

**PERIODICO****OFICIAL****DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE DURANGO**

**SEGUNDO SEMESTRE  
LAS LEYES DECRETOS Y DEMAS DISPOSICIONES  
SON OBLIGATORIAS POR EL SOLO HECHO DE PUBLICARSE  
EN ESTE PERIODICO**

**FRANQUEO PAGADO****PUBLICACION PERIODICA****PERMISO NUM.=001-1082****CARACTERISTICAS: 113182816****AUTORIZADO POR SEPOMEX****DIRECTOR RESPONSABLE EL C. SECRETARIO GRAL. DEL GOBIERNO DEL EDO.****SEGUNDO SEMESTRE****S U M A R I O****PODER EJECUTIVO DEL ESTADO**

CONVOCATORIA 005.-	RELATIVA A LA LICITACION No. 39064002-005-99, PARA LA CONTRATACION DE EQUIPO DE CARBURACION Y BLINDAJE DE TANQUE DE GAS, EXPEDIDA POR LA-SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION.-.....	PAG. 3
CONVOCATORIA 010.-	RELATIVA A LA LICITACION PUBLICA NACIONAL No. 39053002-011-99 PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACION, EXPEDIDA POR -LA SECRETARIA DE SALUD.-.....	PAG. 4
SOLICITUD.-	QUE ELEVAN ANTE EL C. GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO, EL CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL SAN ANTONIO DE PADUA DEL MEZQUITAL, DGO., PARA LA AMPLIACION DE RUTA.-.....	PAG. 5

**CONTINUA SIGUIENTE PAGINA**



AVISO AL PUBLICO.-	DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA, POR EL CUAL SE-CAMBIA LA DENOMINACION Y COMPETENCIA POR MATE-RIA DEL JUZGADO PRIMERO DE LO MERCANTIL DE -ESTE PRIMER DISTRITO JUDICIAL CON SEDE EN LA-CIUDAD DE DURANGO, DGO., PARA QUE EN LO SUCE-SIVO SE DENOMINE JUZGADO TERCERO DE LO CIVIL-DE ESTE MISMO DISTRITO.-.....	PAG. 6
AVISO DE DESLINDE.-	DEL PREDIO PRESUNTA PROPIEDAD NACIONAL DENOMI-NADO "LA PEÑA", UBICADO EN EL MUNICIPIO DE --OCAMPO, DGO.-.....	PAG. 7
E D I C T O.-	EXPEDIDO POR EL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DEL SEPTIMO DISTRITO RELATIVO A CONFLICTO SEPARA-CION DE COMUNEROS, PROMOVIDO POR LA COMUNIDAD "BOCA DE SANTA CATARINA", DE TEPEHUANES, DGO. EN CONTRA DE ANTONIO ROACHO TORRES Y OTROS.--	PAG. 8
E D I C T O	EXPEDIDO POR EL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DIS-TRITO SIETE, RELATIVO AL JUICIO SUCESORIO IN-TESTAMENTARIO EJIDAL DEL POBLADO PINOS ALTOS, DE NUEVO IDEAL, DGO.-.....	PAG. 10
E D I C T O.-	EXPEDIDO POR EL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DIS-TRITO SIETE, RELATIVO AL JUICIO SUCESORIO IN-TESTAMENTARIO EJIDAL DEL POBLADO AGUAJITO Y -SUS ANEXOS MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.-.....	PAG. 11
A C U E R D O.-	POR EL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO -SOCIAL PUBLICA LOS LINEAMIENTOS GENERALES DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.- PUBLICADO EN EL -DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION No. 7 DE FECHA 12 DE MAYO DE 1999.-.....	PAG. 12
D E C R E T O.-	POR EL QUE SE CREA EL ORGANISMO DESCENTRALIZA-DO DENOMINADO CENTRO DE INGENIERIA Y DESARRO-LLO INDUSTRIAL.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFI-CIAL DE LA FEDERACION No. 5 DE FECHA 10 DE MA-YO DE 1999.-.....	PAG. 24
	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO	
3 A C T A S.-	DE EXAMEN PROFESIONAL DE LOS SIGUIENTES:	
	- ALMA ROSA RIVAS CASTRO	PAG. 26
	- ELENA RIVERA VILLELA	PAG. 27
	CESAR RODRIGUEZ FRAYRE	PAG. 28



# SECRETARIA DE FINANZAS Y ADMINISTRACION DEL ESTADO DE DURANGO

Unidad de Compras  
Licitación Pública Nacional

Convocatoria: 005

De conformidad con lo que establece la normatividad Estatal en materia de Adquisiciones, Arrendamientos Y Servicios, se convoca a los interesados en participar en la(s) licitación(es) de carácter nacional para la contratación de EQUIPO DE CARBURACIÓN Y BLINDAJE DE TANQUE DE GAS de conformidad con lo siguiente:

No. de licitación	Costo de las bases	Fecha límite para adquirir bases	Junta de aclaraciones	Presentación de proposiciones y apertura técnica	Acto de apertura económica
39064002-005-99	\$2,000 Costo en compraNET: \$1,500	23/09/1999	24/09/1999 14:00 horas	30/09/1999 11:00 horas	01/10/1999 11:00 horas

Partida	Clave CABMS	Descripción	Cantidad	Unidad de medida
1	0000000000	EQUIPO DE CARBURACIÓN PARA GAS	80	PIEZA
2	0000000000	BLINDAJE PARA TANQUE DE GAS	80	PIEZA

\* Las bases de la licitación se encuentran disponibles para consulta y venta en Internet: <http://compranet.gob.mx>, o bien en: 5 de Febrero Pte. No. 218, Colonia Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Durango; con el siguiente horario: 9:00 A 15:30 HORAS.

\* La procedencia de los recursos es: Local.

\* La forma de pago es: EN LAS OFICINAS DE RECAUDACIÓN DE RENTAS: EFECTIVO, CHEQUE CERTIFICADO O CHEQUE DE CAJA EXPEDIDO A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN. En compraNET mediante los recibos que genera el sistema.

\* La junta de aclaraciones se llevará a cabo el día 24 de septiembre de 1999 a las 14:00 horas en: SALA DE ACUERDOS DE LA SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN., ubicado en: Calle 5 de Febrero Pte. Número 800, Colonia Zona Centro, Planta Alta, C.P. 34000, Durango, Durango; de acuerdo a lo establecido en bases.

