidad de hemodiálisis y esquema completo para éste en los primeros 4 meses posteriores al ingreso.

10.9 Responsabilidades del prestador del servicio subrogado:

1. Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en el contrato del cual resulte adjudicado y conforme a lo señalado en los apartados ***“La unidad de hemodiálisis subrogada deberá de cumplir con los siguientes puntos”***; ***“La unidad de hemodiálisis subrogada deberá ofrecer los siguientes servicios al paciente”***; ***“En cada procedimiento de hemodiálisis en las etapas pre- trans- y post- hemodiálisis, se deberá determinar y registrar por cada paciente lo siguiente”***; ***“Posteriormente la unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica”***; ***“La adecuación de la Hemodiálisis se deberá realizar mensualmente en forma individualizada para cada paciente y se deberá de cumplir con los siguientes parámetros”***; ***“Constancias con las que deberá contar el prestador del servicio”***; ***“Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas”***; ***“Responsabilidades del prestador del servicio subrogado”***; ***“Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas”***; ***“Características de la unidad de hemodiálisis en donde se subrogará el servicio”***,” ***Requisitos del agua a utilizar en hemodiálisis”***; ***“Sistema de información del servicio de hemodiálisis subrogada”*** y ***“Lugar, plazo y condiciones de la prestación del servicio”***,
2. Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.
Deberá entender por complicaciones:
 - Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia (cotizar los antibióticos), arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en

fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.

- Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
 - 1.- De la manipulación del catéter.
 - 2.- Disfunción inherente del catéter.
 - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
 - Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
 - 1.- De la manipulación o cateterización.
 - 2.- Disfunción inherente del acceso.
 - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
3. Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindado la siguiente información:
- Un resumen clínico del caso;
 - Detalle de la complicación;
 - Atención que se brindó, y
 - Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.

4. Deberá enviar al Jefe de Servicio: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.
5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión
6. La unidad de hemodiálisis subrogada deberá hacer uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis.

Es responsabilidad estricta del proveedor del servicio asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la **NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis"** y las recomendaciones de la AMMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para el proveedor contar con el reporte original de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio y en operación con la periodicidad bimestral y anual correspondiente.

7. Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
8. Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.

11. SERVICIO DE ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--|--------|--------|
| GAMAGRAFIA TIROIDEA NAI 131 I | 4 | 9 |
| GAMAGRAMA CARDIACO PERFUSORIO C/SESTAMBI | 1 | 2 |
| GAMAGRAMA ÓSEO | 6 | 15 |
| GAMAGRAMA ÓSEO 3 FASES (DINÁMICO, INMEDIATO, TARDI | 1 | 2 |
| GAMAGRAMA ÓSEO CUERPO ENTERO PLANAR | 8 | 21 |
| GAMAGRAMA REFLUJO GASTROESOFAGICO + VACIAMIENTO GA | 2 | 5 |
| GAMAGRAMA RENAL | 6 | 14 |
| GAMAGRAMA RENAL MAG III | 3 | 7 |
| GAMAGRAMA TIROIDES | 1 | 3 |
| PAQUETE GAMAGRAMA RENAL DMSA | 3 | 7 |
| PAQUETE GAMAGRAMA RENAL FUNCIÓN | 1 | 2 |
| URODINAMIA | 33 | 82 |
| UROFLUJOMETRÍA y MEDICIÓN DE ORINA RESIDUAL | 5 | 13 |
| PET SCAN | 9 | 22 |

12. SERVICIOS DE ESTUDIOS DE CARDIOLOGÍA

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|--------|--------|
| ECOCARDIOGRAMA AVANZADA | 47 | 117 |
| ECOCARDIOGRAMA SIN STRESS | 25 | 62 |
| ECOCARDIOGRAMA STRESS CON BANDA DE ESFUERZO | 38 | 95 |
| ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA | 33 | 82 |
| ECOCARDIOGRAMA STRESS TRANSTORACICO | 21 | 53 |
| ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO | 9 | 22 |
| ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO ADULTO | 154 | 384 |
| ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO PEDIATRICO | 16 | 41 |
| HOLTER RITMO | 84 | 209 |
| HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL | 60 | 149 |
| HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HRS | 54 | 134 |
| HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO DE 24HRS | 43 | 108 |
| PRUEBA DE ESFUERZO ELÉCTRICA | 10 | 25 |
| PRUEBA DE ESFUERZO EN BANDA | 64 | 161 |
| PRUEBA DE INCLINACIÓN | 12 | 29 |
| PRUEBA DE MESA INCLINADA | 7 | 17 |

