

## Desarrollo Rural Integral

La atención al sector campesino ha sido una constante de rango principal en las políticas del Estado mexicano. Sin duda, los principales esfuerzos para conseguir la mejoría social entre la población del sector han dependido de los impactos de las acciones económicas: reparto, crédito, subsidios, etcétera, lo que es comprensible porque, en cualquier caso, es fundamental dinamizar la economía campesina, y generar así las condiciones de modernización del sector. Sin embargo, nunca se perdió de vista que era necesario cumplir con una serie de acciones que en lo estrictamente sociocultural beneficiaran a la población rural.

En este sentido, el papel de la educación ha sido no sólo prioritario sino ejemplar, tal como lo constata el desarrollo de la escuela rural, en un primer periodo, y luego, complementándola, la cada vez mayor red de escuelas técnicas agropecuarias, y de instituciones especializadas a las que asisten los hijos de los campesinos.

Otro aspecto de primera importancia, pero atendido más tardíamente es el de la salud. Efectivamente, aunque las diversas campañas sanitarias llevadas a cabo por la Secretaría de Salubridad tuvieron gran penetración y espléndidos resultados en el campo, no bastó con ello para satisfacer una serie de necesidades de atención médica de diverso tipo.

Y si ya de suyo, los problemas de educación y asistencia a la salud, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo, representaron un déficit importante en la atención a los campesinos, el problema se ha mantenido, pues dificultan su solución el aislamiento, el tamaño de las comunidades y su dispersión que hacen todavía más difícil la prestación de los servicios.

Desde fines de los años sesenta se empezó a acrecentar la conciencia del grave rezago, en diversos grados, pero todos preocupantes, que sufrían amplias capas campesinas. Ello dio lugar al concepto de Bienestar Rural Integral. Con él se asumió que no era atendiendo a uno sólo de los factores ya fuera la productividad, la educación, o cualquier otro, cómo se conseguiría incorporar a la población campesina, ya no se diga al bienestar medido por lo alcanzado por la población urbana, pero ni siquiera a los mínimos satisfactores de sus necesidades.

De este enfoque nacieron los programas y planes que se presentan en esta sección y que se han recogido no sólo por los motivos anteriores, sino también porque incorporarán medios y recursos mucho más modernos, técnicamente más desarrollados, administrativamente mejor integrados y coordinados, con lo que pudieron, por fin, propiciar una cobertura y un efecto mucho mayores.

El primer esfuerzo en este sentido, es el programa de Televisión Rural. Este se crea por un decreto de febrero de 1972, que aquí se reproduce. Destaca no sólo por sus propósitos, sino porque dio lugar a una escuela de acciones que han hecho posible la extensión de los servicios educativos al campo en medida considerable.

Este esfuerzo pionero no sólo sirvió para impulsar la educación formal sino para transmitir a los campesinos toda una masa de información hasta entonces ajena a ellos. Asimismo, inauguró un proceso por el cual, cada vez más, el

recurso de la televisión se fue utilizando y generalizando, hasta desembocar en la década de los ochenta, en una creciente red de estaciones estatales. La importancia y el impacto de ésta todavía no ha sido considerada en toda su dimensión, y es posible, que ni siquiera se esté obteniendo, a estas fechas todo el provecho que encierra. Sin embargo, se trata de una vertiente de la política social del Estado que, lejos de pertenecer a lo que se considera su parte “adiposa” o suntuaria, representa un recurso fundamental al servicio de la modernización auténtica, la integración cultural y la expansión regional y local.

En el año de 1974 se inauguró el que propiamente constituye el primer programa integral de atención al campesinado y del que se desprenderían, no muchos años después, otros esfuerzos. Se trata del Programa de Solidaridad Social 1974–1979.<sup>1</sup>

Este programa se diseñó para incorporar a la población campesina a los servicios del Seguro Social, a los que, hasta entonces, no había tenido acceso. Sus antecedentes inmediatos fueron las nuevas leyes de reforma agraria, de crédito rural y del Seguro Social, que entraron en vigor a principios de los años setenta.

El programa de Solidaridad Social reconoció en la debilidad económica del campesinado la imposibilidad para tener acceso a la seguridad social. De esta forma, se generaron las condiciones para ofrecer los servicios sin hacerlos depender de la condición tributaria, tal como ocurre con los estratos sociales urbanos o los agricultores de mejor condición económica. Otra importante característica de este programa, es que integró servicios de diversas instancias gubernamentales, principalmente los de CONASUPO, con los que se dio apoyo para desplegar los esfuerzos iniciales.

Como una derivación natural de este enfoque y de los pasos ya dados, se creó el que sería el mayor esfuerzo integral para la atención de esta problemática, La Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), mediante el decreto publicado en el *Diario Oficial* el 21 de enero de 1977.

En COPLAMAR reunieron y coordinaron sus esfuerzos, once instituciones de antigua, aunque distinta, tradición en el servicio a los sectores marginales: el Instituto Nacional Indigenista, la Comisión Nacional de Zonas Áridas, el patrimonio Indígena del valle del Mezquital, la Forestal F.C.L., El Fondo Candelillero, FIOSCER, Productos Forestales La Tarahumara, FIDEPAL, Patronato del Maguey (luego Promotora del Maguey y del Nopal), El Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías y La Compañía Forestal de la Lacandona.

De estos esfuerzos resultó el programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, a través del convenio que reúne los esfuerzos del IMSS y COPLAMAR, de 25 de mayo de 1979. Finalmente, al desaparecer COPLAMAR, por decreto presidencial del 23 de abril de 1983, toda la responsabilidad del programa, que conservó la denominación original de Servicios Comunitarios IMSS–COPLAMAR quedó en manos del IMSS.

Ya en este nuevo marco institucional, se estableció el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS–

<sup>1</sup> Véase IMSS. *El Instituto Mexicano del Seguro Social 1943–1983. 40 años de Historia.*

COPLAMAR, según el decreto presidencial publicado en el *Diario Oficial* de junio 24 de 1985, que aquí también se reproduce. Su importancia no sólo se debe a la amplitud de servicios que ofrece a la población más desprotegida, sino al esfuerzo de descentralización que encierra, especialmente en la medida que deja en manos de los gobiernos estatales una serie de recursos antes manejados por la Secretaría de Salud.

Un programa que implicó consideraciones y efectos de indudable importancia social fue, ya en otro marco de referencia, el Sistema Alimentario Mexicano, puesto en marcha en agosto de 1980; aunque no puede dejar de considerársele en el recuento de las acciones de beneficio social al sector agropecuario, sin embargo, no se le incluye aquí por dos razones: su definición fundamental es de carácter económico, organizativo de la producción, y está incluido en la *Antología de la Planeación en México*.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> *Antología de la Planeación en México*. Vol. VII, pp.241–320.

**SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**

**DECRETO** que autoriza a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, para que ejecute el plan y los proyectos de televisión rural del Gobierno Federal.

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos. – Presidencia de la República.

**LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ**, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de la facultad que me confiere la fracción del artículo 89 de la Constitución Política de la República Mexicana y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1o. fracción X, 3o., y 16 de la Ley de Vías Generales de Comunicación artículos 1o., 2o., 3o., 4o., 5o., 6o., 8o., 9o. fracciones I y III, 13, 15, 25, 40, 41, 46 y demás relativos de la Ley federal de Radio y Televisión y

**CONSIDERANDO**

**PRIMERO.**– Que las estaciones comerciales de televisión cubren en su mayoría solamente las áreas urbanas del país, porque éstas representan un incuestionable interés económico para los concesionarios.

**SEGUNDO.**– Que la televisión esta considerada por la ley como actividad de interés público, para cumplir con la importante función social de fortalecer la integración social y enaltecer la convivencia humana.

**TERCERO.**– Que es determinación del Ejecutivo Federal a mi cargo, hacer llegar el servicio de televisión a las poblaciones y áreas rurales de la provincia, a fin de convertir este poderoso instrumento de comunicación en eficaz vehículo para la integración y la cultura del pueblo, la castellanización y transculturación de algunas zonas marginadas del país y para hacerles llegar a la vez, sano esparcimiento y oportuna información nacional e internacional.

**CUARTO.**– Que el Gobierno Federal cuenta con una red de microondas y con la posibilidad técnica de ampliar estos medios para proporcionar a las áreas mencionadas el servicio de televisión y cumplir con los propósitos a que se refieren los considerandos segundo y tercero de éste Decreto.

**QUINTO.**– Que por lo tanto, es viable y urgente suministrar este servicio en los siguientes casos:

- a) En zonas rurales no cubiertas que se encuentren próximas a las estaciones de televisión actualmente en funcionamiento.
- b) En zonas rurales no cubiertas que se encuentren

próximas a las estaciones repetidoras o terminales de microondas.

- c) En zonas que no se encuentren en los dos casos anteriores, y que a juicio del Ejecutivo Federal de mi cargo deban ser cubiertas mediante el establecimiento de los enlaces e instalaciones correspondientes.

**SEXTO.**– Que el proporcionar el beneficio de la televisión a zonas que carecen de ese servicio no representa competencia comercial para los concesionarios, toda vez que la característica esencial de este servicio será la ausencia de propósitos lucrativos.

**SEPTIMO.**– Que el establecimiento de este servicio no impedirá el otorgamiento de concesiones y permisos en las mismas zonas, cuando se cumpla con las disposiciones de la Ley Federal de Radio y Televisión.

**OCTAVO.**– Que los Gobiernos Estatales y Municipales podrán promover el establecimiento del servicio de televisión en las zonas a que se refiere el Considerando Quinto anterior, en cuyo caso deberán contribuir en los términos del convenio que en cada caso celebren aquellos con el Gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

**NOVENO.**– El Gobierno Federal se reserva el derecho de producir o seleccionar las programaciones que estimule más adecuadas para las zonas que arriba se mencionan. Cuando tales programas sean generados por los concesionarios de televisión, se requerirá la previa aprobación de la secretaria de Comunicaciones y Transportes; en este caso, los programas pasarán sin mutilación con el consiguiente beneficio comercial derivado de la ampliación del teleauditorio para dichos concesionarios.

Con vista a las consideraciones anteriores, he tenido a bien expedir el siguiente:

**DECRETO**

**ARTÍCULO PRIMERO.**– Se autoriza a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para que, dentro de sus facultades y de acuerdo con las leyes de la materia, ejecute el plan y los proyectos, de televisión rural del Gobierno Federal.

Dentro de los lineamientos técnicos y presupuestales correspondientes, dicha Dependencia determinará el plan de servicios señalando los lugares, techos, inversiones y demás modalidades de su ejecución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.**– Todos los equipos e instalaciones afectas al servicio de televisión rural, serán propiedad del Gobierno Federal, el que se hará cargo de su operación y mantenimiento a través de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

<sup>1</sup> "Decreto que autoriza a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, para que ejecute el plan y los proyectos de televisión rural del Gobierno Federal, en *Diario Oficial*, México, 2 de mayo 1979, p.20-21

Cuando los gobiernos estatales o municipales promuevan el establecimiento del servicio, deberán celebrar los convenios correspondientes con dicha Dependencia, los que incluirán la adquisición y donación del equipo, la realización de las instalaciones y la ejecución de las obras civiles o electromecánicas que se requieran.

La Secretaría de Comunicaciones y Transportes deberá elaborar un instructivo que contenga las bases generales de los convenios a que se refiere el párrafo anterior.

**ARTÍCULO TERCERO.**— Los gastos de operación y mantenimiento de estas estaciones de televisión, deberán considerarse en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

En los convenios a que se refiere el artículo anterior, se precisará la equitativa participación que corresponda a los gobiernos estatales y municipales en dichos gastos.

**ARTÍCULO CUARTO.**— En la ejecución y desarrollo del programa de televisión rural del Gobierno Federal, las Secretarías de Gobernación, de Educación Pública, de Salubridad y Asistencia, del Patrimonio Nacional y de Hacienda y Crédito Público, tendrán la intervención que las disposiciones legales les atribuyan.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, a los veintinueve días del mes de abril de mil novecientos setenta y dos.—**Luis Echeverría Álvarez/** .—Rúbrica.— El Secretario de Comunicaciones y Transportes, **Eugenio Méndez/** .—Rúbrica.—El Secretario de Gobernación, **Mario Moya Valencia/** ,—Rúbrica.—El Secretario de Hacienda y Crédito Público; **Hugo B Marigain /** .—Rúbrica.—El Secretario del Patrimonio Nacional, **Horacio Flores de la Peña/;**—Rúbrica.—El Secretario de Educación Pública, **Victor Bravo Ahuja/** .—Rúbrica.—El Secretario de Salubridad y Asistencia, **Jorge Jiménez Cantú /** .—

## Programa de Solidaridad Social IMSS-COPLAMAR, 1974-1979<sup>1</sup>

El proceso de transformación económica, política y social que los gobiernos revolucionarios han alentado a partir del triunfo de la Revolución de 1910, se ha enfrentado a factores internos y externos que, en su caso, han propiciado logros o representado obstáculos para llevar adelante los postulados de bienestar y justicia social que nuestro proyecto nacional propugna.