\* El Acto de presentación de propuestas técnica y económica será el día: 30 de septiembre de 1999 a las 11:00 horas.

\* La apertura de la propuesta técnica se efectuará el día: 30 de septiembre de 1999 a las 11:00 horas, y la apertura de la propuesta económica el día: 1 de octubre de 1999 a las 11:00 horas en 5 de Febrero Pte. No. 800, Colonia Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Durango.

\* El idioma en que deberán presentarse las proposiciones será: Español.

\* La(s) moneda(s) en que deberá(n) cotizarse la(s) proposición(es) será(n): Peso Mexicano.

\* Lugar de entrega: DIRECCIÓN DE PATRIMONIO DEL GOBIERNO DEL ESTADO, los días LUNES A VIERNES en el horario de entrega: 09:00 A 15:30 HORAS.

\* Plazo de entrega :30 DIAS NATURALES A PARTIR DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

• Las condiciones de pago serán: SE EFECTUARA EN UN PLAZO DE 20 DIAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN E INSTALACIÓN DE LOS BIENES Y FACTURA DEBIDAMENTE REQUISITADA.

• LOS CRITERIOS GENERALES DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO SERÁN SEGÚN LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 35 DE LA LEY DE LA MATERIA.



Durango, Durango 16 de septiembre de 1999  
LIC. CARLOS LÓPEZ PORTILLO GONZÁLEZ  
Subsecretario de Administración  
Rúbrica



# SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE DURANGO

## Departamento de Recursos Materiales

### Licitación Pública Nacional

Convocatoria: 010

De conformidad con lo que establece la normatividad Estatal en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, se convoca a los interesados en participar en la(s) licitación(es) de carácter nacional para la contratación de ADQUISICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACION de conformidad con lo siguiente:

No. de licitación	Costo de las bases	Fecha límite para adquirir bases	Junta de aclaraciones	Presentación de proposiciones y apertura técnica	Acto de apertura económica
39053002-011-99	\$1,000	23/09/1999	23/09/1999 10:00 horas	30/09/1999 10:00 horas	05/10/1999 10:00 horas
	Costo en compranET: \$900				

Partida	Clave CABMS	Descripción	Cantidad	Unidad de medida
1	0000000000	010-000-0202	100	ENVASE CON 50 AMPULAS
2	0000000000	010-000-0204	30	ENVASE CON 50 AMPULAS
3	0000000000	010-000-0206	120	ENVASE CON 5 AMPULAS DE 1 ML.
4	0000000000	010-000-0221	250	FCO.-AMPULA 20 ML.
5	0000000000	010-000-0226	120	FCO.-AMPULA 10 ML.

- \* Las bases de la licitación se encuentran disponibles para consulta y venta en Internet: <http://compranet.gob.mx>, o bien en: CUAUITEMOC No. 225 NTE., Colonia CENTRO, C.P. 34000, Durango.
- \* La procedencia de los recursos es: ESTATAL.
- \* La forma de pago es: EN EL DOMICILIO DE LA CONVOCANTE, SITO EN CALLE CUAUITEMOC #225 NTE., C.P. 34000, ZONA CENTRO, DURANGO, DGO., CON CHEQUE CERTIFICADO O DE CAJA A FAVOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO. En compranET mediante los recibos que genera el sistema.
- \* La junta de aclaraciones se llevará a cabo el día: 23 de septiembre de 1999 a las 10:00 horas en: SALA DE JUNTAS ANEXA AL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, ubicado en: Calle CUAUITEMOC Número 225 NTE., Colonia CENTRO, C.P. 34000, Durango, Durango.
- \* El Acto de presentación de propuestas técnica y económica será el día: 30 de septiembre de 1999 a las 10:00 horas.
- \* La apertura de la propuesta técnica se efectuará el día: 30 de septiembre de 1999 a las 10:00 horas., y la apertura de la propuesta económica el día: 5 de octubre de 1999 a las 10:00 horas en CUAUITEMOC No. 225 NTE., Colonia CENTRO, C.P. 34000, Durango, Durango.
- \* El idioma en que deberán presentarse las proposiciones será: Español.
- \* La(s) moneda(s) en que deberá(n) cotizarse la(s) proposición(es) será(n): Peso Mexicano.
- \* Lugar de entrega: ALMACEN ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, SITO EN CALLE SAN SALVADOR #206, FRACC. GUADALUPE, C.P. 34220, DURANGO, DGO., los días LUNES A VIERNES en el horario de entrega: 8:00 A 14:30 HRS..
- \* Plazo de entrega: 25 DE OCTUBRE DE 1999
- \* Las condiciones de pago serán: 20 DIAS DESPUES DE ENTREGAR LA TOTALIDAD DE LOS BIENES Y A CONFORMIDAD DE LA CONVOCANTE
- \* LOS CRITERIOS DE ADJUDICACION SERAN DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 35 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS..

Durango, Durango, 16 de septiembre de 1999  
C.P. MANUEL GUERRERO REYES  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Rúbrica  




## SUBDIRECCION GENERAL DE TRANSPORTES

ANTE EL C. LIC. ANGEL SERGIO GUERRERO MIER, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO, EL CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL SAN ANTONIO DE PADUA DEL MEZQUITAL, DGO., PRESENTO SOLICITUD EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