13. SERVICIO DE ESTUDIOS PULMONARES

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|--------|--------|
| ESPIROMETRIA CON BRONCODILADORES | 169 | 422 |
| ESPIROMETRÍA SIMPLE | 42 | 106 |
| PLETISMOGRAFÍA CON DLCO | 184 | 459 |
| POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA POR (1) NOCHE | 92 | 230 |
| POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA POR (2) NOCHES | 12 | 31 |
| PRUEBA DE CAMINATA EN 6 MINUTOS | 4 | 11 |
| PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR | 9 | 22 |
| TRANSFERENCIA MONÓXIDO DE CARBONO (DLCO) | 18 | 44 |
| REHABILITACIÓN PULMONAR 18 SESIONES (6 SEMANAS) | 34 | 85 |

14. SERVICIO DE ESTUDIOS UROLÓGICOS

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|--------|--------|
| URODINAMIA | 33 | 82 |
| UROFLUJOMETRIA Y MEDICIÓN DE ORINA RESIDUAL | 5 | 13 |

15. SERVICIO DE ESTUDIOS DE GASTROENTEROLOGÍA

| CONCEPTO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|-------------------------|--------|--------|
| FIBROSCAN | 13 | 32 |
| PHMETRIA DE IMPEDANCIA | 19 | 48 |
| ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO | 1 | 3 |
| ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS | 152 | 380 |

16. SERVICIO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Se deberá de cumplir con el equipo, insumos e instrumental necesarios para la realización de los siguientes procedimientos:

| PROCEDIMIENTO AMBULATORIO | ANUAL |
|---------------------------|-------|
| Cirugía dermatológica | 5 |
| Cirugía menor general | 196 |

| PROCEDIMIENTO AMBULATORIO | ANUAL |
|---------------------------------------|--------------|
| Cirugía plástica menor | 189 |
| Endoscopías (digestiva) | 141 |
| Cirugía menor otorrinolaringología | 5 |
| Cirugía menor urológica | 180 |
| Cirugía artroscópica | 142 |
| Cirugía odontológica | 90 |
| Colocación – retiro de catéteres | 36 |
| Otras | 116 |
| TOTAL, DE PROCEDIMIENTOS ANUAL | 1,100 |

ISSSTELEON realiza procedimientos diagnósticos y de tratamiento en pacientes que no requieren hospitalización, con un tiempo promedio de estancia de 6 horas.

El establecimiento de atención de cirugía ambulatoria deberá de contar con un responsable sanitario y permiso para cirugía ambulatoria de acuerdo con la legislación y normatividad vigente (NOM-016-SSA3-2012, NOM-026-STPS-2008, NOM-026-SSA3-2012, NOM-030-SSA3-2013), relacionada con infraestructura así como de anestesiología y deberá de cumplir con las áreas limitadas (negra, blanca y gris) y tener la siguiente infraestructura:

- a) Preoperatorio
- b) Prelavado
- c) Quirófano
- d) Área para realización de endoscopías
- e) Central de Enfermería
- f) Recuperación
- g) Central de Esterilización y Equipos (CEYE)
- h) Área de médicos
- i) Vestidores y Sanitarios

En donde se realizarán procedimientos quirúrgicos de corta estancia y mínima invasión de las diferentes especialidades quirúrgicas, así como procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos; por lo que deberá de contar con una serie de especificaciones técnicas de equipo e instrumental que se enlistan a continuación:

a) Preoperatorio

Capacidad para la estancia de 2 pacientes. Cada cubículo independiente, con elemento divisorio de material antibacteriano, respetando la privacidad del paciente. El área deberá contar con:

| Mobiliario |
|--|
| Camilla de observación (camilla para procedimientos) |
| Banco de altura |

| Mobiliario |
|--|
| Banco giratorio |
| Portavenocclisis rodable |
| Dispensador de alcohol-gel |
| Bote basura municipal, con ruedas |
| Bote basura para RPBI, con ruedas (Cubeta y porta cubeta rodable) |
| Contenedor rígido para RPBI (Soporte fijo para evitar derrame) |
| Equipo |
| Estuche de diagnóstico completo |
| Estetoscopio adulto y pediátrico |
| Esfigomanómetro anerode (o su equivalente tecnológico), y con brazalete pediátrico (#8 y #9) |
| Termómetro Digital |
| Monitores de signos vitales con pulsoxímetro y temperatura digital |
| Monitor cardiaco |
| Reloj de pared con segundero |
| Bomba de infusión |
| con tomas de oxígeno y de aire comprimido |
| Equipo de fluroscopia |

b) Quirófano

Las salas de quirófano deberán de cubrir el número de procedimientos anuales y disponer de lo necesario para suministrar oxígeno y óxido nitroso con instalaciones fijas a partir de una central de gases y hacer succión de gases, líquidos o secreciones con instalaciones fijas especiales o sistemas portátiles.