Entre los factores de carácter interno que manifestaron consecuencias negativas se cuenta la adopción de una política de desarrollo económico orientada hacia el crecimiento industrial como vía de solución. Dicha política consideraba que la industria en crecimiento sería capaz de absorber a la población campesina desplazada por una economía agropecuaria sin estímulos, ya que por entonces la obtención de alimentos básicos en el mercado internacional resultaba más barata que la producción de ellos en el agro nacional.

Esta situación originó un real crecimiento en el sector industrial, comercial y de servicios, y un decremento considerable en el crecimiento del sector agropecuario.

La seguridad social correspondiente a este modelo económico se extendió en las zonas urbanas, las que, obviamente, manifestaban mejores condiciones para implantar el régimen del seguro social.

La población campesina, de acuerdo con el modelo desarrollista, sería incorporada a la seguridad social cuando alcanzara un nivel de ingresos sostenido que le permitiera contribuir plenamente al costo de su aseguramiento; mientras no se diera esta condición, sería atendida en la medida de la capacidad del sistema sanitario asistencial.

Dentro de esta política, algunos grupos campesinos involucrados en procesos productivos de alto rendimiento económico, merced al aprovechamiento de tierras de riego, créditos oficiales o fuertes subsidios, pudieron incorporarse a los beneficios plenos de la seguridad social, mientras que la gran masa de campesinos de agricultura de subsistencia, entrampados en la contradicción de una política de reparto de tierras, permanecieron al margen de toda protección, pues el esquema sanitario asistencial no pudo, con sus precarios recursos, atenderlos en forma adecuada.

En la década de los años setenta se cuestionaron seriamente el rumbo político y el modelo económico que sigue el país, y en especial se analizó la necesidad de revertir el proceso y de estimular al sector agropecuario. Para ello, se propusieron tres medidas fundamentales: una nueva Ley de Reforma Agraria, una nueva Ley de Crédito Rural y una nueva Ley de Seguro Social.

La Ley del Seguro Social de 1973 abrió trascendenta-

les perspectivas para hacer efectiva la protección de la salud no sólo de los trabajadores de la ciudad y el campo con capacidad económica para contribuir al costo de su aseguramiento, sino también la de aquellos trabajadores rurales con capacidad limitada, para quienes se aplican esquemas modificados de protección, y fundamentalmente para los campesinos marginados que no tienen, por el momento, ninguna posibilidad de hacer aportaciones económicas en un régimen de derechos y obligaciones.

Así se establecieron los servicios de solidaridad social para responder al precepto doctrinario plasmado en la Ley de "brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición no tienen capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes".

Dichos servicios comprenden asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria para el jefe de familia, la esposa o, a falta de ésta, su concubina, sus hijos y otras personas que dependan económicamente de aquel.

La extensión de los servicios estará sujeta a los recursos que el gobierno federal destine para este propósito y al volumen de recursos propios que el Instituto Mexicano del Seguro Social pueda destinar a estos servicios sin vulnerar su equilibrio financiero.

Por su parte, la población rural realizará trabajos personales en beneficio de las comunidades en que habite, a fin de propiciar un desarrollo que los haga sujetos de aseguramiento en los términos que la Ley del Seguro Social señala.

De este modo en junio de 1974, mediante la emisión de un acuerdo presidencial se implantaron los servicios de solidaridad social en favor de la población rural de la región ixtlera del desierto norte del país, que abarca parte de los estados de Coahuila, San Luis Potosí, Zacatecas, Nuevo León y Tamaulipas.

Para tal efecto se construyeron siete Clínicas Hospital de Campo y, en atención a la Ley del Seguro Social y al mencionado acuerdo, se esperaba que el primer nivel de atención lo ofreciera la Secretaría de Salubridad y Asistencia mediante sus Centros de Salud "C" que operaban en estas zonas. Sin embargo, la incompatibilidad formal de los dos sistemas, uno, con cargas económicas para el usuario y el otro, vinculado a acciones de desarrollo comunal, no hizo posible tal coordinación.

Mientras tanto el IMSS extendió su programa mediante el establecimiento de una red hospitalaria que pudiese otorgar un segundo nivel de atención a partir del supuesto de que el sistema sanitario asistencial otorgaría el primer nivel. Así se construyeron 23 Clínicas Hospital de Campo en otras 19 entidades del país.

Asimismo, en coordinación con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares -CONASUPO-, se tomó la

<sup>1</sup> "El Programa de Solidaridad Social 1974-1979", en *Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983, 40 años de historia*.

decisión de otorgar un primer nivel de atención mediante el aprovechamiento de espacios en los centros recolectores de grano localizados en zonas temporales, donde se instalaron consultorios rurales provistos del mínimo de medicamentos y del equipo necesario que eran atendidos por un médico en servicio social y una auxiliar de área médica.

De tal suerte, al 30 de noviembre de 1976 el Programa Nacional de Solidaridad Social contaba con una infraestructura de servicios compuesta por 22 Clínicas Hospital de Campo, que operaban con consulta externa y servicios de hospitalización, 8 Clínicas Hospital de Campo, que sólo otorgaban consulta externa y 310 consultorios rurales en instalaciones cedidas por la CONASUPO. Esta infraestructura de servicios tenía capacidad para atender a una población potencialmente protegida, estimada en 3 millones 800 mil sujetos de solidaridad social.

Al implantar el Programa Nacional de Solidaridad Social, se tomó en cuenta la infraestructura administrativa, técnica y jurídica del IMSS. Sin embargo, se observaron dos aspectos limitantes para el desarrollo y la expansión del Programa: uno, la imposibilidad real del IMSS para hacer cumplir a los beneficiados con los trabajos personales que la propia Ley señala, y otro, más importante, el financiamiento de la inversión y operación que en un 40% correspondía al IMSS. Esto es, la extensión del Programa estaría sujeta a la posibilidad de que el IMSS pudiera destinar recursos remanentes de su operación hasta por un 40% del costo de dicho programa.

La crisis económica de 1976, que se prolongó hasta el período de recuperación de 1979, prácticamente congeló la extensión del Programa; no obstante, se hicieron estudios y se plantearon alternativas para consolidar lo ya realizado. Una de ellas fue la de tratar de vincular el trabajo comunitario que generaba el Programa de Solidaridad Social al Plan Nacional de Desarrollo Urbano a cargo de la Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas, alternativa que no se concretó por falta de coincidencia entre los sujetos obligados por el Programa de Solidaridad Social y las áreas de acción intensiva del mencionado Plan.

A principios del año de 1977 se requirió de una nueva jerarquización de prioridades, a fin de superar un modelo de desarrollo con posibilidades reales y propiciar así justicia y bienestar para todos los mexicanos. Para esto, el Jefe del Ejecutivo decidió implantar una política destinada a combatir el estado de marginación de casi el 30% de la población nacional.

El gobierno federal destinó cuantiosos recursos económicos para superar nuestra dependencia en la importación de alimentos, así como para incorporar a los marginados al mercado interno a través de programas específicos a cargo de las entidades de la administración pública federal y de los gobiernos de los Estados.

Fue así como se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República –COPLAMAR–, con objeto de estudiar y proponer una atención eficaz a las necesidades de dichos grupos y zonas y sugerir la coordinación de acciones de las dependencias o entidades de la administración pública, así como de los programas dirigi-

dos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos del país.

Uno de los programas que mereció gran atención fue el de Solidaridad Social, implantado por el IMSS desde 1974, para lo cual en coordinación con COPLAMAR, el IMSS extendió su cobertura y organizó un sistema de cooperación comunitaria.

### **El Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS–COPLAMAR 1979–1982**

Desde 1917, cada programa de gobierno que recogió justas aspiraciones, anhelos, postergados y que trajo las necesidades en demandas, debió asumir primeramente compromisos, proponer soluciones y aplicarlas en la práctica política.

Por lo tanto, resulta ilustrativo relatar brevemente el proceso de definición de propósitos y de compromisos que llevarían a los planes concretos de acción.

El 17 de enero de 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados –COPLAMAR– para cumplir un objetivo fundamental fijado por el entonces jefe del Ejecutivo: “La solución de la marginación, o lo que es lo mismo, la grave injusticia que vive este país, tiene que ser un objetivo central del Plan Nacional de Congruencia entre nuestra filosofía política y el modelo de país que queremos”.

Durante los primeros dos años posteriores a la creación de COPLAMAR se realizaron acciones inmediatas a fin de administrar la crisis financiera y recuperar la fe y la confianza de los mexicanos en las medidas que el Gobierno adoptaría para superar nuestros problemas.

Entre tanto, COPLAMAR analizaba las diversas instancias, institucionales que permitirían llevar a cabo los planes de acción, y el IMSS consolidaba la organización administrativa, y médica del programa de solidaridad social. En 1978 el gobierno de la República definió su intención de impulsar este programa, al señalar, por boca del Jefe del Ejecutivo que: “Aspiramos a que todo mexicano ejerza un derecho a la salud y a la seguridad social independientemente de lo que aporte a la sociedad”.

Así, el 25 de mayo de 1979 se concretó, en la firma de un convenio entre el IMSS y COPLAMAR, el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria; en este trascendental acto el Presidente de la República expresó: “Hemos suscrito un convenio entre el Seguro Social y COPLAMAR que nos permitirá llevar asistencia organizada, sistemática y espero que eficiente, en relativo corto tiempo, a los marginados de nuestro país para avanzar en el desarrollo social”, y agregó: “tenemos que ir entendiendo que estos programas de solidaridad no son dádivas, sino consistencias a la existencia misma de nuestro país como tal, y tenemos que entender y muy pronto tendremos ya que normarlo, que la seguridad social, que la salud de la sociedad es un derecho que a todos corresponde con independencia de la ubicación en la que estén, en el mercado de trabajo o fuera de él, porque en muchas ocasiones es la falta de seguridad la que impide la concurrencia al mercado de trabajo”.

## Objetivos institucionales

En el convenio mencionado se fijó como objetivo central el de ampliar el ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social hasta alcanzar el número de 10 millones de sujetos protegidos.

Para tal efecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social se comprometió a establecer, durante el año de 1979, 890 Unidades Médicas Rurales o Urbanas. En el año de 1980 instalaría 800 unidades médicas más y 10 Clínicas Hospital de Campo. Para el año de 1981 el objetivo institucional sería el de construir y poner en servicio 12 Clínicas Hospital de Campo más.

Así mismo se determinó que, para efectos administrativos y de prestación de servicios, el IMSS incorporaría al Programa las 310 Unidades Médicas Rurales IMSS-CONSAUPO y las 30 Clínicas Hospital de Campo que a la fecha de la firma del convenio prestaban servicios, para sumar un total de dos mil unidades médicas rurales y 52 Clínicas Hospital de Campo como mínimo.

En la actualidad, estos objetivos se han superado ampliamente, ya que el Programa cuenta con 3 025 Unidades Médicas rurales y 71 Clínicas Hospital de Campo con una capacidad suficiente para atender a una población potencialmente protegida, estimada en 18 053 667.

Desde el punto de vista cualitativo, el compromiso del IMSS consistió en proporcionar adecuada y oportunamente los siguientes servicios de solidaridad social.

En las Unidades Médicas Rurales:

- Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Consulta externa general.
- Asistencia farmacéutica.
- Atención materno-infantil y planificación familiar.
- Educación para la salud.
- Orientación nutricional.
- Promoción del saneamiento.
- Inmunizaciones.
- Control de enfermedades transmisibles.

En las Clínicas Hospital de Campo:

- Consulta externa de la especialidad de medicina familiar y medicina preventiva.
- Atención odontológica.
- Asistencia farmacéutica.
- Consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina:

- Ginecobstetricia
- Pediatría
- Cirugía
- Medicina Interna

Para hacer realidad estos propósitos, hubo que enfrentar serias dificultades para la implantación de los servicios médicos en el medio rural marginado: las más importantes de ellas son:

- Dispersión de la población
- Deficientes medios de comunicación
- Bajo nivel de vida
- Ausencia o funcionamiento rudimentario de los servicios públicos
- Problemas en la construcción, el funcionamiento y el aprovechamiento de las instalaciones médicas
- Problemas de adiestramiento y contratación de personal médico y paramédico
- Complejidad administrativa y costos de operación elevados

*Marco Jurídico*

La Ley del Seguro Social promulgada en 1973 prevé en su artículo 237 que el Instituto: "organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

"Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y demás instituciones de salud y seguridad social".

De este artículo de la Ley del Seguro Social se desprende el convenio IMSS-COPLAMAR y los decretos que con posterioridad a éste el Ejecutivo Federal ha emitido, a fin de determinar los sujetos de solidaridad social que habitan en el ámbito de competencia de las instituciones afiliadas a COPLAMAR.

Estos decretos establecen, además, el sitio donde se ubican las Unidades Médicas Rurales y las comunidades de su zona de influencia, de acuerdo con el estudio de campo realizado por la entidad COPLAMAR correspondiente.

De igual modo, en concordancia con el convenio IMSS-COPLAMAR los decretos establecen, en cuanto al financiamiento, que los servicios de solidaridad social que proporcione el Instituto Mexicano del Seguro Social serán financiados por el gobierno federal.