".....EN ATENCION A LA APREMIANTE NECESIDAD DEL SERVICIO DE TRANSPORTE - QUE VIVIMOS LOS HABITANTES INDIGENAS Y MESTIZOS DE LA REGION DE HUAZAMOTA DEL MUNICIPIO DE EL MEZQUITAL, OBTUVIMOS FINANCIAMIENTO PARA LA ADQUI-- CION DE UN AUTOBUS MERCEDES BEN 1999, A TRAVES DEL PROGRAMA FONDOS REGIO-- NALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDIGENAS, MISMO QUE OBRA EN PO-- DER DEL COMITE DESDE DICIEMBRE PASADO. POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS DE -- USTED, TENGA A BIEN ORDENAR A QUIEN CORRESPONDA SE NOS CONCEDA AMPLIACION AL PERMISO NO. 4395 DE FECHA 20 DE FEBRERO DE 1996, EN VIRTUD QUE CONTA-- MOS CON DOS UNIDADES Y AL AUMENTO DE LA POBLACION QUE REQUIERE DEL SERVI-- CIO EN LA REGION. ASI MISMO REQUERIMOS DE SU INTERVENCION PARA LA AUTORI-- ZACION DE AMPLIACION DE LA RUTA Y PODAMOS TRNSPORTAR A NUESTRA GENTE QUE PÓR MOTIVOS DIVERSOS TIENEN LA NECESIDAD DE VIAJAR A LA CIUDAD DE DURANGO Y EN ESPECIAL A LOS JOVENES QUE ESTUDIAN EN DIFERENTES INSTITUCIONES EDU-- CATIVAS. LA RUTA QUE TENEMOS AUTORIZADA COMPRENDE UNICAMENTE EL TRANSPOR-- TE EN FORMA LOCAL DE LA REGION DE HUAZAMOTA-SAN ANTONIO DE PADUA Y EN --- REGION SANTA MARIA DE OCOTAN, LOS BARROS-EL DURAZNITO-LLANO GRANDE-LA CAN-- DELARIA-TEMOAYA-EL TRONCON Y LA CIUDAD DE DURANGO. AMPLIACION QUE COADYU-- VARA A ABATIR LOS INDICES DE MARGINACION DE NUESTRAS COMUNIDADES Y REFOR-- ZARA LA PEPQUEÑA EMPRESA DE TRANSPORTES DE PASAJEROS COMUNAL QUE CONFORMA-- MOS....."

LO QUE SE PUBLICA EN ESTE PERIODICO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 44 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPORTES CON EL OBJETO DE PERMITIR A - TERCEROS QUE CONSIDEREN SE LESIONARIAN SUS INTERESES INTERVENGAN EN DEFEN-- SA DE LOS MISMOS.

VICTORIA DE DURANGO, DGO., A 15 DE SEPTIEMBRE DE 1999



# PODER JUDICIAL DEL ESTADO CONSEJO DE LA JUDICATURA

## AL PUBLICO EN GENERAL:

Por acuerdo del Pleno del Consejo de la Judicatura Estatal, emitido en sesión plenaria ordinaria de fecha ocho de septiembre del año en curso, se determinó comunicar, que a partir del día veinte de este propio mes, se cambia la denominación y competencia por materia del Juzgado Primero de lo Mercantil de este Primer Distrito Judicial con sede en la Ciudad de Durango, Dgo., para que en lo sucesivo se denomine Juzgado Tercero Civil de este mismo Distrito, y cuyo domicilio será el mismo que el que actualmente ocupó el órgano jurisdiccional mencionado en primer término.

Lo que se hace del conocimiento de la ciudadanía en general, para los efectos legales consiguientes.

**ATENTAMENTE**

**SUFRAGIO EFECTIVO.- NO REELECCIÓN**

**VICTORIA DE DURANGO, DGO., SEPTIEMBRE 13 DE 1999**

**EL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA  
Y DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA**



  
**LIC. JOSÉ HUGO MARTÍNEZ ORTIZ**

**EL SECRETARIO EJECUTIVO INTERINO DEL PLENO  
CARRERA JUDICIAL Y DISCIPLINA  
DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA**

  
**LIC. JUAN TORO CONTRERAS**



AVISO DE DESLINDE DEL PREDIO PRESUNTA PROPIEDAD NACIONAL DENOMINADO  
"LA PEÑA" -----, UBICADO EN EL MUNICIPIO DE OCAMPO, -  
-----, ESTADO DE DURANGO.

AL MARGEN UN SELLO DEL ESCUDO NACIONAL QUE DICE: ESTADOS UNIDOS  
 MEXICANOS.- SECRETARIA DE LA REFORMA AGRARIA.

LA DIRECCION DE REGULARIZACION DE LA PROPIEDAD RURAL, DEPENDIENTE DE  
 LA DIRECCION GENERAL DE ORDENAMIENTO Y REGULARIZACION DE LA  
 SECRETARIA DE LA REFORMA AGRARIA, MEDIANTE OFICIO NUMERO 140716, DE  
 FECHA 10-FEB.-99, EXPEDIENTE NUMERO 00115 -----, AUTORIZO A LA  
 REPRESENTACION AGRARIA, PARA QUE COMISIONARA PERITO DESLINDADOR, LA  
 CUAL CON OFICIO NUMERO 0603, ----- DE FECHA 11-MAYO-99, ME HA  
 AUTORIZADO PARA QUE CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS  
 ARTICULOS 160 DE LA AGRARIA, 104, 107 Y 108 DEL REGLAMENTO DE LA LEY  
 AGRARIA EN MATERIA DE ORDENAMIENTO DE LA PROPIEDAD RURAL, PROCEDA  
 AL DESLINDE Y MEDICION DEL PREDIO PRESUNTAMENTE PROPIEDAD NACIONAL  
 DENOMINADO "LA PEÑA" -----, CON UNA SUPERFICIE APROXIMADA DE  
1447-73-68 HA., UBICADO EN EL MUNICIPIO DE OCAMPO -----, ESTADO DE  
DURANGO -----, EL CUAL CUENTA CON LAS SIGUIENTES COLINDANCIAS:

AL NORTE: EJIDO "EL CHORRO".  
 AL SUR: PREDIOS: "ARROYO DEL CORRAL" Y "LAS PAPAS".  
 AL ESTE: PREDIOS: DE SEVERIANO LERMA, PEDRO Y JESUS RIVERA Y EJIDO.  
 AL OESTE: PREDIO: "RINCON FRIO". ("RANCHO NUEVO")

POR LO QUE, EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LOS ARTICULOS 160 DE  
 LA LEY AGRARIA Y 108 DEL REGLAMENTO DE LA LEY AGRARIA EN MATERIA DE  
 ORDENAMIENTO DE LA PROPIEDAD RURAL, DEBERA PUBLICARSE POR UNA SOLA  
 VEZ EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION; EN EL PERIODICO OFICIAL DEL  
 GOBIERNO DEL ESTADO DE DURANGO -----, EN EL PERIODICO DE INFORMACION  
 LOCAL LA VOZ DE DGO., ASI COMO COLOCARSE EN LOS PARAJES MAS CERCANOS  
 AL MISMO TERRENO, CON EL OBJETO DE COMUNICAR A LAS PERSONAS QUE SE  
 SIENTAN AFECTADAS EN SUS DERECHOS POR LA REALIZACION DE LOS TRABAJOS  
 DE DESLINDE, A FIN DE QUE DENTRO DEL PERIODO DE 30 DIAS HABILES, A PARTIR  
 DE LA PUBLICACION DEL PRESENTE AVISO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA  
 FEDERACION, OCURRAN ANTE EL SUSCRITO PARA EXPONER LO QUE A SU DERECHO  
 CONVENGA, ASI COMO PARA PRESENTAR LA DOCUMENTACION QUE FUNDAMENTE  
 SU DICHO. PARA TAL FIN SE ENCUENTRA A LA VISTA DE CUALQUIER INTERESADO EN  
 EL CROQUIS CORRESPONDIENTE EN LAS OFICINAS QUE OCUPA LA REPRESENTACION  
 AGRARIA CON DOMICILIO EN PALACIO FEDERAL Km. 5.5 CARR. DURANGO-TORREON  
 DE LA CIUDAD DE DURANGO -, ESTADO DE DURANGO.