Deberá contar con Circuito Cerrado por Televisión (CCTV)

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS

- Almacenamiento interno 500 Gb
- Grabador Digital (NVR) 16 canales
- Mínimo 9 Cámaras tecnología Ip, Visión nocturna y Sensor de movimiento

Red de Voz, Datos y Video

La Red LAN, deberá ser alterna a la institución que proveerá los servicios médicos y/o hospitalarios. La instalación y la conexión de puntos de cada unidad deberán contener las especificaciones plasmadas por el ISSSTELEON y deberá de conectar cada uno de los diferentes edificios donde se provean servicios del ISSSTELEON mediante fibra óptica en cada uno de cuartos de telecomunicaciones asignados; las cuales serán exclusivamente administradas por el personal del ISSSTELEON que se designe para tal efecto.

El licitante deberá de contar con un Site, con espacio para 1 Rack abierto de 19", que cuente con control de Acceso, Debe Proporcionarse Cobertura Inalámbrica en las Diferentes Áreas e instalación de internet

de velocidad mínima de 100 megas.

| Equipo | Característica |
|---------------------------------------|---|
| Cableado estructurado | Cableado categoría 6 o 6A, deberá incluir misceláneos de instalación y puesta a punto, escaneo de nodos y entrega de reporte conforme las normas de instalación. |
| Switch | 48 puertos POE 10-100-1000 y deberá contar con los dispositivos para conectividad que se necesiten según su configuración. |
| Switch | 24 puertos POE 10-100-1000 y deberá contar con los dispositivos para conectividad que se necesiten según su configuración. |
| UTM 200 a 300 usuarios | Equipo de seguridad: Firewall, VPN, Anti spam, Antiphishing, Anti Spyware, Filtrado de contenido, IDS/IPS, Licenciamiento anual e incluya renovación anual, servicio de configuración y puesta a punto. |
| Rack Abierto 19" | Para cuartos de Telecomunicaciones |
| organizador vertical | Para Rack de 19" |
| organizador horizontal | Para Rack de 19" |
| Panel de Parcheo 48 Puertos | Para Rack de 19" |
| Barra de contactos para Rack de 19" | Para Rack de 19" |
| Distribuidor de F.O para 4 conectores | Para Rack de 19" |
| 20 Patch cord 2.1 ft cat 6 | Categoría 6 o 6ª |
| 20 Patch cord 1.1 ft cat 6 | Categoría 6 o 6ª |
| 1 UPS | Para Rack de 19" de 2 KBA |

Video

La Red de video deberá ser alterna a la de voz y datos y contar con todos los misceláneos y equipo de instalación para su funcionamiento.

| Equipo | Característica |
|---|--|
| Un NVR para cámaras de circuito cerrado | 16 Canales (Requerimiento mínimo) |
| Mínimo 10 cámaras Interior y exterior tecnología IP | IP 4 Megapixel con día/noche verdadero que entrega imágenes a color en condiciones de luz baja sin afectar la imagen e incluya instalación y puesta a punto. |

Telefonía

| Equipo | Características |
|--------------|---|
| Teléfonos IP | Compatible con la versión de Callmanager que el ISSSTELEON cuente |

Servicios de TI

El licitante deberá proporcionar en cada red de datos local LAN un servicio de internet dedicado de 20Mb así como un servicio de internet no dedicado de al menos 200Mb de respaldo.