Los decretos mencionados han sido publicados según las etapas constructivas del Programa; asimismo se han emitido los decretos relativos a la población que recibe los servicios en Unidades Médicas Rurales IMSS-CONASUPO de acuerdo con el siguiente calendario:

| Fecha de publicación del Decreto Presidencial en el <i>Diario Oficial</i> | Etapas a que corresponde |
|---|--------------------------|
| 5 de septiembre de 1979   | Primera etapa            |
| 12 de marzo de 1980   | Segunda etapa            |
| 10 de octubre de 1980   | Unidades IMSS-CONASUPO   |
| 10 de diciembre de 1980   | Unidades IMSS-CONASUPO   |
| 15 de diciembre de 1980   | Unidades IMSS-CONASUPO   |
| 5 de enero de 1982  | Tercera etapa            |

Tanto el convenio IMSS-COPLAMAR como los decretos que de él se desprenden han permitido ampliar y adecuar el marco jurídico de la solidaridad social, al definir con precisión la forma de hacer cumplir a los beneficiarios con los trabajos personales en favor de sus comunidades, tal como lo establece la Ley del Seguro Social en su artículo 239, y que a este respecto señala: "Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley".

Un aspecto importante en la concepción de la solidaridad social es el que queda implícito en el párrafo anterior; esto es, la condición de marginación no se contempla como un hecho inmutable, por el contrario, el gran esfuerzo que realiza el gobierno federal no sólo con la protección de la salud de esta población, sino con otros programas en el renglón productivo, harán de la marginación un estado transitorio hacia la participación plena de los beneficios del desarrollo. Esto traerá como resultado, entre otras cosas, que los sujetos hoy beneficiados con los servicios de solidaridad social puedan tener más adelante la capacidad contributiva que les garantice la cobertura amplia y plena contra los riesgos que la seguridad social protege.

Así, tanto el convenio como los decretos establecen la obligatoriedad de COPLAMAR para: "Promover ante las dependencias y entidades de la administración pública federal y ante los gobiernos estatales y municipales, el apoyo para la realización de los trabajos comunitarios en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, ayuda alimentaria, recursos económicos, etcétera.

"Promover, cuando sea necesario, ante las entidades que agrupen o ante otros que tengan capacidad para organizar el trabajo comunitario, la celebración de convenios específicos que hagan posible la prestación adecuada de los servicios comunitarios".

En cuanto al número de jornadas por realizar, el convenio apunta que "el total de estos trabajos será el resultado de aplicar un promedio anual de diez jornadas por cada jefe de familia, y se deberán programar y organizar

por las entidades COPLAMAR correspondientes, conjuntamente con las comunidades, de manera que no interfieran con las actividades productivas normales de éstos". En tanto, los decretos determinan que la obligación de realizar estos trabajos es propia de las comunidades y su cumplimiento genera el derecho al disfrute de los servicios y se especifica que cada institución afiliada a COPLAMAR se encargará de promover, organizar y coordinar el trabajo comunitario de beneficio colectivo y, en coordinación con el IMSS, aquellas tareas relacionadas con la prevención, recuperación y preservación de la salud.

### Estructura organizativa e institucional

Al adoptar el gobierno federal la decisión de implantar a corto plazo un programa de extensión de los servicios de salud a la población marginada se manejaron tres alternativas: 1) crear un órgano ex profeso que se encargue de administrar todos los aspectos de programa; 2) encargar su administración al esquema sanitario asistencial tradicional, y 3) sustentarlo en las estructuras jurídica y administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Crear un órgano ex profeso hubiera elevado considerablemente los costos de operación; no se contaría fácilmente con el personal especializado para garantizar la eficiencia del Programa y la inclusión de este nuevo órgano en el contexto de la administración pública federal requeriría de reformas legales y administrativas que impedirán la celeridad requerida.

El Estado mexicano asume así la responsabilidad de atender con presupuesto propio los requerimientos de la asistencia social que incluye la atención médica a indígenas a través de la secretaría de Salubridad y Asistencia.

La atención médica con un enfoque asistencial que no incide sobre las causas de la indigencia, sino sobre los efectos más inmediatos; que no pretende superar la miseria, sino que ofrece medidas paliativas, no está de acuerdo con el concepto de solidaridad social, el cual acude a la atención médica de los marginados en forma articulada con acciones integrales de gobierno que actúan sobre las causas estructurales de la marginación y que incorporan activamente a los sujetos del desarrollo como única posibilidad de trascenderla.

Sustentar el Programa en las estructuras jurídica y administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social resultó la alternativa más adecuada. Esta elección se fundamentó en el aprovechamiento de la estructura administrativa, organizativa y de control del Instituto cuya eficiencia, a lo largo de 36 años, había sido plenamente demostrada. Algunos de los rasgos de esta eficiencia se manifiestan en la capacidad del IMSS para atender la salud de más de 21 millones de derechohabientes del régimen ordinario en todo el país, pues cuenta con el personal administrativo, técnico y científico más capacitado para llevar adelante el Programa con la celeridad que el caso requiere. Merced a la liquidez financiera que le confiere su facultad para captar recursos propios, el IMSS puede disponer de los recursos financieros necesarios en forma inmediata, en tanto el gobierno federal realiza las transferencias comprometidas por los procedimientos establecidos. Además de lo anteriormente expuesto, la estrategia que el gobierno fe-

deral ha adoptado en pro de los marginados se encuadra filosóficamente en el espíritu de la ley que le da vigencia al Instituto Mexicano del Seguro Social.

La aplicación de estas dos decisiones requirió del establecimiento de estrategias que garantizaran a corto plazo el logro de metas cuantitativas y cualitativas. De este modo la administración del Programa mantuvo una estrecha vinculación con la reforma administrativa emprendida por el gobierno federal mexicano en su afán por modernizar el país mediante la adecuación de las instituciones a nuestro tiempo y su capacitación para servir mejor a los objetivos de una política integral de desarrollo.

Tales propósitos se han logrado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y muy en especial en la administración del programa de extensión de los servicios médicos a las zonas marginadas, pues se apoya en el proceso de desconcentración administrativa que opera en el Instituto, al conferir la responsabilidad de dicha administración y operación del Programa a sus delegaciones estatales, las cuales representan la expresión regional del proceso administrativo.

Esta labor regional de las delegaciones se lleva a cabo con recursos humanos, materiales y financieros que se adecúan a las normas y los reglamentos establecidos para la operación regular de la atención médica que se otorga a los derechohabientes.

El proceso de planeación y las normas de administración y operación que rigen el Programa se mantienen en el nivel central mediante la constitución de un órgano específico, el cual coordina los planes y acciones de las distintas áreas operativas del IMSS que concurren en apoyo del Programa: Área de Construcciones y conservación, Área de Servicios Médicos, Área de Medicina Preventiva, Área de Abastecimientos y Área de Contraloría. Este órgano, denominado Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, se ha integrado con personal de las distintas áreas que conforme el Instituto, y que por lo tanto conoce sus mecanismos de operación y los aspectos técnicos y normativos. Esto hace posible en gran medida la fácil absorción del Programa por parte del IMSS, facilitando igualmente la coordinación interinstitucional.

Este proceso administrativo que centraliza la planeación, la aplicación de normas, la coordinación y desconcentra la operación, se apoya en un adecuado sistema de supervisión y control, el cual se integra en tres niveles: 1) central 2) de coordinación y 3) delegacional.

El nivel central lo ejerce la Dirección General del IMSS a través de sus subdirecciones y el apoyo a la operación y a la administración de los recursos financieros que el Instituto aplica al Programa IMSS-COPLAMAR.

El segundo nivel de supervisión y control, lo ejerce la misma Dirección General a través de la Coordinación General IMSS-COPLAMAR, y actúa en el nivel central al vigilar el estricto cumplimiento de normas y acciones de las áreas centrales involucradas en el Programa y en el nivel delegacional, mediante la supervisión directa para el cumplimiento de la norma institucional, así como mediante una supervisión programada o por excepción que aplican equi-

pos multidisciplinarios que visitan las unidades operativas.

El tercer nivel, llamado delegacional o regional, lo ejerce como parte de su responsabilidad el órgano administrativo encargado de la operación, la delegación estatal o regional del IMSS, que incorpora a su operación y control rutinarios todas las acciones inherentes al Programa IMSS-COPLAMAR.

En este nivel –y directamente en las unidades de operación–, el personal que administrativamente depende de la delegación, y en lo normativo de la Coordinación General a nivel central, ejerce una supervisión cuya característica primordial es la asesoría y capacitación permanentes que recibe el personal operativo, acción que garantiza que no ocurran desviaciones de la norma y en gran medida la alta calidad de la atención médica prestada.

## El modelo de atención médica

### a) Niveles de atención

Para la prestación de los servicios médicos del Programa IMSS-COPLAMAR se ha estructurado un sistema por niveles de atención, con especial interés en actividades preventivas y sobre la base de establecer los recursos necesarios en zonas de influencia determinadas.

El sistema se divide en tres niveles, de acuerdo con las prioridades, los recursos y la tecnología disponibles. El primer nivel se orienta a resolver los problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla, aunada a la participación activa de la comunidad. En este nivel se ofrecen la mayor parte de los servicios y se establece el contacto directo médico-paciente; las acciones de salud se otorgan a todos los habitantes de la jurisdicción de cada unidad de atención que se denominan Unidades Médicas Rurales. Puede decirse que en este nivel se resuelve el 85% de la demanda de atención.

Estas unidades comprenden un consultorio, dos camas de tránsito, una sala de exploraciones, una sala de espera y una habitación para el médico, todo instalado en un área física de 60 m<sup>2</sup>.

Dados el conocimiento y el grado de organización y de penetración que la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados ha alcanzado en el ámbito donde actúa, es posible promover y ejecutar programas de mejoramiento comunitario que involucren intensamente a los usuarios del servicio médico en los aspectos de educación para la salud y los programas de medicina preventiva que aplica directamente el IMSS a través de su Jefatura de Medicina Preventiva.

La promoción del trabajo comunitario vincula además al Programa IMSS-COPLAMAR con otros programas de la esfera gubernamental relacionados con el abasto de alimentos a zonas marginadas; la introducción de agua potable, alcantarillado y caminos de penetración; la capacitación para el trabajo y educación de los usuarios de los servicios médicos.

El segundo nivel comprende los servicios de especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y gi-

necobstetricia, que requieren de una tecnología más compleja. Este segundo nivel se otorga mediante Clínicas Hospital de Campo que apoyan, con el servicio de especialidad, hospitalización y auxiliares de diagnóstico (laboratorio de análisis clínicos y rayos X), la atención a los pacientes derivados de las Unidades Médicas Rurales que conforman los sistemas regionales, donde se realizan además programas básicos de salud y de medicina preventiva; en este nivel se resuelve el 12% de la demanda de atención.

El tercer nivel comprende servicios médicos de alta especialidad que sólo se dan en las grandes urbes y que resuelven el 3% de la demanda de atención. Este nivel de atención no se otorga a través del Programa IMSS-COPLAMAR, sino que, por coordinación insitucional con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se proporciona en los hospitales de alta especialidad con que cuenta la mencionada Secretaría para tal efecto.

#### b) Las unidades de atención médica

Para la instalación de recursos de primer nivel (Unidades Médicas Rurales) y de segundo nivel (Clínicas Hospital de Campo), COPLAMAR y el IMSS desarrollaron una metodología de trabajo a partir de la cual la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR analizó, por una parte, las propuestas de ubicación de las Unidades Médicas Rurales presentadas por COPLAMAR con base en un exhaustivo trabajo de campo, y por otra, la misma Coordinación General le presentó a COPLAMAR la propuesta de ubicación de Clínicas Hospital de campo, y por otra, la misma Coordinación General le presentó a COPLAMAR la propuesta de ubicación de Clínicas Hospital de Campo a lo largo de todo el territorio nacional para dar apoyo a la casi totalidad de las unidades de primer nivel, y con ello configurar zonas integradas por servicios de salud.

Los criterios técnicos para la localización, selección y ubicación de las unidades médicas de primer nivel de atención se ajustaron principalmente a las características siguientes:

#### c) Características de la localidad sede y de la zona de influencia de las Unidades Médicas Rurales

Con el propósito de otorgar un servicio oportuno y eficiente, se requiere que las unidades estén ubicadas en localidades accesibles y que preferentemente cuenten con una población que, por su tamaño, constituya un centro de concentración de tipo religioso, comercial, educativo, etcétera, y que, por otro lado, contengan población considerada en su mayoría como marginal o deprimida. De ahí que se plantee un rango de una población aproximada de 500 habitantes y no mayor de 2 500.

La ampliación de la cobertura lleva implícita la ubicación de las unidades en localidades donde no exista algún recurso de salud en operación similar o superior al que se propone, a fin de no duplicar esfuerzos. Asimismo, es deseable contar con agua potable y energía eléctrica en pro de un servicio más eficiente.

En cuanto a la zona de influencia de la Unidad Médica Rural, cabe destacar que aunque se considera en promedio una población por atender 5 000 personas, es necesario

tomar en cuenta que por el aislamiento de algunas regiones y su inaccesibilidad se puede establecer un rango cuyo límite inferior se acerque a los 2 500 habitantes y su límite superior no rebase los 8 000.