LAS PERSONAS QUE NO PRESENTEN SUS DOCUMENTOS DENTRO DEL PLAZO  
 SEÑALADO, O QUE HABIENDO SIDO NOTIFICADAS A PRESENCIAR EL DESLINDE NO  
 CONCURRAN AL MISMO, SE LES TENDRA COMO CONFORMES CON SUS RESULTADOS.

ATENTAMENTE

DURANGO, DURANGO, A 10 DE MAYO, 1999 EL ING. DANIEL HIDALGO HERRERA.  
 CIUDAD ESTADO, FECHA DEL AVISO CARGO NOMBRE PERITO



EXP. NUM. 274/99

COMUNIDAD "BOCA DE SANTA CATARINA",  
TEPEHUANES, DGO.

VS.

ANTONIO ROACHO TORRES Y OTROS  
CONFLICTO SEPARACION DE COMUNEROS

Durango, Dgo., a 02 de septiembre de 1999

CC. ANTONIO ROACHO TORRES, ALEJANDRO ROACHO TORRES, SABAS ROACHO TORRES,  
JUVENTINO ROACHO TORRES, ROGELIO ROACHO TORRES, MANUEL ROACHO ESTRADA, SABAS  
ROACHO ESTRADA y PEDRO ROACHO ESTRADA.

## E D I C T O

Por este conducto me permito comunicar a Ustedes, que dentro del juicio agrario cuyos datos se describen al rubro se dictó un auto que a la letra dice:

"...Durango, Durango, a treinta de agosto de mil novecientos noventa y nueve.-----  
La Secretaría de Acuerdos da cuenta con el escrito de fecha veintiocho de julio del año en curso, presentado el veintiseis de los corrientes, número de entrada 2353, suscrito por los CC. EMIGDIO MARTINEZ CORRAL, MANUEL CANO RAMOS y CARLOS MARTINEZ RIVERA, presidente, secretario y tesorero del comisariado de bienes comunales de la comunidad "BOCA DE SANTA CATARINA", Municipio de Tepehuanes, Durango, mediante el cual demanda las siguientes "[...] PRESTACIONES: a).- De los CC. ANTONIO ROACHO TORRES, ALEJANDRO ROACHO TORRES, SABAS ROACHO TORRES, JUVENTINO ROACHO TORRES, ROGELIO ROACHO TORRES, MANUEL ROACHO ESTRADA, SABAS ROACHO ESTRADA y PEDRO ROACHO ESTRADA, reclamamos, el estricto cumplimiento del acuerdo de la asamblea de comuneros de fecha 15 de noviembre de 1988, celebrada en el anexo "YESQUEROS", en la cual se acordó la separación definitiva como miembros de la comunidad "BOCA DE SANTA CATARINA", Municipio de Tepehuanes, Dgo.).- Del Tribunal Unitario Agrario, reclamamos la declaración jurídica de que se de cumplimiento por los demandados del acuerdo de asamblea de comuneros celebrada el 15 de noviembre de 1998, en el anexo "YESQUEROS", de la comunidad de "BOCA DE SANTA CATARINA", Municipio de Tepehuanes, Dgo. c).- De este Tribunal Agrario, reclamamos la declaración jurídica de que es procedente la separación definitiva como miembros de la comunidad de los CC. ANTONIO ROACHO TORRES, ALEJANDRO ROACHO TORRES, SABAS ROACHO TORRES, JUVENTINO ROACHO TORRES, ROGELIO ROACHO TORRES, MANUEL ROACHO ESTRADA, SABAS ROACHO ESTRADA y PEDRO ROACHO ESTRADA, de conformidad con el acuerdo de la asamblea celebrada el 15 de noviembre de 1998, en el anexo "YESQUEROS", de la comunidad "BOCA DE SANTA CATARINA", Municipio de Tepehuanes, Dgo.; así como la cancelación de sus certificados que los ampara como miembros de la comunidad, números 95376, 95377, 95278, 95379, 95380, 95382, 95383 y 95384 respectivamente; y en consecuencia se ordene al Registro Agrario Nacional, que se den de baja como comuneros a las personas anteriormente citadas y se cancelen sus certificados respectivos." [...]. (sic).- EL TRIBUNAL ACUERDA: Vista la cuenta secretarial que antecede y con fundamento en los artículos 1, 2, 23 fracción II, 107, 163, 170, 173, 178, 179, 180, 185, 187 de la Ley Agraria, en correlación con el 19, 276, del Código Federal de Procedimientos Civiles de aplicación supletoria y 18 fracción VI de la Ley Orgánica de los Tribunales Agrarios.- SE PROVEE:-----  
PRIMERO: Se admite a trámite la demanda, en la vía y forma indicada.-----  
SEGUNDO: En virtud de que los accionantes manifiestan ignorar el domicilio de los demandados, con fundamento el artículo 173 de la Ley Agraria, procédase a notificarles y emplazarles, por medio de edictos que se publiquen por dos veces dentro del plazo de diez días en el Periódico Oficial del Estado, en el periodico "El Sol de Durango", en la Presidencia Municipal de Tepehuanes, Durango, y en los estrados de este Tribunal en que se contenga una breve síntesis de las prestaciones reclamadas por los demandantes, requiriéndoles que a más tardar el día de la audiencia de ley deberán dar contestación a la demanda y manifestar lo que a su derecho corresponda, ofrecer pruebas, señalar domicilio en esta ciudad para oír y



recibir notificaciones, con el apercibimiento que de no dar contestación a la demanda se podrán tener por ciertas las afirmaciones de la parte actora y de no señalar domicilio en esta ciudad, las demás notificaciones, aún las de carácter personal, les serán hechas mediante lista que se coloque en los estrados de este Tribunal; así mismo, se previene a las partes para que el día de la audiencia de ley acudan debidamente asistidos por un abogado, haciendo de su conocimiento que la Delegación de la Procuraduría Agraria, con domicilio en calle Constitución No. 601, Zona Centro, de esta capital, brinda asesoría a los ejidatarios, comuneros, sucesores de ejidatarios o comuneros, ejidos, comunidades, pequeños propietarios, avecindados y jornaleros agrícolas.-----