Recuperación

Capacidad para la estancia de 2 pacientes. Cada cubículo independiente, con elemento divisorio de material antibacteriano, respetando la privacidad del paciente. Para el área contar con:

| Mobiliario |
|---|
| Camilla de observación (camilla para procedimientos) |
| Banco de altura |
| Banco giratorio |
| Portavenoclisis rodable |
| Dispensador de alcohol-gel |
| Bote basura municipal, con ruedas |
| Bote basura para RPBI, con ruedas (Cubeta y portacubeta rodable) |
| Contenedor rígido para RPBI (Soporte fijo para evitar derrame) |
| Equipo |
| Portachalecos |
| Estuche de diagnóstico completo |
| Estetoscopio adulto, pediátrico según el caso |
| Esfigomanómetro aneroide (o su equivalente tecnológico), y con brazalete pediátrico (#8 y #9) |
| Termómetro Digital |
| Monitores de signos vitales con pulsoxímetro y temperatura digital |
| Monitor cardiaco |
| Reloj de pared con segundero |
| Bomba de infusión |
| Tomas de oxígeno y de aire comprimido |
| Silla de ruedas |

c) Central de Enfermería

Un módulo de central de enfermería, con vista hacia los cubículos de pacientes en preoperatorio y en recuperación.

| Mobiliario |
|---|
| Módulo de trabajo: mostrador con escritorio |
| Teléfono |

| Mobiliario |
|---|
| Sillas para el personal |
| Porta expedientes clínicos |
| Área para la guarda de cosas del personal |
| Área para resguardo de material e insumos |
| Bote para basura municipal |
| Bote para Residuos Peligrosos Infeccioso (RPBI) |
| Contenedor rígido para RPBI |
| Lavabo (Suficiencia y sistema de abasto de insumos: jabón líquido, toallas desechables) o en su defecto Dispensador de alcohol-gel. |
| Despachador de jabón |
| Despachador de toallas desechables, en caso de que aplique. |
| Mueble para guarda de equipo e insumos |
| Equipo |
| Mesa de mayo con charola |
| Mesa Pasteur |
| Esfigomanómetro anerode (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazalete pediátrico |
| Estuche de diagnóstico completo |
| Termómetro digital |
| Estetoscopio adulto o pediátrico, según el caso |
| Glucómetro digital |
| Electrocardiógrafo con adaptador de pinza |
| Gasómetro |
| Báscula adulto o pediátrico (pesa bebés), según el caso |
| Estadímetro |
| Baño de artesa (pacientes pediátricos) |

Carro de Paro (Rojo o Azul)

Accesible para el área de Emergencias. El número será de acuerdo a infraestructura del establecimiento.

Cumplimiento con:

- Monitor-Desfibrilador con paletas para adulto y pediátricas.
- Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).
- Tanque de Oxígeno
- Candados de plástico en suficiencia de fácil apertura y con número de folio

| Lugar | Insumo | Cantidad* |
|---|--|-----------|
| CARRO ROJO: Contenido por cajón. PRIMER CAJÓN. | Agua inyectable. | 10 |
| | Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml. | 6 |
| | Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml. | 10 |
| | Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml. | 5 |
| | Atropina solución inyectable 1 mg / 1 ml. | 10 |
| | Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g). | 20 |
| | Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. | 5 |
| | Dobutamina solución inyectable 250 mg. | 5 |
| | Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. | 5 |
| | Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml | 2 |
| | Midazolam solución inyectable 5 mg / ml | 5 |
| | Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml. | 5 |
| | Furosemide solución inyectable 20 mg / 2 ml. | 5 |
| | digoxina ampula .5 mg | 2 |
| | hidrocortisona 500 mg ampula | 5 |
| | verapamil amp | 5 |
| | Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%. | 5 |
| | Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría) 10% (neonatología). | 2 |
| | Hidrocortisona solución inyectable 100 mg. | 5 |
| | Aminofilina 250 mg sol iny | 5 |
| | Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml | 2 |
| | Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg | 2 |
| | Sulfato de Magnesio solución inyectable 1 g. / 10 ml. | 5 |
| Lidocaína solución inyectable al 2%. | 1 | |
| CARRO ROJO: Contenido por cajón. SEGUNDO CAJÓN. | Parches para electrodo (adulto, pediátricos, neonatales). De cada uno | 20 |
| | Catéter venoso central (4-5-7 fr) de cada uno | 2 |
| | Catéter para vena periférica (14,16,17,18, 20, 22, 24 fr) d cada uno | 2 |
| | Llave de tres vías. | 5 |
| | Sonda de aspiración. 12 y 18 de cada una | 2 |
| | Jeringas de 5, 10, 20 ml. de cada una | 10 |
| | Agujas hipodérmicas. | 10 |
| | Equipo de venoclisis con microgotero. | 5 |
| | Cinta umbilical | 5 |
| Equipo de venoclisis con normogotero. | 5 | |