En favor del criterio anterior, se estima que un universo en este rango de población permite el aprovechamiento adecuado del recurso humano representado por el médico y el auxiliar.

Por otra parte, tanto la obtención oportuna de la atención médica como el trabajo de promoción de la salud y la protección específica requieren de un contacto estrecho y sostenido entre la población y el recurso de salud, por lo cual es deseable que las distancias de las localidades atendidas por la Unidad Médica Rural no rebasen los 60 minutos de recorrido.

#### d) Características de la localidad sede y de la zona de influencia de las Clínicas Hospital de Campo

Por lo que se refiere a las Clínicas Hospital de Campo, el IMSS determina y desarrolla un proceso metodológico para que su ubicación responda a la necesidad de organizar servicios integrales de salud en zonas que no cuentan con este recurso, así como para que sirvan de apoyo a la mayoría de las Unidades Médicas Rurales en operación

Asimismo se ha establecido que en la operación productiva de las Clínicas Hospital de Campo, los servicios de medicina general, medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecobstetricia, dental, rayos X, farmacia y laboratorio, se otorguen integrados en una sola unidad.

Se requiere también que la localidad sede de las Clínicas Hospital cuenten con una densidad de población no menor de 5 mil personas y no mayor de 10 mil; debe estar intercomunicada por dos o más caminos, de preferencia pavimentados o de terracería, además de contar con agua, luz y drenaje, servicios indispensables para el óptimo funcionamiento del hospital. También es aconsejable que la localidad sede no cuente con un recurso de salud semejante o superior al que se propone.

La zona de influencia está determinada por un número aproximado de 40 Unidades Médicas Rurales que se apoyan para la atención de segundo nivel en la Clínica Hospital de Campo.

#### e) El cuadro básico de medicamentos

De la amplia gama de medicamentos que componen el cuadro básico del IMSS, el Programa ha diseñado una dotación para las Unidades Médicas Rurales y las Clínicas Hospital de Campo que obedece más que a razones de tipo económico, a las características de los recursos instalados en términos de tecnología aplicada y a la capacidad profesional del personal. Atentos a las características de la patología regional, este cuadro básico sufre las modificaciones necesarias. En resumen, se pretende evitar la dotación innecesaria de medicamentos que no son de uso común, y dotar de los que responden al perfil epidemiológico regional.

#### f) Características del personal

Uno de los problemas más serios a los que se enfrenta la extensión de los servicios médicos a las zonas marginadas es la carencia de personal médico y su tendencia a no abandonar los centros urbanos. Esta mala distribución territorial del personal médico es un indicador más del desarrollo desigual que propicia la marginación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha diseñado una estrategia que permite dar solución a este problema, al crear un sistema de reclutamiento, selección y desarrollo del personal médico que bien podría llamarse carrera institucional del médico.

En México, por ley, los médicos deben cumplir un año de servicio social para obtener la cédula profesional que les permita el ejercicio libre de su profesión: este servicio debe ser realizado en algún lugar de la República y avalado por alguna institución de salud.

El reclutamiento del personal médico de las Unidades Médicas Rurales comienza cuando la Coordinación General IMSS-COPLAMAR envía a la Jefatura de Enseñanza del IMSS la relación de plazas que deben ser ocupadas. El IMSS, por convenio con las escuelas de medicina del país, sancionado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, adscribe a los médicos en servicio social a las plazas que deben ocuparse mediante un sistema de sorteo. Una vez designado este personal es sometido a un breve curso de inducción al puesto, y es instalado en la Unidad Médica Rural correspondiente. En ella, el médico realiza su servicio social bajo la supervisión constante de un asesor auxiliar médico. La asesoría permanente se apoya en un cuerpo de manuales técnicos que le orientan en el desempeño de su trabajo.

El personal auxiliar de enfermería del Programa tiene una característica especial: se seleccionan dos jóvenes de la localidad sede de la Unidad Médica Rural que cuenten con escolaridad primaria o secundaria, con el requisito indispensable de que sean bilingües cuando se trata de comunidades indígenas.

Los jóvenes se someten a un curso de adiestramiento en algún hospital de zona del IMSS durante dos meses, y la mejor calificada obtiene el puesto de base y la otra es contratada en forma especial para cubrir ausencias, vacaciones y días de descanso.

Este personal paramédico recibe un adiestramiento continuo de parte del médico en servicio social en actividades de auxiliar de área médica. Hay un aspecto de singular relevancia en las funciones que realiza este personal, y es el que se refiere al auxilio invaluable que presta al médico, generalmente ajeno al medio, para comprender los valores culturales y las actitudes de la población nativa relacionadas con la salud, la medicina, la higiene y las formas particulares de resolver estos problemas, además de la simple pero insustituible labor de traducción. Por otra parte, dado que este personal es local con contratación indefinida y la del médico es temporal, se garantiza la continuidad en los trabajos comunitarios relacionados con la salud.

Las plazas que por diversas causas no se logran cubrir con médicos en servicio social se ocupan mediante contrataciones temporales de médicos que ejercen su profesión en forma privada o realizan sustituciones en el Instituto, a fin de mantener siempre la presencia del médico en la Unidad Médica Rural.

Al concluir el año en que fungen como pasantes en UMR, algunos médicos presentan exámenes para realizar la residencia de medicina familiar, que es el cuerpo médico que nutre al primer nivel de atención del régimen ordinario del Seguro Social.

Esta residencia de medicina familiar obliga al postgraduado a prestar sus servicios como asesor auxiliar médico o en una Clínica Hospital de Campo, ya sea del Programa IMSS-COPLAMAR o de esquemas de aseguramiento para grupos campesinos. Al cumplir este año de trabajo profesional en Clínicas Hospital de Campo y terminar su residencia, su contratación como médico familiar en el IMSS en centros urbanos está prácticamente asegurada.

La misma obligación se establece para los médicos residentes de las especialidades de pediatría, ginecobstetricia, cirugía general, medicina interna y anestesiología, lo que permite tener en el campo un personal de alta calidad técnica y profesional.

En esta forma se plantea a grandes rasgos la carrera institucional que estimula y obliga al médico a trabajar en zonas marginadas por lo menos tres años, a un costo considerablemente menor que si se contratara en el mercado libre de trabajo para llevarlo a las zonas marginadas por tiempo indefinido, con todos los problemas de alto costo que esto implica.

La dotación de recursos humanos de una Clínica Hospital de Campo cuya capacidad instalada oscila entre las 25 y 70 camas, se integra con un cuerpo de gobierno compuesto de un director, quien a su vez es cirujano general; un administrador; un jefe de enfermeras y un residente de conservación.

El resto del personal lo integran los médicos residentes mencionados, médicos pasantes en servicio social, médicos internos de postgrado, un odontólogo, un químico y enfermeras y trabajadores sociales, todos ellos en servicio social; personal auxiliar de área médica, administración, diagnóstico, conservación y servicios generales.

#### g) La radiocomunicación

A fin de dar mayor eficiencia a la operación del sistema, éste posee una red de radiocomunicación que sirve de enlace a la Unidad Médica Rural con la Clínica Hospital de Campo que le da apoyo de segundo nivel.

Dada la inaccesibilidad de una gran mayoría de Unidades, esta comunicación permanente permite apoyar y asesorar en forma constante al médico en servicio social. Y se preve a futuro establecer un sistema de radioayudas para el diagnóstico clínico y el tratamiento, sobre todo en casos de urgencia o imposibilidad de traslado del paciente a la Clínica Hospital de Campo. Esta red ha sido totalmente instalada en cuatro delegaciones del IMSS y se irá

extendiendo en la medida en que se cuente con los recursos financieros necesarios.

### **La organización del trabajo comunitario**

El marco legal en que se encuadra la acción comunitaria es la propia Ley del Seguro Social que establece la realización de trabajos personales en beneficio de las comunidades donde habitan los sujetos de solidaridad social.

Con esta base, el convenio IMSS-COPLAMAR confirió la obligación de promover, organizar y ejecutar el trabajo comunitario a COPLAMAR y sus instituciones afiliadas. Asimismo, COPLAMAR promovió ante las dependencias y entidades de la administración pública federal y ante los gobiernos estatales y municipales el apoyo para la realización de los trabajos comunitarios en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, ayuda alimenticia, recursos económicos, etcétera.

El convenio establecía que los trabajos comunitarios constituían una obligación propia de las localidades donde habitan los sujetos de solidaridad social y el total de los trabajos era el resultado de aplicar un promedio anual de 10 jornadas por cada jefe de familia o adulto, siempre que no interfirieran con las actividades productivas normales de las comunidades.

De acuerdo con el convenio los trabajos comunitarios podían consistir no sólo en jornadas de trabajo físico sino también en otras actividades o formas de participación que propiciaran directa o indirectamente la elevación del nivel sanitario y económico de las comunidades beneficiadas.

Asimismo, las entidades agrupadas en COPLAMAR rendían un informe anual de los trabajos comunitarios aportados por los sujetos de solidaridad social. Con estos informes COPLAMAR acreditaba ante el IMSS dichos trabajos a fin de conservar el derecho a recibir los servicios médicos por un año. En la misma forma procedían aquellas dependencias de la administración pública federal que habían suscrito convenios con COPLAMAR para realizar programas específicos en las áreas marginadas y que por lo mismo incorporarían a dicho Programa la mano de obra gratuita que se generara por el Programa IMSS-COPLAMAR.

Al desaparecer COPLAMAR por Decreto Presidencial del 20 de abril de 1983, el IMSS absorbió la responsabilidad total con respecto a la operación del Programa IMSS-COPLAMAR y consecuentemente se hizo cargo de la organización del trabajo comunitario sobre las bases antes apuntadas.

La promoción del trabajo comunitario en los aspectos de salud e higiene la realiza el Instituto Mexicano del Seguro Social por conducto de los médicos responsables de las Unidades Médicas Rurales, mediante la organización de Comités de Salud, tanto en la localidad donde se ubican las Unidades como en aquellas que se encuentren comprendidas dentro del área de influencia de las mismas. Para esto se realiza conjuntamente un diagnóstico de salud que permita identificar los problemas, las necesidades y los mecanismos de solución que están a su alcance.

En todo caso respetan las formas locales de organización comunitaria, dado que en zonas interétnicas es muy frecuente encontrar sistemas integrados para el trabajo y los servicios a la comunidad, los cuales deben ser aprovechados, para evitar imposiciones, que interfieran con lo aceptado comunalmente, o que por ajena no sean funcionales.

En ausencia de COPLAMAR y con el fin de fortalecer la participación, la vigilancia, y el apoyo al Programa por parte de los gobiernos de los Estados y municipios, entidades de la administración pública federal y organizaciones campesinas e indígenas –representantes legítimos de la población protegida–, se impulsa la instalación de los Consejos Estatales de Vigilancia de Solidaridad Social cuyo objetivo primordial, además de la vigilancia, es promover la realización del trabajo comunitario como mecanismo válido para desterrar el paternalismo y la dependencia de los sujetos y estimular en ellos la superación y la participación en la solución de sus problemas de salud.

### **Situación actual y perspectivas**

La dispersión de la población rural representa un serio obstáculo para las posibilidades reales del Programa de ofrecer a todos un servicio inmediato, por más que el que actualmente se ofrece sea oportuno y de calidad.

Intimamente relacionado con el problema de la dispersión se halla el de la incomunicación entre localidad y localidad; estos dos problemas se ven reforzados por las características topográficas del país, ya que se estima que dos terceras partes del territorio nacional corresponden a regiones montañosas; el resto puede considerarse como superficie más o menos plana.

Factores aparentemente ajenos a la sociedad marginal pero indicadores del desarrollo desigual afectan negativamente la aplicación del Programa; así, la adquisición de equipos que generalmente no se fabrican en México y la producción de medicamentos –sujeta no a las necesidades del país, sino a políticas mercantilistas y de lucro impuestas por intereses monopólicos trasnacionales–, reflejan una clara dependencia tecnológica que afecta la labor tanto de las Clínicas Hospital de Campo, como de las Unidades Médicas Rurales.

Junto al rezago advertido en materia de comunicación y servicios, las áreas marginadas padecen un problema aún más grave: el atraso económico y cultural de la población. En el aspecto económico, la marginación incide sobre la escasa capacidad de la población para manejar su vivienda, vestido y alimentación, factores condicionantes del proceso salud-enfermedad.

El rezago cultural de la población amparada por el Programa presenta, como una de sus características, que a pesar de contar con servicios de salud accesibles, una parte de la población todavía se muestra indecisa de utilizarlos racional y oportunamente, como resultado de que sus hábitos, costumbres y actitudes no le permiten aceptar totalmente los programas médicos, preventivos y asistenciales, sustentados en inmunizaciones y acciones perinatales y quirúrgicas.

Lo anterior confirma una vez más que el tránsito de la medicina tradicional a la medicina occidental es un proceso paulatino que requiere de tiempo y esfuerzos, ya que implica cambios en la estructura mental de la población, así mismo una verdadera mística de servicio en el personal de salud.

No obstante, la promoción permanente del Programa, las acciones de educación para la salud y la organización de la comunidad –además del determinante papel que juegan los auxiliares bilingües del área médica seleccionadas en las propias localidades, a efecto de que la población establezca comunicación con el médico en su lengua natal– han hecho que día por día sea mayor el porcentaje de la población amparada que se registra como usuaria de los servicios.