**TERCERO:** Se hace saber a las partes que de conformidad con el artículo 187, de la Ley Agraria, ellas tienen la carga de la prueba de los hechos constitutivos de sus pretensiones, en consecuencia, se les previene para que el día de la audiencia ofrezcan todas las pruebas que estimen conducentes y presenten a los testigos que pretendan sean oídos, apercibidos que de no hacerlo en la audiencia será declarado perdido su derecho, conforme a lo dispuesto en el artículo 288, del Código Federal de Procedimientos Civiles.-----

**CUARTO:** Se tienen por ofrecidas todas y cada una de las pruebas que la actora relaciona en el escrito de cuenta, sobre las cuales se proveerá lo conducente en el momento procesal oportuno.- Se tiene como domicilio del demandante para oír y recibir notificaciones en esta ciudad el que señala en su ocurno inicial, así como por autorizados para tales efectos a los profesionistas que en el mismo señala.-----

**QUINTO:** Para la celebración de la audiencia a que se refiere el artículo 185, de la Ley Agraria, se señalan LAS DIEZ HORAS DEL DIA VEINTIOCHO DE OCTUBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE, en el local que ocupa este Tribunal, en la que se harán valer todas las acciones, excepciones y defensas y se proveerá con respecto a la contestación de la demanda, ofrecimiento y admisión de pruebas, con la advertencia de que en dicha audiencia se desahogarán las pruebas ofrecidas.-----

**CUMPLASE, NOTIFIQUESE PERSONALMENTE EN LOS TERMINOS ACORDADOS Y LISTESE.-** Así lo acordó y firma el C. Magistrado del Tribunal Unitario Agrario del Distrito Siete, LICENCIADO FRANCISCO GARCIA ORTIZ, ante el C. Secretario de Acuerdos, LICENCIADO VICENTE TIRO ZEMPOALTECATL, que autoriza y da fe.-"  
(Dos firmas ilegibles).-

Lo que les comunico en vía de emplazamiento, señalándose como síntesis de la demanda: Que la comunidad "BOCA DE SANTA CATARINA", a través de su representación comunal, ocurre a demandarles la separación definitiva como comuneros, debiendo comparecer a hacer valer sus derechos a más tardar en la fecha de audiencia y en los términos del artículo 185, de la Ley Agraria, quedando las copias necesarias en la Secretaría de Acuerdos, a su disposición

A T E N T A M E N T E  
EL C. SECRETARIO DE ACUERDOS  
DEL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DISTRITO SIETE

LIC. VICENTE TIRO ZEMPOALTECATL





EXP. NUM. 201/99

MARIA MARTHA SIAÑEZ GUTIERREZ

VS.

MARIA TOMASA, BELEM, GUADALUPE, MARIA  
ESTELA, JOSE SAUL, MARIA DEL SOCORRO Y  
RAFAEL TODOS DE APELLIDOS SIAÑEZ  
GUTIERREZ"PINOS ALTOS", NUEVO IDEAL, DGO.  
JUICIO SUCESORIO INTESTAMENTARIO EJIDAL  
A BIENES DE MARIA DE LOS ANGELES  
GUTIERREZ RODRIGUEZ

Durango, Dgo., a 24 de agosto de 1999

CC. MARIA TOMASA, BELEM, GUADALUPE, MARIA ESTELA, JOSE SAUL,  
MARIA DEL SOCORRO Y RAFAEL TODOS DE APELLIDOS SIAÑEZ  
GUTIERREZ.

## E D I C T O

Por este conducto me permito comunicar a Ustedes, que dentro del juicio agrario cuyos datos se describen al rubro se dictó un auto en audiencia de fecha diecisiete de agosto del año en curso, que a la letra dice:

"[...] UNICO.- Que por los motivos expuestos por la parte actora, aplácese la presente audiencia y para que tenga verificativo la misma se señalan las **ONCE HORAS DEL PROXIMO ONCE DE OCTUBRE DEL PRESENTE AÑO**, debiéndose notificar y emplazar de la instauración del presente juicio, mediante edictos a las CC. MARIA TOMASA, BELEN, GUADALUPE, MARIA ESTELA, JOSE SAUL, MARIA DEL SOCORRO y RAFAEL, todos de apellidos SIAÑEZ GUTIERREZ, conteniendo una breve síntesis de la demanda y de las prestaciones reclamadas por MARIA MARTHA SIAÑEZ GUTIERREZ, a través de su apoderada, publicándose por dos veces dentro del plazo de diez días, en el Diario de Durango, y los estrados de este Tribunal; así como en los tableros de la Presidencia Municipal de Nuevo Ideal, Durango, requiriéndoles para que a más tardar el día de la audiencia de Ley fijada, contesten la demanda y comparezcan a hacer valer sus derechos ante este Tribunal y se les hace saber que la carga de la prueba es su obligación de las partes, señalando domicilio en esta ciudad para oír y recibir notificaciones, apercibidas que de no hacerlo, las subsecuentes notificaciones aun las de carácter personal se practicarán por los estrados de este Tribunal.[...]"

Lo que les comunico en vía de emplazamiento, señalándose como síntesis de la demanda: Que MARIA MARTHA SIAÑEZ GUTIERREZ, ocurre a demandar el mejor derecho para suceder los derechos agrarios que le pertenecieron a MARIA DE LOS ANGELES GUTIERREZ RODRIGUEZ, en el ejido "PINOS ALTOS", Municipio de Nuevo Ideal, Estado de Durango, en su calidad de hija que establece el artículo 18 fracción III de la Ley Agraria; debiendo comparecer a hacer valer sus derechos a más tardar en la fecha de audiencia y en los términos del artículo 185, de la Ley Agraria, quedando las copias necesarias en la Secretaría de Acuerdos, a su disposición.