| Lugar | Insumo | Cantidad* |
|--|---|-----------|
| CARRO ROJO: Contenido por cajón. TERCER CAJÓN. | Cánulas endotraqueales: N° 2, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5, 10 FR. De cada una | 2 |
| | Catéter umbilical. | 2 |
| | Aguja intraósea (14, 16, 18). De cada uno | 2 |
| | Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto). | 1 |
| | Lidocaína con atomizador manual al 10%. | 1 |
| | Cánulas de Guedel: 0, 1, 2, 3, 4, 5, y 6 FR | 2 |
| | Mango de laringoscopio. | 1 |
| | Hojas rectas: 0, 1, 2, 3, 4, 5 de cada una | 1 |
| | Hojas curvas: 00, 0, 1, 2, 3, 4.5 de cada una | 1 |
| | Guantes. | 20 |
| | Tela adhesiva. | 2 |
| CARRO ROJO: Contenido por cajón. CUARTO CAJÓN Y ANEXOS. | sonda foley 10,12,14,16,18 de cada una | 2 |
| | sonda nasogastrica 10,12,16 de cada una | 2 |
| | Manitol 250 ml | 2 |
| | Agua inyectable 500 ml | 2 |
| | sonda intrapleural 10,12,36 de cada una | 2 |
| | pleurovac | 1 |
| | pneumokit | 1 |
| CARRO ROJO: Contenido por cajón. QUINTO CAJÓN | Bolsa autoinflable para reanimación neonatal, pediátrica y adulto. Dc/una | 2 |
| | Mascarillas: neonatales (prematuro, término), 2, 3. c/una | 2 |
| | Mascarilla laríngea (1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 4.0). En UCIN solo número 1 y 1.5. | 1 |
| | Extensión para oxígeno. | 2 |
| | Puntas nasales. | 2 |
| | Solución Hartman inyectable 1000 ml. | 5 |
| | Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 1000 ml. | 2 |
| | Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml. | 2 |
| Hemacel solución inyectable 500 ml. | 2 | |
| CARRO ROJO: Contenido por cajón PARTE SUPERIOR | gel electroconductor | 1 |
| | cables de marcapaso | 1 |
| | parches de marcapaso adulto y pediátrico de cada uno | 1 |

* Garantizar la suficiencia de dichos medicamentos e insumos de manera permanente.

d) Centro de Esterilización y Equipos (CEyE)

La Central de Esterilización y Equipos (CEyE) debe ubicarse de manera estratégica para que permita el

acceso de personal a través de un filtro de aislamiento; se comunica por una ventanilla con el pasillo blanco que comunica a la sala de operaciones para la entrega de material estéril. Asimismo, debe contar cuando menos con una ventanilla de comunicación a la circulación negra, para la entrega de material estéril a los otros servicios y para la recepción de material prelavado.

Por disposiciones de la Secretaría de Salud, los centros de esterilización deberán cumplir con una serie de condiciones que le permitan garantizar los estándares de calidad y seguridad que la Norma Oficial recomienda (NOM-016-SSA3-2012).

Se requerirá de las siguientes áreas:

1. Área roja o contaminada
2. Área gris o limpia
3. Área blanca o estéril

Cada área deberá de estar bien definida con separación física y el área blanca o estéril con comunicación al área de Quirófano.

De los métodos de esterilización, deberá de contar con:

- a. Sistemas de esterilización físicos por calor húmedo (Autoclave de vapor)
- b. Químicos (Autoclave de plasma de peróxido de hidrogeno)

Por disposiciones de la Secretaría de Salud, los centros de esterilización deberán cumplir con una serie de condiciones que le permitan garantizar los estándares de calidad y seguridad que la Norma Oficial recomienda, por lo que se requiere del siguiente equipo para tal cumplimiento:

1. Estación de sellado, marca Belimed o equivalente
2. Esterilizador de plasma marca Belimed Modelo HMTS SES o equivalente con pantalla LCD.
3. Impresora térmica, ciclo de esterilización de 35 a 40 minutos. Agentes esterilizante peróxido.
4. Lavadora para equipo de endoscopia e instrumental marca Belimed, Modelo GEYSIR o equivalente.
5. Esterilizador de vapor o plasma marca Belimed Modelo 3.3.9 o equivalente, esterilizador de utensilios sólidos y porosos, tecnología TFT, detector de aire, sistema EDP, conexión al circuito de agua de enfriamiento.
6. Anaquel para estación de sellado de acero inoxidable.
7. Barra para papel crepado.
8. Puerta ventana
9. Timbre en área prelavado

f) Gestión y Seguridad de las Instalaciones

Las instalaciones asignadas deberán de cumplir con la normatividad vigente de diseño, infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y de consultorios de atención médica, estar en buenas condiciones generales, sin humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes sin fuga de agua, gas o aire.