Es un hecho bien conocido que, en el medio rural y principalmente en las poblaciones indígenas, por el concepto mágico–religioso que se tiene de la enfermedad, los problemas básicos de salud sean enfrentados mediante el concurso de individuos de la propia comunidad, quienes a través del tiempo y mediante herencias culturales de generación en generación han ganado prestigio como curanderos, brujos o chamanes, hueseros, parteras, etc., los que no siempre utilizan técnicas inofensivas, sino que muchas veces resultan verdaderamente nocivas para la salud.

Lo anterior obliga a que, al igual que se ha hecho con un buen número de parteras empíricas, se establezca contacto con los “médicos tradicionales”, a efecto de orientarlos y capacitarlos en los principios elementales de la medicina occidental, con el propósito de que sus técnicas empíricas, difíciles de erradicar, no produzcan daño a los sujetos que las reciben, pero sobre todo para que dichas técnicas se acompañen de acciones de eficacia comprobada por la medicina occidental.

A la luz del rezago cultural de la población amparada por el Programa, se destaca la importancia de las actividades de los programas de atención preventiva y de capacitación de la población que –además de las actividades de atención curativa– realiza el personal médico y paramédico; de ahí que una verdadera evaluación del Programa debe considerar los alcances de todas estas acciones, sobre todo si se pretende determinar su costo–beneficio.

Por otra parte, el Programa ha enfrentado problemas de disponibilidad oportuna de recursos humanos suficientemente capacitados para la operación de las unidades; así, tenemos que en cuanto al personal médico del primer nivel de atención se presenta la limitada disponibilidad de pasantes de medicina que acepten cumplir su servicio social en las áreas rurales, sobre todo cuando tienen la alternativa de realizarlo en zonas urbanas con condiciones de vida más ventajosas, lo que ha conducido a una mala distribución territorial de los médicos. Esta situación es un indicador más de la polarización que existe entre la sociedad desarrollada y la sociedad marginal. Intimamente relacionado con lo anterior se advierte que la formación profesional de los médicos no siempre responde a las necesidades de salud de la población rural. El problema de falta de pasantes de medicina en servicio social ha sido resuelto

mediante la contratación, durante un año, de médicos titulados.

Otro problema que se ha enfrentado en el primer nivel de atención es el referente a las deficiencias técnicas de los auxiliares de enfermería, ya que este personal se selecciona, como ya se apuntó, en las propias comunidades; aun cuando se les somete a un curso intensivo de adiestramiento durante seis semanas previas al inicio de operación de las unidades, su deficiente nivel educativo y cultural dificulta la total asimilación del conocimiento adquirido. Sin embargo, esta situación ha comenzado a ser resuelta mediante el adiestramiento en el servicio proporcionado por los médicos encargados de las unidades, con base en los manuales técnicos de enfermería.

En las Clínicas Hospital de Campo, los problemas de recursos humanos han sido resueltos mediante el reclutamiento, selección y adiestramiento, durante cuatro meses, de personal de las comunidades en donde se ubican las Unidades, y en el caso de administradores y jefes de enfermeras, se selecciona y adiestra a personal de base del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para el puesto de director se selecciona y adiestra a cirujanos recién egresados de sus residencias de especialización.

Singular problema enfrentó el Programa para ofrecer las especialidades básicas de la medicina en las Clínicas Hospital de Campo: cirugía, pediatría, medicina interna y ginecología, ya que los médicos especialistas en ocasiones se muestran reacios a trabajar en el medio rural. Ante esta situación, las autoridades directivas del Instituto Mexicano del Seguro Social determinaron un sistema rotatorio por las Clínicas Hospital de Campo para los residentes del tercer año de estas especialidades, dando así una solución económica, justa y de gran importancia para la formación de estos especialistas. Económica, porque permite tener en el área rural personal altamente calificado a bajo costo; justa, porque los beneficios de su adiestramiento profesional se aplican a quien más lo necesita, y de importancia para la formación profesional porque el contacto con la realidad sociocultural de las zonas rurales permite a los médicos conocer la justa dimensión de los problemas de salud que vive el país.

### **Situación actual de los niveles de salud**

Los niveles de salud de la población rural del país están directamente relacionados con las precarias condiciones de la infraestructura sanitaria, que propician un medio marcadamente hostil; con los patrones educativos y culturales de la población que dificultan enfrentar con éxito sus problemas de salud y, fundamentalmente, con su crítica capacidad económica, expresada en la dificultad para satisfacer adecuadamente los requerimientos básicos de:

- alimentación
- vivienda
- vestido y
- recreación

Lo anterior ha dado como resultado que la estructura de salud de esta población se caracterice por el predominio de enfermedades infectocontagiosas.

Ampliamente demostrada, en forma clínica y experimental, la relación directa y casual que existe entre los procesos infecciosos y la desnutrición, que tan profundamente se manifiesta en el medio rural y sobre todo en el grupo de prescolares, resulta impostergable abatir las serias deficiencias en el medio físico y en el ambiente social. Por ello, aun cuando no se dispone de información completa y actualizada sobre las condiciones de salud en el medio rural, se puede establecer que la morbilidad se caracteriza por el predominio de enteritis y otras enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, amibiasis y salmonelosis. Llama la atención el incremento que en los últimos años han tenido los padecimientos crónicos degenerativos, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, en tanto que las principales causas de mortalidad continúan siendo la neumonía, la influenza, la enteritis y otras enfermedades diarreicas, así como las enfermedades del corazón, los accidentes, los envenenamientos y la violencia, además de ciertas causas de mortalidad perinatal.

El grupo de edad más afectado continúa siendo el de menores de cuatro años, y se encuentra que las causas, con excepción de las enfermedades del corazón, son las mismas anteriormente referidas.

Conviene destacar, por otra parte, que dentro de la población rural el grupo que requiere de mayor atención es el materno-infantil, ya que, por una parte, la mujer además de sufrir, como toda la población, las agresiones de un medio insalubre y de una deficiente alimentación—se ve afectada en su salud a causa de un gran número de embarazos, lo que determina la existencia de mujeres jóvenes que apenas pasada la niñez dedican su vida a la maternidad, a la lactancia y al esfuerzo cotidiano del cuidado de una familia numerosa. Por su parte, la población infantil constituye el grupo más vulnerable, ya que su sensibilidad frente a la agresión de los elementos del medio—más importante mientras más temprana sea su edad y más completo su grado de desarrollo— genera un gran factor de riesgo de enfermar y morir.

Todo lo anterior ha obligado a que las acciones de salud se orienten prioritariamente al grupo materno-infantil, sin menoscabo de la vigilancia a la población general, básicamente mediante la atención primaria a la salud, en la que participan en forma muy destacada las parteras empíricas y las promotoras voluntarias de salud comunitaria de las propias localidades, que han sido previamente capacitadas por elementos de la institución. Su participación se expresa mediante la promoción de los Programas Médico-Preventivos y de Planificación Familiar, así como mediante la promoción y el desarrollo de campañas intensivas y programas permanentes de vacunación.

Otro aspecto relevante de su participación lo constituye el hecho de que las parteras empíricas están detectando y refiriendo oportunamente a las Unidades Médicas Rurales los embarazos de alto riesgo, colaborando en muchos casos en la propia atención de los partos.

La participación de estos elementos en el desarrollo del Programa los ha convertido en los mejores sectores de su promoción, por lo tanto que la relación con ellos deberá incrementarse: es importante incorporar, de igual manera, a otros elementos de la comunidad que cum-

plan de alguna forma funciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad con lo que se logrará una mayor vinculación de la medicina tradicional con la occidental, vinculación muy importante para el logro de los objetivos del Programa.

En atención al Plan Nacional de Desarrollo y a las políticas que ha definido el Estado mexicano, se contempla como un propósito para lograr en un futuro próximo, la protección de la salud del total de la población rural mediante la constitución de un sistema nacional de salud. Para esto se estudia la posibilidad de integrar en un solo programa todos los recursos de salud instalados y destinados a la población rural.

Con estos recursos, los ya instalados y los próximos a operar, se podrá dar la integración de un sistema que permita ofrecer servicios de salud a la población rural del país con normas, criterios y procedimientos uniformes tanto para la programación como para la presupuestación, operación y control de las acciones, lo que necesariamente incidirá en una mayor eficiencia de los servicios proporcionados, cuya repercusión se verá reflejada en mejores niveles de salud de la población amparada.

No obstante lo anterior, el Programa se enfrenta a serias dificultades en su operación dada la inaccesibilidad de las comunidades, lo que repercute en el abastecimiento y pago oportuno al personal, dificultades que serán superadas con un mayor esfuerzo organizativo.

Pasar de la medicina curativa a la medicina preventiva es todavía una meta por cumplir. En la medida que se aproveche la infraestructura existente como punto de apoyo a estas acciones, los recursos que ahora se destinan a este propósito y los que en el futuro se asignen podrán contribuir a hacer realidad este viejo anhelo.

Con esta intención se estudia la ampliación del primer nivel con personal paramédico y grupos de promotoras voluntarias a efecto de contrarrestar la dispersión y hacer accesibles los servicios preventivos y de primeros auxilios al mayor número posible de personas.

Realizado el esfuerzo de atender el primer y segundo niveles de atención con el Programa, el tercer nivel, de alto costo en términos unitarios, resulta un objetivo que, por su escasa demanda, es factible alcanzar, para lo cual es necesario realizar un estudio de la demanda real por zonas del país y de la capacidad instalada que el IMSS tiene para atenderla, así como de su expresión presupuestal, a fin de fundamentar su financiamiento ante el gobierno federal.

La protección de la población rural total, meta que está próxima a concretarse, deber ser apenas el punto de partida para derivar de este hecho un verdadero sistema nacional de salud que rebasa la sola limitación del daño, por lo que es necesario insistir en las medidas para ampliar la esfera de acción con programas de promoción y protección específicas, de saneamiento ambiental y de educación para la salud. Del mismo modo la planificación familiar ha de extender su ámbito de cobertura en la medida en que en las individuos, las familias y la comunidad se logre un cambio de actitud.

Asimismo, es necesario atender al espíritu de la Ley del Seguro Social en cuanto a que la marginalidad debe entenderse como una situación modificable por la acción de múltiples programas que impulsen a los marginados hacia su superación: por lo tanto, es de esperarse que zonas hoy deprimidas y grupos hoy marginados, en el menor plazo posible sean sujetos de aseguramiento en los términos que la ley señala.

A fin de que los polos de desarrollo que se pretende estimular con el Programa y demás acciones concurrentes alcancen una consolidación efectiva, será necesario estrechar más las relaciones entre las instituciones participantes y las organizaciones campesinas que actúan en los niveles locales y regionales, pues no debe olvidarse que los actores principales del proceso de desarrollo son los propios beneficiarios del mismo; de otra forma se fomentaría el paternalismo y la pasividad en contra de la acción, la dignidad y la voluntad de cambio. Con este propósito se vigoriza la organización de los Comités de Salud en el nivel

local y los Consejos Estatales de Vigilancia de Solidaridad Social.

El Programa necesita de personal médico y paramédico con un nuevo concepto de medicina social; por lo tanto es imperativo que las instituciones encargadas de formar al personal médico modifiquen sus planes de estudio, que informen sobre los problemas sociales y económicos que afectan al país, y en particular sobre las variantes culturales de nuestra heterogénea sociedad, de tal suerte que esta información de una perspectiva de servicio acorde con el nuevo tipo de médico que el país necesita.

En el desarrollo y aplicación de la Doctrina Mexicana de Seguridad Social Integral, el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria se inscribe como una medida de avanzada que surge de las condiciones sociales, políticas y económicas de nuestro país, en su indeclinable propósito por lograr una sociedad más igualitaria en la salud y el bienestar.

# Unidades Médicas IMSS-CONASUPO- Programa IMSS-COPLAMAR<sup>1</sup>

## PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Decreto por el que se declaran incorporadas al Programa IMSS-COPLAMAR las 310 Unidades Médicas Rurales conocidas como IMSS-CONASUPO y por lo mismo, sujetos de los servicios de solidaridad social a los habitantes de las localidades que se detallan, así como los asentamientos menores que se encuentren dentro del área de influencia de las Unidades Médicas Rurales que se mencionan.

Al margen un sello y con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos .-Presidencia de la República.

**JOSÉ LOPEZ PORTILLO**, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción 1, de la Constitución Política y con fundamento en los artículos 332 fracción 11, 236, 237, 238 y 239 de la Ley del Seguro Social, y 238 y 239 de la Ley del Seguro Social, y

### CONSIDERANDO:

Que la Ley del Seguro Social preve el establecimiento de servicios de solidaridad social en favor de los núcleos de la población que, por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Que por Acuerdo Presidencial de fecha 17 de enero de 1977, publicado en el "Diario Oficial" del día 21 siguiente, se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, de Presidencia de la República. -COPLAMAR-, para estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados y sugerir la coordinación de las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública así como los programas dirigidos a este tipo de zona geográficas y grupos humanos del país.