ATENTAMENTE  
EL C. SECRETARIO DE ACUERDOS  
DEL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DISTRITO SUR

LIC. VICENTE TIRO ZEMPOALTECATL

SECRETARIA DE ACUERDOS  
DGO. DURANGO, DGO.



EXP. NUM. 202/99  
TERESA SANTOS HERRERA  
VS.  
NATALIA GONZALEZ Y COMUNIDAD "EL  
AGUAJITO Y SUS ANEXOS", SANTIAGO  
PAPASQUIARO, DGO.  
JUICIO SUCESORIO INTESTAMENTARIO EJIDAL  
A BIENES DE ESTANISLAO GARCIA JIMENEZ

Durango, Dgo., a 24 de agosto de 1999

C. NATALIA GONZALEZ

E D I C T O

Por este conducto me permito comunicar a Usted, que dentro del juicio agrario cuyos datos se describen al rubro se dictó un auto en audiencia de fecha dieciocho de agosto del año en curso, que a la letra dice:

"[...] UNICO.- Que por los motivos expuestos por la parte actora, aplácese la presente audiencia y para que tenga verificativo la misma se señalan LAS DOCE HORAS DEL PROXIMO DOCE DE OCTUBRE DEL PRESENTE AÑO, debiéndose notificar y emplazar de la instauración del presente juicio mediante edictos a la señora NATALIA GONZALEZ, conteniendo una breve síntesis de la demanda y las prestaciones reclamadas por la señora TERESA SANTOS HERRERA, publicándose por dos veces dentro del plazo de diez días en el Diario Oficial del Estado de Durango y en los estrados de este Tribunal; así como en los tableros de la Presidencia Municipal de Santiago Papasquiario, Durango, requiriéndole para que a más tardar el día de la audiencia de Ley fijada, conteste la demanda sobre la transmisión de los derechos agrarios requeridos por la actora TERESA SANTOS HERRERA, y comparezca a hacer valer sus derechos ante este Tribunal y se les hace saber que la carga de la prueba es obligación de las partes, señalando domicilio en esta ciudad para oír y recibir notificaciones, apercibida que de no hacerlo, las subsecuentes notificaciones aun las de carácter personal, se practicarán por los estrados de este Tribunal.[...]."

Lo que le comunico en vía de emplazamiento, señalándose como síntesis de la demanda: Que TERESA SANTOS HERRERA, ocurre a demandar el mejor derecho para suceder los derechos agrarios que le pertenecieron a ESTANISLAO GARCIA JIMENEZ, en el la comunidad "EL AGUAJITO Y ANEXOS", Municipio de Santiago Papasquiario, Estado de Durango, en su calidad de concubina que establece el artículo 18 fracción II de la Ley Agraria; debiendo comparecer a hacer valer sus derechos a más tardar en la fecha de audiencia y en los términos del artículo 185, de la Ley Agraria, quedando las copias necesarias en la Secretaría de Acuerdos, a su disposición.

ATENTAMENTE  
EL C. SECRETARIO DE ACUERDOS  
DEL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DISTRITO

LIC. VICENTE TIRO ZEMPOALTECATL





## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO por el que el Instituto Mexicano del Seguro Social publica los Lineamientos Generales del Programa IMSS-Solidaridad.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social - Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad.

ACUERDO POR EL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PUBLICA LOS LINEAMIENTOS GENERALES DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

Con fundamento en lo establecido en los artículos 39, 48, 49 y 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; artículos 32, 33 y 34 de la Ley de Planeación; artículo 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; artículos 9, 15, 68 y 73 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1999; artículos 1o., 3o., 5o., 6o. y 9o. del acuerdo que establece los lineamientos generales para la operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), y

### CONSIDERANDO

Que el programa IMSS-Solidaridad es un Programa del Ejecutivo Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que promueve el derecho a la salud y al bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los Servicios de Seguridad Social.

Que los recursos que se asignan al Programa IMSS-Solidaridad son considerados como un subsidio federal, por lo que su ejercicio y control debe cumplir con lo estipulado en Decreto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 1999.

Que con objeto de contar con criterios de operación uniformes en todo el territorio nacional, las estrategias políticas y normas generales del Programa IMSS-Solidaridad son definidas por el nivel central denominado Coordinación General del Programa, quien es la instancia responsable de establecer los lineamientos del Programa.

Que el Instituto Mexicano del Seguro Social como administrador de los recursos fiscales al Programa, distribuye a través de su estructura institucional lo necesario para el mantenimiento de la infraestructura y la operación de los servicios y; a través de ambos organismos se mantienen el seguimiento y evaluación del Programa y se asegura el cumplimiento de los objetivos.

Que a nivel estatal las Direcciones Regionales y Delegaciones del IMSS son las responsables de la atención a la salud de la población beneficiaria, así como de la operación de los aspectos específicos del Programa IMSS-Solidaridad.

Que el Programa IMSS-Solidaridad considera primordial la organización social y promueve la participación de la comunidad, a través de la orientación y capacitación permanente; asimismo, vincula la medicina institucional con la práctica de la medicina tradicional mexicana propiciando su relación armónica.

Que los presentes Lineamientos Generales para la Operación del Programa IMSS-Solidaridad dan cumplimiento a lo establecido en el decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1999 en sus artículos 68 y 73.

ACUERDO: que establece los Lineamientos Generales del Programa IMSS-Solidaridad.

UNICO.- Se establecen los Lineamientos Generales del Programa IMSS-Solidaridad aplicables al ejercicio fiscal de 1999.

### TRANSITORIO

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintitrés días del mes de abril de mil novecientos noventa y nueve.- El Coordinador General, Javier Cabral Soto.- Rúbrica.