Contar con facilidades arquitectónicas, ruta acceso y salida, considerando las necesidades especiales de

las personas con discapacidad y adultos mayores; así mismo, el acceso para Ambulancia y traslado de pacientes.

- **Equipo Médico**

Se deberá cumplir con lo siguiente:

- Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico de acuerdo con el inventario.
- Personal Biomédico, con las competencias para la realización de mantenimiento preventivo y correctivo
- En equipo a comodato, mantenimiento preventivo y correctivo con el licitante.
- Aseguramiento de los procesos con reposición de equipo en el caso de que se tenga que retirar del área para su reparación o se requiera cambio por uno nuevo.

- **Servicios Prioritarios para la Operación**

Instalaciones con iluminación apropiada y completa, con instalaciones hidrosanitarias y eléctrica en buen estado. Garantizar los siguientes servicios las 24 horas del día los 365 días del año.

- Electricidad:
 - o Áreas prioritarias con protección de planta de emergencia: Protección de red de frío (Vacunas, Medicamentos) y Quirófano.
- Agua, bajo controles de normatividad de acuerdo a su utilización.
- Áreas climatizadas de acuerdo a la normatividad vigente.

- **Servicios autorizados para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.**

Asegurar el manejo adecuado de materiales, sustancias y residuos peligrosos que incluyen productos químicos, residuos patológicos y anatómicos, fármacos, químicos peligrosos, etc.

- Contrato: Transporte y Tratamiento mediante compañía autorizada por la Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), con la recolección no mayor a 7 días, de acuerdo con la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 en su clasificación de establecimientos generadores de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (R.P.B.I.), ISSSTELEON está clasificado como nivel III.
- Manejo y desecho de medicamento caducos, con compañía autorizada por la Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT).

Existencia de almacén temporal o destino final del R.P.B.I., de acuerdo a la normatividad vigente.

- **Limpieza y Desinfección de áreas**

Personal:

- Personal de limpieza con experiencia en limpieza y desinfección de áreas clínicas.
- Disponibilidad de personal de limpieza las 24 horas del día los 365 días del año.
- Personal afiliado a un Instituto de Seguridad Social.

- Contemplar en el personal: Horarios para capacitación sobre las políticas y procedimientos del Instituto.

Equipo/Insumos:

- Carros de limpieza.
- Productos químicos a utilizar autorizados por Comité de Infecciones del Instituto, identificados con nombre del producto y rombo de seguridad de acuerdo a la National Fire Protection Association (NFPA 704)
- Productos con fichas técnicas.
- Cumplimiento de utensilios específicos por áreas (trapeadores, trapos o paños de colores de acuerdo a uso)
- Cubetas con doble cubo para limpieza de áreas.
- Suministro de Equipo de Protección Personal (EPP) de acuerdo al riesgo.

- **Servicios Fauna Nociva**

Servicios de fumigación, certificados, que cumplan con la normatividad vigente.

- **Todas las áreas deberán estar climatizadas**

Otros Servicios

Ambulancia

El Centro de Cirugía Ambulatoria, deberá de tener la capacidad de trasladar a todo paciente que lo requiera a otro establecimiento o nivel de atención para continuar con su atención. La referencia del paciente incluye:

- Servicios de Urgencia
- Hospitalización

Se deberá tener:

- Servicio de ambulancia para traslado de pacientes
- Servicio de ambulancia de urgencias básicas
- Servicio de ambulancia de cuidados intensivos

Los servicios de ambulancia deberán de cumplir con la legislación y normatividad vigente de la Secretaría de Salud y Tránsito Municipal aplicables.

Todos los procedimientos médicos y quirúrgicos serán realizados única y exclusivamente por el personal médico del ISSSTELEON.

Consumos enunciativos más no limitativos en este catálogo

Monterrey, Nuevo León, diciembre 2021



DRA. MA. GUADALUPE GARZA SAGÁSTEGUI
DIRECTORA DE SERVICIOS MÉDICOS DE ISSSTELEON

isssteleon.gob.mx

Matamoros 319 Pte., Monterrey, Nuevo León. Tel. (81) 2033.9000

@gob_Nuevo León   