Que entre los programas de esta Coordinación está el de brindar apoyo a las actividades del Instituto Nacional Indigenista.

Que con fecha 25 de mayo de 1979 el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Ejecutivo Federal, a través de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, suscribieron un convenio en el que se establecen las bases del Programa de Solidaridad Social por Cooperación comunitaria.

Que en la aplicación de tal convenio y conforme a lo dispuesto por la cláusula quinta, inciso 1, in fine, se previene que "Para efectos administrativos y de prestación de los servicios el Instituto Nacional del Seguro Social incorpo-

rá a la brevedad posible, a este Programa, las 310 Unidades Médicas Rurales o Urbanas y las 30 Clínicas Hospital de Campo que existen a la fecha. . .".

Que el Ejecutivo Federal a mi cargo se han propuesto la más amplia extensión de los beneficios de la solidaridad social a los grupos marginados, he tenido a bien dictar el siguiente:

### DECRETO:

**ARTICULO PRIMERO.**-De conformidad a lo dispuesto en la cláusula quinta inciso 1, in fine, del convenio celebrado por el Instituto Nacional del Seguro Social y la Presidencia de la República a través de la Coordinación General del Plan Nacional de zonas Deprimidas y Grupos Marginados, el 25 de mayo de 1979 se declaran incorporado al programa IMSS-COPLAMAR las 310 Unidades Médicas Rurales conocidas como IMSS-CONASUPO y por lo mismo, sujetos de los servicios de solidaridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social, para los efectos de la ley de la materia, a los habitantes de las localidades que se detallan en el siguiente artículo, así como los asentamientos menores que se encuentren, al expedirse el presente decreto o en el futuro, dentro del área de influencia de las Unidades Médicas Rurales que en seguida se mencionan.

**ARTICULO SEGUNDO.**-COPLAMAR asume la responsabilidad de promover el trabajo comunitario que conforme al artículo 239, in fine, de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, deben aportar los sujetos de los servicios de solidaridad social en los términos de este decreto.

### ESTADO DE CAMPECHE

Municipio del Carmen

Unidad Médica Rural en :

FRANCISCO VILLA

Con cobertura para las localidades de:

Díaz Ordaz  
Antiguo Pital  
Felipe Angeles  
Mamantel  
Nuevo Pital  
San Isidro

Municipio de: Champotón

Unidad Médica Rural en:

Cedral, El  
Isla, La  
Paso del Correo  
Primero de Mayo  
Tres Naciones

<sup>1</sup> "Decreto por el cual se declaran incorporadas al programa IMSS-COPLAMAR las 310 Unidades Médicas Rurales conocidas como IMSS-CONASUPO. . .", en *Diario Oficial*, México 1o de Diciembre 1980, p. 23, segunda sección.

Municipio de: Perote

Unidad Médica Rural en :

LIMON, EL

Con Cobertura para las localidades de:

Frijol Colorado  
Guadalupe Victoria  
Orilla del Monte  
Toma, La

Municipio de: San Andrés Tuxtla

Unidad Médica Rural en:

SALTO EYIPANTLA, EL

Con cobertura para las localidades de:

Chuniapan de Abajo  
Chuniapan de Arriba  
Compoapan

Municipio de: Sayula

Unidad Médica Rural en:

SAYULA DE ALEMAN

Con cobertura para las localidades de :

Adolfo López Mateos  
Emiliano Zapata o Sayulita  
Florida, La  
Jaramillo  
Marcela  
Palma Morena  
Paraíso Naranja  
Romero Rubio

Municipio de: Temapache

Unidad Médica Rural en:

ESTERO DEL IDOLO

Con cobertura para las localidades de:

Catorce, El  
Jardín, El  
Zanja del Bote

ARTICULO TERCERO.–El Instituto Mexicano del Seguro Social proporcionará los servicios de solidaridad social que a continuación se indican: en las Unidades Médicas Rurales o Urbanas: consulta externa general; asistencia farmacéutica; atención materno infantil y planificación familiar; educación para la salud; orientación nutricional; promoción del saneamiento; inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles.

En las Clínicas Hospital del Campo : consulta externa de la especialidad de medicina familiar; medicina preventiva; atención odontológica ; asistencia farmacéutica; con-

sulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina; Gineco-Obstetricia ; Pediatría; Cirugía y Medicina Interna.

ARTICULO CUARTO. –Las unidades médicas rurales y las clínicas hospital de campo de este programa de solidaridad social por cooperación comunitaria, serán organizadas, administradas y operadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Las unidades médicas rurales se establecerán en las localidades que se señalan en el Artículo segundo de este Decreto. Las Clínicas Hospital del Campo se establecerán estratégicamente por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de proporcionar atención de este nivel de la población servida por las unidades médicas rurales así como a los habitantes de las localidades en donde se establezca.

ARTICULO QUINTO.–Los servicios de solidaridad social que proporcione el Instituto Mexicano del Seguro Social en cumplimiento de este Decreto, son los financiados por el Gobierno Federal.

ARTICULO SEXTO.–Para cumplir con lo establecido en el párrafo tercero del artículo 239 de la ley del Seguro Social los integrantes de los núcleos de la población beneficiados realizarán los trabajos comunitarios cuyo cumplimiento constituirá una obligación genérica de su colectividad y abrirá a la misma el derecho al disfrute de los servicios . El total de los trabajos que aporten las comunidades será el resultado de aplicar un promedio anual de diez jornadas por minuto y se deberá programar y organizar de manera que no interfieran con las actividades productivas normales de las propias comunidades.

Los trabajos comunitarios antes referidos podrán consistir no sólo en trabajos físicos, sino también en otras actividades o formas de participación que propicien, directa o indirectamente, a elevar el nivel sedentario, social y económico de los núcleos de población teniendo en cuenta siempre a las comunidades y las necesidades.

COPLAMAR y el Instituto Nacional Indigenista llevarán a cabo la determinación y evaluación de dichas actividades. En todo lo relacionado con la promoción y fomento de la salud, tales actividades las realizarán de acuerdo a las indicaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTICULO SEPTIMO.–El trabajo comunitario será promovido, organizado y coordinado por el Instituto Nacional Indigenista, que en consulta con COPLAMAR tendrá amplias facultades para determinar junto con las comunidades, los trabajos que se consideren de beneficio para las mismas y, específicamente, con el Instituto Mexicano del Seguro Social en todas aquellas actividades y tareas que se refieren a la promoción y fomento de la salud de las propias comunidades . El Instituto Nacional Indigenista rendirá a COPLAMAR un informe que, será enviado al Instituto Mexicano del Seguro Social para acreditar dichos trabajos.

ARTICULO OCTAVO.–El incumplimiento del trabajo comunitario o de sus equivalentes será causa de la suspensión del servicio de la comunidad y salvo cuando tal situación no sea imputable a la misma. Esta circunstancia

COPLAMAR deberá comunicarla por escrito al Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTICULO NOVENO.—Para la realización del trabajo comunitario así como para determinar sus equivalencias, COPLAMAR promoverá la colaboración y apoyo de las entidades de la Administración Pública Federal que operen en las regiones donde estén asentados los núcleos de población beneficiados, así como de los gobiernos estatales y municipales respectivos.

ARTICULO DECIMO.—COPLAMAR solicitará a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal la colaboración y apoyo que está a su alcance para la organización y promoción del trabajo comunitario y sus equivalentes a que se refiere este decreto.

ARTICULO UNDECIMO.—El gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Programación y Presupuesto cubrirá bimestralmente al Instituto Mexicano del Seguro Social un sexto de las cantidades estimadas como costo de operación actual de las mismas mediante la entrega que haga en los últimos días de los meses de febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre.

Dentro de los tres primeros meses de cada año se realizarán los ajustes procedentes entre las aportaciones efectuadas y los gastos reales, correspondientes al año anterior, cubriéndose de las diferencias.

ARTICULO DUODECIMO.—No son sujetos de aplicación de este Decreto, las personas comprendidas en los artículos 12 y 13 de la Ley del Seguro Social, si están incorporados al Régimen Obligatorio del Seguro Social para aplicación de los artículos 13 último párrafo, 14, 16 y demás relativos a la propia Ley o de otra disposición legal que los determine como sujetos de aseguramiento o en un futuro lo sean de acuerdo con lo establecido en la propia Ley del Seguro Social.

#### **TRANSITORIOS**

ARTICULO PRIMERO.—El Instituto Mexicano del Seguro Social designará en las áreas que entra este Decreto, los recursos que actualmente utiliza en ellas para tal propósito.

ARTICULO SEGUNDO.—Este Decreto entrara en vigor el día de su publicación en el "Diario Oficial" de la Federación.

## Decentralización de los Servicios de Salud. IMSS-COPLAMAR. 1985

### Secretaría de Salubridad y Asistencia

Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR.

Al margen un sello con el escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. –Presidencia de la República.

**MIGUEL DE LA MADRID H.**, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción 1 del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 17, 32, 32 Bis, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 13 Apartado "B" fracción 1, 18 y 19 de la Ley General de Salud; 2o. fracción V y 9o. de la Ley de Planeación, y

#### CONSIDERANDO

Que mediante Acuerdo Presidencial publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de enero de 1977, se creó la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y de los Grupos Marginados (COPLAMAR), para estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y de los grupos marginados, así como sugerir la coordinación de acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y los programas dirigidos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos en el país;

Que para lograr los propósitos de COPLAMAR y para fortalecer las acciones de solidaridad social, ambas instituciones subscribieron el 25 de mayo de 1979 un convenio para establecer el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria "IMSS-COPLAMAR", conforme al cual los costos de inversión y de operación de dicho Programa quedaron a cargo del Gobierno Federal;

Que por Acuerdo Presidencial publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 20 de abril de 1983, se derogó el diverso a que se refiere el primer párrafo de estos Considerandos, por el que se creó COPLAMAR, estableciendo que la Secretaría de Programación y Presupuesto, con la intervención que correspondiera de la de Salubridad y Asistencia; hoy de Salud, promovería lo conducente ante el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social a efecto de que, bajo la normatividad técnica de la ahora Secretaría de Salud y conforme al Programa de Descentralización de los servicios de Salud, el Instituto mencionado se hiciera cargo del programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, en los términos del convenio de mayo de 1979;

Que el párrafo tercero del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, incorpora como garantía social el derecho a la protección de la salud y establece el carácter concurrente de la Federación y entidades federativas en materia de Salubridad General, por lo cual el Sector Salud se ha sumado a la estrategia de descentralización de la vida nacional, como uno de los medios para dar eficacia progresiva a dicho precepto constitucional, y vigorizar el Pacto Federal;

Que el Ejecutivo a mi cargo, en Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de agosto de 1983, fijó las bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora de salud;

Que el anterior Decreto fue fortalecido con el diverso publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 8 de marzo de 1984, que ordena descentralizar a los gobiernos de las entidades federativas, los servicios de salud que presta la ahora Secretaría de Salud en los estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos del convenio celebrado ante el Ejecutivo Federal el 25 de mayo de 1979, con sujeción al Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población abierta y a los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren, en el marco del Convenio Único de Desarrollo;

Que en Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 18 de junio de 1984, se dispuso que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance de dicho proceso;

Que durante el año de 1984 se puso en marcha en las entidades federativas la primera fase del proceso de descentralización de los servicios de salud, consistente en una coordinación programática de los servicios de salud a población abierta, preparatoria de una segunda etapa que se ha iniciado en este año, de integración orgánica de estos servicios para lo cual se pretende signar los respectivos acuerdos de coordinación;

Que conforme a la Ley General de Salud, Reglamentaria del párrafo tercero, del artículo 4o. Constitucional los gobiernos de las entidades federativas deben coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud el cual tiene, entre otros objetivos, el proporcionar servicios de salud a toda la población, entre los cuales se ubica la atención médica y preferentemente al dirigida a grupos vulnerables, como una materia de salubridad general en cuyo ejercicio concurren la Federación y los Estados en los términos y bajo las modalidades que convengan en los acuerdos de coordinación respectivos;

Que conforme al Reglamento Interior de la ahora Secretaría de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federa-*

<sup>1</sup> "Decreto por el cual se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR" en *Diario Oficial, México*, 24 Junio 1985, p. 7-14

ración del 25 de junio de 1984, dicha dependencia cuenta con órganos administrativos desconcentrados por territorio en cada uno de los Estados de la República Mexicana, denominados "Servicios Coordinados de Salud Pública", los cuales han venido ejerciendo las facultades y prestando los servicios asignados a la Secretaría de Salud, en las entidades federativas;

Que la descentralización de la vida nacional, como una de las estrategias rectoras del Plan Nacional de Desarrollo que tiende al fortalecimiento del federalismo mexicano y se sustenta en la política de desarrollo regional que alinea el Gobierno de la República, propiciando la participación de los gobiernos locales en el ejercicio de acciones de interés coincidente, hace necesario actualizar el Decreto de 8 de marzo de 1984 para ubicarlo dentro del contexto de la integración orgánica de los servicios de salud, en que se encuentra en proceso de descentralización que lleva a cabo la Secretaría de Salud, he tenido a bien expedir el siguiente:

### DECRETO

**ARTÍCULO ÚNICO.**—Se adiciona con un artículo 12o. el Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 8 de marzo de 1984, por el que se ordena descentralizar a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la ahora Secretaría de Salud en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado "IMSS-COPLAMAR", porporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social para quedar como sigue:

**ARTÍCULO 12.**—Los órganos administrativos desconcentrados por territorio de la Secretaría de Salud, denominados "Servicios Coordinados de Salud Pública", a que se refieren los artículos 42, 43 y 44 de su Reglamento Interior, se irán extinguiendo en forma gradual y progresiva en la medida que se vaya consolidando la descentralización operativa y la integración orgánica de los servicios de salud, en cada entidad federativa, sustituyéndose por la estructura administrativa que acuerde el gobierno estatal correspondiente, bajo cuya dirección, coordinación y conducción quedarán esos servicios, para que con los derivados del Programa IMSS-COPLAMAR se conformen los servicios estatales de salud.