### Lineamientos de Operación del Programa IMSS-Solidaridad

#### CONTENIDO

1. Introducción
2. Marco Legal
  - 2.1 Ordenamientos Constitucionales
  - 2.2 Ley General de Salud
  - 2.3 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000
  - 2.4 Programa de Reforma del Sector Salud
3. Población Objetivo
4. Objetivo General
5. Objetivos Específicos
  - 5.1 De la atención médica
  - 5.2 De la acción comunitaria
6. Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS)
  - 6.1 Actividades
7. Operación de los Servicios
  - 7.1 Primer nivel
  - 7.2 Segundo nivel
  - 7.3 Referencia y contrarreferencia
  - 7.4 Derivación de pacientes al tercer nivel
  - 7.5 Localidad sede y zona de influencia de las Unidades Médicas Rurales
  - 7.6 Localidad sede y zona de influencia de los Hospitales Rurales

- 7.7 Localidad de acción intensiva
- 7.8 Selección del personal
- 7.9 Organización comunitaria
- 7.10 Población beneficiaria
- 7.11 Criterios para la adscripción de la población beneficiaria
- 7.12 Criterios para la depuración de la población adscrita
- 7.13 Catálogo de adscripción
- 7.14 Proceso de la atención médica
  - 7.14.1 Conducción directiva del programa
  - 7.14.2 Proceso de atención médica
- 7.15 Proceso de la acción comunitaria
  - 7.15.1 La Organización Comunitaria
  - 7.15.2 Apoyo a comités de salud
  - 7.15.3 Interrelación con la medicina tradicional
8. Sistema de Información
9. Sistema de Control
  - 9.1 Supervisión y evaluación de la atención médica
  - 9.2 Supervisión y evaluación de la atención comunitaria
10. Coordinación con otras instituciones y programas
11. Anexos
  - 11.1 Relación de Normas Vigentes al 31 de diciembre de 1998
  - 11.2 Indicadores de resultados (NEP)

#### 1. Introducción

La operación del Programa IMSS-Solidaridad se inscribe dentro de los objetivos y lineamientos del Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que establecen criterios de calidad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y promueven la concurrencia de municipios y autoridades locales para incrementar la cobertura de los servicios de salud.

En 1979 el Gobierno Federal conjugó la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la infraestructura y los programas integrados y coordinados por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), suscribiendo un convenio mediante el cual se planteó el objetivo de otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas.

Por Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 20 de abril de 1983 se abrogó el diverso del 17 de enero de 1977 por el cual se creó COPLAMAR y se estableció que el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria estuviera a cargo del IMSS.

Dicho Programa, actualmente denominado IMSS-Solidaridad, financia su operación mediante transferencias otorgadas por el Gobierno Federal que se canalizan a través del Ramo 12 "Salud". Por lo tanto, su gasto se ejerce conforme a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y a los lineamientos que cada año establece el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y sus correspondientes "Normas para el Ejercicio del Gasto".

El IMSS administra y contabiliza separada y pormenorizadamente los fondos para la operación del Programa IMSS-Solidaridad con independencia total del manejo y operación de sus propios recursos.

El Programa atiende a una población beneficiaria que reside en más de 14 mil localidades ubicadas en 17 entidades federativas de la República Mexicana, de las cuales el 96 por ciento tiene menos de 2,500 habitantes. El 88 por ciento de los municipios donde reside la población beneficiaria están catalogados como de alta y muy alta marginación, de acuerdo con los criterios del INEGI; en el 20 por ciento de las localidades sólo se puede acceder por helicóptero, el 95 por ciento carecen de red de drenaje, el 62 por ciento no tienen abastecimiento de agua potable y el analfabetismo en la población asciende a 22 por ciento.



## 2. Marco legal

### 2.1 Ordenamientos Constitucionales

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Reforma al artículo 4o. que instituye el derecho a la protección de la salud en beneficio de todos los mexicanos.

### 2.2 Ley General de Salud

La Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984 reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud. En esta ley destacan los siguientes aspectos:

- Los artículos 5o. y 6o. instituyen el Sistema Nacional de Salud, cuyos objetivos más relevantes son:
  - Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
  - Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
  - Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
  - Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
  - Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- El artículo 27 de la Ley General de Salud, para efectos de materializar el derecho a la protección de la salud, define los servicios básicos, que consisten en:
  - Educación para la salud, promoción del saneamiento básico y mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
  - Prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
  - Atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
  - Atención materno infantil;
  - Planificación familiar;
  - Prevención y control de las enfermedades bucodentales;
  - Promoción del mejoramiento de la nutrición, y
  - Disponibilidad del cuadro básico de medicamentos y otros recursos esenciales a la salud.
- Los artículos 35 y 36 de la Ley General de Salud establecen los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación en relación con los servicios a población abierta. Esto implica que la ubicación del Programa en zonas marginadas o de menor desarrollo económico y social lo exime del cobro de cuotas de recuperación, por lo que la población como contraprestación asume la corresponsabilidad respecto a sus problemas de salud.

### 2.3 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

En materia de salud, el Plan Nacional de Desarrollo establece el compromiso de mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación.

Estimula la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos.

Señala que existe población que carece de acceso regular a los servicios de salud y la subsistencia de grupos al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene.

Que prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infectocontagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

Manifiesta que los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituyen el paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.

Garantiza la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y la prestación de un paquete básico para todos los mexicanos, lo que refuerza el principio de equidad en favor de la población de menores recursos.

### 2.4 Programa de Reforma del Sector Salud

Establece que la salud es un derecho fundamental del ser humano y, como tal, forma parte del proceso de desarrollo del país, constituyendo uno de los pilares que dan soporte al bienestar de la población.

Determina que la salud es el principal elemento para una auténtica redistribución del ingreso nacional y, por lo tanto, condición indispensable de la equidad.

Propicia la participación organizada de la comunidad en la definición de las prioridades para la elaboración de programas de salud locales y la realización y evaluación de las actividades programadas.

Tiene como objetivos:

- Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud.
- Ampliar la cobertura de atención de las instituciones de seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada y del sector informal de la economía.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tienen acceso limitado o nulo.

### 3. Población Objetivo del Programa IMSS-Solidaridad

La conforma la población marginada que carece de acceso a otro servicio de salud y reside en el campo de operación de las unidades médicas del Programa IMSS-Solidaridad y que por su situación socioeconómica constituye el campo de acción de la solidaridad social.

### 4. Objetivo general

El Programa IMSS-Solidaridad tiene como objetivo proporcionar servicios de salud oportunos y de calidad a la población de su ámbito de responsabilidad, a través de un Modelo de Atención Integral a la Salud, que se sustenta fundamentalmente en la participación comunitaria, para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

## 5. Objetivos específicos

### 5.1 De la Atención Médica:

5.1.1 Proporcionar servicios de salud a toda la población ubicada dentro del ámbito geográfico de operación del IMSS-Solidaridad y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud.

5.1.2 Prevenir los principales problemas de salud mediante la investigación y la vigilancia epidemiológica.

5.1.3 Coadyuvar al mejoramiento de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud.

5.1.4 Impulsar el desarrollo técnico del personal institucional que garantice la calidad, la efectividad y la eficiencia en la prestación de los servicios y la vigilancia epidemiológica.