Los Secretarios de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, tomarán las medidas conducentes y realizarán los actos que se requieran, a efecto de extinguir, en la misma forma que la señalada en el párrafo anterior, los efectos del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, que administra y opera el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como para convenir con éste los apoyos logísticos que deba proporcionar a los gobiernos de los Estados, a fin de evitar deterioros en la operación de los servicios, de conseguir que se amplíe la cobertura y mejorar la calidad de los mismos y se abaten duplicaciones y omisiones.

La Secretaría de Salud transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos de los Servicios Coordinados de Salud Pública, conforme se vaya realizando la entrega de los servicios de salud en cada entidad federa-

tiva, con sujeción a los acuerdos de coordinación que al efecto se suscriban y demás disposiciones aplicables.

Los recursos destinados al Programa de Solidaridad Social por Cooperación comunitaria IMSS-COPLAMAR, identificados por entidad federativa, serán transferidos a la Secretaría de Salud conforme se vaya realizando a la entrega de los servicios a los gobiernos estatales, a fin de que por su conducto y con apoyo en la normativa que señale la Secretaría de Programación y Presupuesto, se transfieran a los gobiernos de las entidades federativas.

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.**—El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*.

**SEGUNDO.**—Las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y Desarrollo Urbano y Ecología, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, vigilarán que, a través de los instrumentos que correspondan, se realicen los trasposos y las transferencias que conforme al presente decreto resulten procedentes.

**TERCERO.**—Las unidades aplicativas que con anterioridad hayan sido incorporadas al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, continuarán destinadas al mismo fin y su transferencia se realizará en los términos que se convengan con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**CUARTO.**—Se respetarán los derechos del personal adscrito a los Servicios Coordinados de Salud Pública y al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, que se involucren en el proceso de descentralización.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticuatro días del mes de mayo de mil novecientos ochenta y cinco.—El Secretario de Programación y Presupuesto, *Carlos Salinas de Gortari*.—Rúbrica. —El Secretario de Desarrollo Urbano y Ecología, *Guillermo Carrillo Arena*, —Rúbrica. —El Secretario de la Contraloría General de la Federación, *Francisco Rojas Gutiérrez*.—Rúbrica. —El Secretario de Salud, *Guillermo Soberón Acevedo*.—Rúbrica.

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, para la integración orgánica y la descentralización operativa de servicios de salud en la Entidad.

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos. —Secretaría de Salud.—SSA/Gobierno del Estado de Tlaxcala.

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, y el Instituto

Mexicano del Seguro Social, a quienes en lo sucesivo se le denominará SPP, SECOGEF, SEDUE, SSA e IMSS respectivamente, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala a quien en lo sucesivo se denominará Gobierno del Estado, para la integración orgánica y la descentralización operativa de servicio de salud en la Entidad, de conformidad con los antecedentes y cláusulas siguientes:

### ANTECEDENTES

1.- De conformidad con la Constitución de 1917 y de acuerdo a los diversos Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos que han tenido vigencia para reglamentar la salubridad general de la República, se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, orientados al propósito de lograr la concurrencia del Gobierno Federal y de los Estados en materia de salud; sin embargo, la dinámica histórica y administrativa de los servicios provocó un proceso centralizador en la materia sanitaria que el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud se propone revertir.

2.- El nuevo párrafo tercero del artículo 4o. de la Constitución Política de la República proporciona la base de ese programa, al disponer que el Gobierno Federal y los Estados concurrirán en la salubridad general como lo prevenga la Ley.

3.- El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 establece como uno de los propósitos de la actual administración, para materializar la nueva garantía constitucional del derecho a la protección de la salud, tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo homogéneo y razonable de calidad.

Dentro de las estrategias que dicho Plan contempla para tal efecto, se encuentra la consolidación del Sistema Nacional de Salud, en el que se incluyen como aspectos sustanciales la integración programática sectorial, la descentralización a las entidades federativas de los servicios proporcionados a población abierta, y el fortalecimiento de la infraestructura básica de servicios.

4.- El 1o. de julio de 1984 entró en vigor la Ley General de Salud reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4o. constitucional, que previene las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia del Gobierno Federal y de las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, dispone que ambos órdenes de gobierno podrán establecer, mediante acuerdos de coordinación, estructuras administrativas a cuyo cargo quedarán los servicios de salubridad general que correspondan y la administración de recursos humanos, materiales y financieros que aporten las partes.

5.- El Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de agosto de 1983, fija las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy de Salud.

6.- El mencionado Decreto se vio reforzado por el diverso del 8 de marzo de 1984, que ordena la descentralización de los Servicios de Salud en los Estados y del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, a cargo del Instituto

Mexicano del Seguro Social, estableciendo los mecanismos, estrategias y plazos del proceso de descentralización.

7.- Conforme al Decreto Presidencial del 8 de marzo de 1984 y al Convenio Unico de Desarrollo (CUD) celebrado en 1984 se llevó a cabo la etapa de coordinación programática de los servicios de salud a población abierta en la Entidad, bajo la conducción y rectoría del Titular del Ejecutivo Federal, habiéndose obtenido los productos esperados de esta etapa del proceso de descentralización.

8.- En el marco del CUD el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud, celebró con el Titular del Ejecutivo Estatal el Acuerdo de coordinación para la descentralización de los servicios de salud a población abierta, estableciendo el programa de descentralización de dichos servicios en la Entidad Federativa.

9.- En el convenio Unico de Desarrollo 1985 los Ejecutivos Federal y Estatal se comprometen a formalizar un acuerdo de coordinación para la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta y para constituir la estructura administrativa que tomará a su cargo la prestación de servicios médicos a población abierta y las de salud pública que corresponda, así como definir la participación de la Administración Pública Estatal en lo que corresponde al ejercicio de materias de salubridad general que esta instancia puede ejercer en su calidad de autoridad sanitaria.

10.- La descentralización de facultades en materia sanitaria del ejercicio de atribuciones en materia de salubridad local, requiere de la instrumentación de servicios apropiados, provistos de las facultades de autoridad que precisa la actividad sanitaria para apoyar el establecimiento sanitario.

11.- El Gobierno del Estado, atendiendo al párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional y a la distribución de competencias previstas en la Ley General de Salud, expidió la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, en la cual se previene su participación en el ejercicio de facultades en materia de salubridad general y se regula el ejercicio de las materias de salubridad local, con la participación de los Municipios, con el propósito de establecer y consolidar el Sistema Estatal de Salud.

En base a los antecedentes mencionados y con fundamento en los artículos 4o. y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 32, 32bis, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17, 33 y 34 de la Ley de Planeación; 4o., 5o., 6o., 13, 17, 40, 41 y 42 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; 1o., 2o., 15, 17 y 20 de la ley para el control, por parte del Gobierno Federal, de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal; 9o., 10, 14, 37, 38, 39, 41, 44, y 47 de la Ley General de Bienes Nacionales; 3o., 4o., 7o., 9o., 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 36, 181, 194, 199, 300, 302, 313, 379, 393, 396 y demás relativos de la Ley General de Salud; 70 fracción XXVII de la Constitución Política del Estado de Tlaxcala; 3o., 42 y 62 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado; 12, inciso a), fracción VI, y demás relativos de

la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, los Ejecutivos Federal y Estatal convienen en suscribir el presente Acuerdo, cuya ejecución se realizará al tenor de las siguientes:

### CLAUSULAS

PRIMERA.—El presente Acuerdo tiene por objeto:

I. La integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta que prestan en la Entidad la SSA y el Gobierno del Estado a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública, y el IMSS a través del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria;

II. Establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la descentralización del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que corresponden a la SSA y para la integración de un sistema estatal de regulación y fomento sanitario con el que concurren los tres niveles de gobierno.

III. Establecer las bases para la prestación de los servicios estatales de salud por parte de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, responsable de la presentación de servicios de atención médica, de salud pública, de regulación sanitaria y de salubridad local, así como de la coordinación del Sistema Estatal de Salud.

IV. Convenir las bases para la consolidación del Sistema Estatal de Salud.

SEGUNDA.— La SSA y el Gobierno del Estado convienen en que de conformidad con la distribución de competencias que en materia de salubridad general establece la Ley General de Salud y en las disposiciones legales estatales aplicables, el Gobierno del Estado, por conducto de la Secretaría de Salud del propio Gobierno del Estado en virtud del presente Acuerdo tendrá a su cargo lo siguiente:

I. Coordinar el Sistema de Salud a través de las instancias y mediante los mecanismos que al efecto se establezcan, con la participación que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal;

II. Participar en el ejercicio de las facultades de regulación sanitaria cuya competencia corresponde a la SSA, en los términos de los Artículos 13, inciso a) y 18 de la Ley General de Salud, en el ámbito de su competencia, conforme al presente Acuerdo y demás que se celebren y con estricto apego a las normas técnicas que la SSA determine;

III. Operar los servicios de salubridad general a que se refiere el inciso b) del artículo 13 de la Ley General de Salud, relativos a la atención médica y a la salud pública que corresponda, con estricto apego a la normativa técnica que establezca la SSA.

IV. Dirigir la operación y controlar los servicios estatales de salud, y

V. Prestar los servicios que le correspondan en materia de salubridad local, en los términos de la Ley Estatal de Salud y de las demás disposiciones legales aplicables.

TERCERA.— El Gobierno del Estado contará con los elementos necesarios que le permitan coordinar el Sistema Estatal de Salud a través del titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado quien al efecto contará con las siguientes atribuciones y facultades:

I. Fungir como coordinador del Sistema Estatal de Salud y como coordinador del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE.

II. Representar al titular del Ejecutivo Estatal en los Órganos Colegiados correspondientes de las Unidades Regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado así como en los Órganos del Gobierno del DIF Estatal y de los organismos que tengan actualmente a su cargo la prestación de servicios locales de seguridad social, en los términos de las disposiciones legales aplicables;

III. Vigilar e informar sobre el cumplimiento de este Acuerdo, de la Ley General de Salud, de la Ley Estatal de Salud, del Programa Nacional de Salud, del Programa Estatal de Salud y de otras disposiciones legales aplicables.

IV. Evaluar la ejecución del Programa Estatal de Salud, y

V. Las demás que le confieran la Ley Estatal de Salud, este Acuerdo y las demás disposiciones legales aplicables.

CUARTA.— El Gobierno del Estado participará en la prestación de servicios correspondientes a la regulación sanitaria que corresponden a la SSA, conforme a la Ley General de Salud. El ejercicio de estas funciones se llevará a cabo por conducto de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, de conformidad con los Acuerdos específicos que se suscriban, y con apego a las disposiciones legales federales y estatales aplicables y a las normas técnicas que establezca la SSA.

Las partes coadyuvarán al establecimiento y operación de un sistema estatal de regulación y fomento sanitario que forme parte del Sistema Estatal de Salud, y de un sistema nacional de regulación y fomento sanitario, para lo cual celebrarán los acuerdos de coordinación que al efecto se requieran.

La SSA, en su carácter de autoridad sanitaria federal se reservará en todo momento la facultad de realizar directamente todo acto y de emitir toda resolución que le compete originalmente conforme a la Ley General de Salud, asimismo, la SSA se reserva el derecho de revocar la coordinación del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que le corresponden y que por la suscripción del presente instrumento y por los Acuerdos específicos que se celebren, quedarán a cargo del Gobierno del Estado.

QUINTA.— La SSA y el Gobierno del Estado conviene en que este último tendrá a su cargo la dirección, la coordinación y la conducción operativa de los servicios estatales de salud; para tal efecto, el Gobierno del Estado operará los servicios correspondientes a las siguientes materias de salubridad general:

- La atención médica.
- La planificación familiar.
- La salud mental.
- La formación de recursos humanos para la salud.
- La educación para la salud.
- La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
- La prevención y control de enfermedades transmisibles.
- La prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.
- La prevención de la invalidez y la rehabilitación de inválidos, con la participación que, en su caso, corresponda al Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- El programa contra el alcoholismo.
- El programa contra el tabaquismo.
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
- La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos.
- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en la entidad.
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, y
- La salud ocupacional.

SEXTA.- El Gobierno Federal a través de la SSA, tendrá a su cargo las siguientes atribuciones en cuanto a la operación de los servicios de salubridad general.

I.- Expedir, promover y vigilar el cumplimiento de las normas técnicas para la operación de los programas de servicio de salud, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud;

II.- Emitir las políticas y procedimientos de planeación, programación y presupuestación.

III.- Coordinar el Sistema Nacional de Información de Salud.

IV.- Prestar asesoría jurídica.

V.- Establecer de conformidad con las normas y lineamientos generales de SPP y de SECOGEF el sistema de evaluación que permita conocer la operación de los servicios y el cumplimiento de los programas de salud.

VI.- En caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofes que afecten al País, a la Entidad o a una región de ésta, la SSA podrá intervenir directa y temporalmente en los servicios en la forma que considere convenientemente en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, de conformidad con lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VII.- Aprobar los programas y presupuestos que habrán de ser, respectivamente, instrumentados y ejercidos por los servicios, y transferir los recursos autorizados para su operación, atendiendo a los proyectos que al efecto le presente el Gobierno del Estado.

VIII.- Analizar y autorizar los catálogos de puestos, así como los tabuladores de sueldos y la creación de puestos que proponga el Gobierno del Estado para la prestación de los servicios, con sujeción a las normas generales que al efecto emita SPP;

IX.- Ordenar y realizar directamente visitas, inspecciones y auditorías a los servicios, a cualquiera de sus unidades administrativas y operativas, en los términos de Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y de su reglamento, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y de las demás disposiciones legales federales aplicables sin perjuicio de las atribuciones con que cuenta el Gobierno del Estado del de SECOGEF;

X.- Designar en cualquier tiempo, un supervisor temporal o permanente con plenas facultades para visitar, conocer, analizar y evaluar las actividades de los servicios en lo operativo, administrativo, programático-presupuestal y financiero, y

XI.- Las demás que le confieren el presente Acuerdo y las disposiciones legales aplicables.

SEPTIMA.- Los servicios de salud que presta la SSA en el Estado y los que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominada "IMSS-COPLAMAR" se descentralizan al Gobierno del Estado para que se integren orgánicamente en los servicios estatales de salud a cargo de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a los acuerdos de coordinación que en lo sucesivo se celebren y los anexos técnicos que se integren al presente Acuerdo.

OCTAVA.- En el ejercicio coordinado de los servicios que se descentralizan se estará a lo siguiente.

I.- La SSA fungirá como instancia de programación-presupuestación nacional, de financiamiento, de normativa técnica y de evaluación;

II.- El Gobierno del Estado tendrá a su cargo la dirección, coordinación y conducción operativa de los servicios, y

III.- La SSA y el IMSS prestarán los apoyos logísticos que el Gobierno del Estado solicite al Gobierno Federal por conducto de la SSA.

Con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios y a la ampliación de su cobertura, las partes convienen que la SSA, el Gobierno del Estado y el IMSS prestarán apoyo logístico a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado en la prestación de los servicios estatales de salud, en los términos de los Acuerdos de Coordinación que al efecto se celebren, con la participación del IMSS.

NOVENA.- En atención a lo dispuesto por la Ley General de Salud, las partes convienen aportar recursos financieros para sufragar la operación de los servicios y para realizar inversiones para el mejoramiento y ampliación de la infraestructura de servicios existentes, en

términos del presente Acuerdo, de los acuerdos de coordinación específicos que al efecto se celebren y de los anexos técnicos que se convengan anualmente, los cuales pasarán a formar parte de este instrumento.

Los recursos correspondientes que aporten el Gobierno Federal, a través de la SSA, el Gobierno del Estado y los municipios a los servicios estatales de salud quedarán sujetos al régimen legal que le corresponda en los términos del presente y de los demás acuerdos de coordinación que al efecto celebren.

Las partes convienen en implantar un manual de procedimientos programáticos y presupuestales que aseguren flexibilidad y agilidad en el manejo de recursos financieros, así como seguridad en el destino de los recursos que ejercerá la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, promoviéndose al efecto los requerimientos de información y programática y presupuestal que permitan dar cumplimiento a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y demás disposiciones legales federales aplicables.

Al efecto se integrarán un solo presupuesto en la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, comprometiéndose el Gobierno Federal a transferirle los recursos a su cargo a través de la SSA.

DECIMA.—La SSA pone a disposición del Gobierno del Estado, en uso gratuito, los bienes muebles con los que actualmente cuentan las unidades administrativas y aplicativas de la Secretaría de Salud y el Programa "IMSS-COPLAMAR" en la Entidad, con la participación que corresponda a la SPP, SECOGEF, IMSS, por conducto de SEDUE y de SSA sujetándose a los artículos 37, 38, 39, 41 y demás relativos de la Ley General de Bienes Nacionales y a los conducentes de la Ley del Seguro Social.

La entrega de los bienes muebles e inmuebles a que se refiere el anterior párrafo, debidamente inventariados, se realizará conforme a las disposiciones administrativas y legales conducentes, quedando obligadas las partes a regularizar los derechos respectivos a favor del Gobierno del Estado que se deriven de dicha entrega.

DECIMA PRIMERA.—Las partes convienen en que los derechos laborales adquiridos por el personal que pasa a laborar en la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado serán debidamente respetados, conforme a las disposiciones legales aplicables y a los términos del presente Acuerdo.

DECIMA SEGUNDA.—Los trabajadores a que hace alusión la cláusula anterior, dependerán funcionalmente y operativamente del Secretario de Salud del Gobierno del Estado, sin perjuicio de su relación laboral con la SSA y de su afiliación al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado actuará en nombre y por cuenta de la SSA en lo relativo a las relaciones laborales de naturaleza individual con los trabajadores que se incorporen a la dependencia citada en primer término. Para tal efecto la SSA delega al titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado las facultades,

atribuciones, y obligaciones que se especifican en las Condiciones Generales de Trabajo de la SSA y de conformidad con el Sistema Integrado de Administración de Personal. Los asuntos laborales de naturaleza colectiva que se susciten entre la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado y los trabajadores incorporados en virtud de la integración orgánica de los servicios de salud, serán tratados por la SSA exclusivamente con la representación nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

La relación de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado con la representación de los trabajadores se llevará a cabo a través de la sección o secciones correspondientes del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA.

DECIMO TERCERA.—El personal proveniente del Programa de Solidaridad Social por Participación comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR" en la Entidad, pasará a laborar a la Secretaría de Salud en los términos del convenio que celebren en la SPP, SECOGEF, SEDUE, SSA e IMSS, de los acuerdos de coordinación que, en su caso, al efecto se celebren y conforme a los anexos técnicos que se acompañan al presente Acuerdo.

DECIMA CUARTA.—Con el propósito de apoyar la economía y condiciones de vida de la población y de dar apoyo a la organización de trabajos comunitarios como mecanismo de contraprestación de los servicios y de mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la SPP, la SSA y el Gobierno del Estado convienen realizar los actos necesarios para eximir del pago de las contraprestaciones en efectivo a los servicios de atención médica y del pago de medicamentos que en cada caso se determinen en los acuerdos de coordinación específicos que al efecto se celebren.

Los ingresos que se dejen de percibir en virtud de estas exenciones serán financiados por la SSA y por el Gobierno del Estado en los términos del acuerdo de coordinación que se celebren.

DECIMA QUINTA.—El Gobierno del Estado y la SSA convienen en que de conformidad con lo dispuesto en el presente Acuerdo y de manera temporal, en tanto se celebren los sistemas administrativos de información, de operación y control únicos para la prestación de servicios de salud se contará con los apoyos de la SSA y del IMSS en los términos siguientes:

I. La SSA continuará temporalmente proporcionando los servicios de apoyo necesarios para la operación de los servicios de atención médica y para el ejercicio de las facultades de regulación sanitaria, actualmente a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado;

II. El IMSS continuará temporalmente prestando los servicios de apoyo correspondientes a las unidades operativas del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

DECIMA SEXTA.—Para la eficaz instrumentación de este Acuerdo, la SSA y el Gobierno del Estado se comprometen a realizar durante 1985, entre otras acciones, implantar y poner en operación:

I. El programa estatal de salud a Población Abierta autorizado, así como llevar a cabo su seguimiento y evaluación;

II. El Sistema Integrado de Administración de Personal de los Servicios Estatales de Salud, el cual operará en forma descentralizada a partir del 1.º de julio de 1985;

III. El Sistema Único de Abastecimiento para los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado;

IV. El Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles de atención conforme a las normas emitidas por la SSA;

V. El Sistema Integrado de Información en Salud y de Servicios de Salud, conforme a las normas de la SSA, a partir del 1.º de enero de 1986;

VI. El Sistema de Contabilidad y Cuentas, de conformidad con las normas de la SSA;

VII. El fortalecimiento de la operación del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE y de sus grupos de trabajo, y

VIII. El Sistema de conservación y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física y el equipamiento de las unidades operativas, así como para conservar y mantener las unidades en operación, considerando como prioritarias estas actividades.

DECIMA SEPTIMA.— Los Manuales Básicos son los instrumentos normativos que se utilizarán para el cumplimiento de los programas, normas técnicas y sistemas integrados a que se refiere la cláusula anterior, los cuales se integran como anexos técnicos al presente Acuerdo.

Los Manuales Básicos a que se hace alusión en el párrafo anterior son los siguientes:

- Modelo de Atención a la Salud.
- Estudio de Regionalización Operativa.
- Manual de Organización y Funcionamiento de Unidades.
- Manual de Organización de Jurisdicciones Sanitarias.
- Manual de Referencia y Contrarreferencia.
- Manual de Vigilancia Epidemiológica.
- Sistema Estatal de Información Básica.
- Manual Operativo de Enseñanza y Capacitación.
- Manual de Programación—Presupuestación.
- Manual de Contabilidad y Cuentas.
- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.
- Catálogo de Puestos y Tabular Único.
- Plantilla Personal.
- Manual para el Registro y Control de Bienes e Inmuebles.
- Manual para la Prestación de Servicios Generales.
- Manual Supervisión de Servicios.
- Manual de Abastecimiento y Suministro.
- Manual de Conservación y Mantenimiento para Unidades de Primer Nivel.
- Manual de Indicadores para la evaluación de los Servicios de Salud.

- Manuales de Autoevaluación para unidades del primer y segundo niveles de atención a la salud.
- Manual de Evaluación para la Descentralización.

DECIMA OCTAVA.— Para efecto de la Cláusula anterior, las partes se comprometen a que durante el segundo semestre de 1985 se contará con todos los manuales administrativos y las normas técnicas que se requieran en la prestación de los servicios de la salud en el Estado.

DECIMA NOVENA.— Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Acuerdo, las partes convienen en celebrar los acuerdos de coordinación específicos que al efecto se requieran a propuesta de cualquiera de las partes, así como llevar a cabo la revisión periódica y sistemática de su contenido y de las respectivas aportaciones financieras que con lleva su instrumentación.

VIGESIMA.— Las partes convienen en ejecutar el programa de trabajo que forma parte de este Acuerdo como anexo técnico en el que se establecen acciones, responsabilidades y plazos para dar cumplimiento efectivo a las disposiciones del presente Acuerdo, de tal manera que antes de concluir 1985 los servicios se encuentren cabalmente integrados bajo esquemas uniformes de operación.

VIGESIMA PRIMERA.— La SSA se compromete a promover ante el Ejecutivo Federal la extinción de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Tlaxcala, de conformidad con las formalidades y procedimientos legales correspondientes.

En tanto se formaliza la extinción a que se hace referencia en el párrafo anterior, el Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Tlaxcala, asumirá la doble modalidad de jefe de los servicios y en tal carácter, se considerará y conducirá como agente federal.

VIGESIMA SEGUNDA.— La SSA, SPP, SECOGEF e IMSS tomarán las medidas jurídico-administrativas necesarias para que el Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR" deje de surtir efectos en el Estado de Tlaxcala en los términos del Convenio específico correspondiente.

VIGESIMA TERCERA.— Los casos de duda sobre la interpretación del presente Acuerdo y las controversias que pudieran suscitarse con motivo de su ejecución, se resolverán conforme al mecanismo establecido al respecto con el Convenio Único de Desarrollo en vigor.

VIGESIMA CUARTA.— El presente Acuerdo surtirá sus efectos a partir del día siguiente de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación* en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

VIGESIMA QUINTA.— Las partes acuerdan que el presente Acuerdo tendrá vigencia permanente y, en su caso, podrá adicionarse o modificarse de común acuerdo de las partes.

Para su observancia y cumplimiento se firma en la Ciudad de Tlaxcala, Tlax., el día 24 de mayo de mil novecientos ochenta y cinco.— Testigo de Honor: Presidente de la República, Miguel de la Madrid H.— Rúbrica.— El Se-

cretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de G.–Rúbrica.–El Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, Tulio Hernández Gómez.–Rúbrica.–El Secretario de la Contraloría General de la Federación, Francisco Rojas Gutiérrez.–Rúbrica.–El Secretario de Gobierno del Estado, Carlos Hernández García.–Rúbrica.–El Secre-

tario de Desarrollo Urbano y Ecología, Guillermo Carrillo Arena.–Rúbrica.–El Secretario de Salud del Gobierno del Estado, Luis Carbajal Espino.–Rúbrica.–El Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.–Rúbrica.–El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ricardo García Sañz.–Rúbrica.