5.1.5 Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.

### 5.2 De la Acción Comunitaria:

5.2.1 Fortalecer la participación consciente, decidida y comprometida de la población amparada por el Programa IMSS-Solidaridad en el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva.

5.2.2 Fortalecer la organización comunitaria para la salud a través de la orientación y capacitación permanente de los grupos voluntarios.

5.2.3 Promover la vinculación con otras dependencias públicas, sociales y privadas a fin de potenciar esfuerzos y recursos que incidan favorablemente en los factores que condicionan la salud de la población.

5.2.4 Acercar la medicina institucional a la tradicional para propiciar una relación armónica que permita mejorar el estado de salud de la comunidad.

5.2.5 Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

5.2.6 Propiciar acciones familiares y comunitarias que coadyuven a mejorar el nivel nutricional, las condiciones de vida y salud de la población.

## 6. Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS)

Para responder a las necesidades de la población beneficiaria y con objeto de actuar sobre las causas que condicionan la salud se instrumentó un programa de atención destinado a:

- Enfrentar las causas de la pérdida de la salud, así como sus consecuencias.
- Proporcionar atención médica integral, disponible, adecuada, continua y que sea aceptada por la comunidad, con un costo factible para el país.
- Disponer de mecanismos de información y evaluación permanentes a nivel de zona, de delegación y nacional, que permitan determinar su impacto en la salud de la población.
- Promover la participación activa, deliberada y sostenida de la comunidad, para que en el futuro, ésta asuma su responsabilidad en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de la salud.

La operación del Modelo de Atención Integral a la Salud se basa en la labor conjunta de la comunidad y los equipos de salud, quienes analizan y jerarquizan los riesgos y daños más frecuentes a la salud para realizar el diagnóstico de salud local, que sirve de base para planear las acciones integrales de acuerdo con expectativas, posibilidades y recursos locales; programar sus metas, ejecutar las actividades para incidir sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud y, posteriormente, supervisar y evaluar periódicamente los procedimientos, compromisos y resultados; lo anterior retroalimenta el diagnóstico que se actualiza anualmente.

El MAIS se caracteriza por:

1. Homogeneidad en la infraestructura de sus unidades médicas.
2. Una organización de los servicios en forma regionalizada y estructurada en dos niveles de atención, unidos por un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que se agiliza por medio de un sistema de radiocomunicación.
3. Considera la participación de personal de diferentes especialidades profesionales, mediante un enfoque multidisciplinario en todos los niveles de la organización.
4. Favorece el empleo de tecnología apropiada.
5. Promueve la concertación de acciones con otros sectores de la administración pública, social y privada.

El Modelo de Atención Integral a la Salud considera primordial para el logro de sus objetivos, la participación de la comunidad a través de las siguientes actividades:

- Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger, mejorar y solucionar los problemas de salud;
- Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados con la salud;
- Participación de grupos voluntarios de la comunidad en la realización de tareas simples de atención a la salud, asistencia social y en actividades de promoción de los servicios;
- Notificación de la existencia de personas que requieran servicios de salud;
- Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud; e
- Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud.

### 6.1 Actividades

Las principales actividades del MAIS que realizan los equipos de salud con los voluntarios organizados de la comunidad se detallan a continuación:

#### Salud reproductiva y materno infantil

Tiene como finalidad otorgar los servicios de planificación familiar, salud materna y perinatal, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, se realice la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos y se proporcione la atención cálida y oportuna de la salud ginecológica, prenatal, y durante el parto y puerperio.



**Acciones:**

1. Orientar a la población en planificación familiar.
2. Dar consejería en salud reproductiva a las parejas.
3. Proporcionar métodos de planificación familiar.
4. Brindar atención en el embarazo, parto y puerperio.
5. Alojar en albergues maternos en zonas de difícil acceso a mujeres embarazadas para la atención del parto.
6. Aplicar toxoide tetánico a mujeres embarazadas.
7. Atención del puerperio.
8. Atención del recién nacido.
9. Capacitar a las madres para el cuidado durante el embarazo y puerperio; lactancia al seno materno y cuidados del recién nacido.
10. Visualización de cérvix.
11. Detección de cáncer mamario y cervicouterino.
12. Orientar a la población para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
13. Detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual.
14. Incorporación de la perspectiva de género y los derechos reproductivos.
15. Atención del climaterio y la postmenopausia.
16. Recertificación de Hospitales como Amigos del Niño y de la Madre.

**Salud integral del adolescente**

Atender la salud del adolescente del medio rural e indígena a fin de favorecer conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgos que propicien el autocuidado de su salud, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

**Acciones:**

1. Orientar a grupos de jóvenes.
2. Instalación de comités juveniles.
3. Creación de centros de atención integral al adolescente.
4. Orientación para la salud vía satélite EDUSAT.

**Paquete básico de salud escolar**

Mejorar la salud de los niños que reciben educación primaria en los planteles ubicados en el ámbito de acción del Programa IMSS-Solidaridad y contribuir a su óptimo desempeño escolar mediante acciones integrales de la vigilancia nutricional, crecimiento y desarrollo, atención bucodental, acciones educativas y preventivas, valoración y atención a problemas auditivos y visuales, control y manejo de padecimientos asociados a un saneamiento ambiental deficiente en el ámbito escolar, familiar y comunitario, con la participación activa de alumnos, maestros, padres de familia, comunidad y autoridades municipales.

**Acciones:**

1. Valoraciones de nutrición a escolares.
2. Valoraciones del estado de salud a maestros.
3. Integración de comités escolares.
4. Realizar sesiones educativas en las escuelas.
5. Acciones de odontología preventiva.
6. Valoración de la agudeza visual y auditiva.
7. Realización de obras de conservación y mantenimiento a escuelas.

**Alimentación y nutrición familiar**

Mejorar y mantener los niveles adecuados de nutrición del niño y del adolescente, así como de la embarazada, mediante la valoración periódica del peso/edad en el niño y peso/talla en la embarazada; identificación de los factores de riesgo; capacitación a las madres en el uso adecuado de los alimentos de consumo local y familiar e incorporación de los desnutridos al programa de recuperación nutricional.

**Acciones:**

1. Valoración periódica del estado nutricional de los menores de 5 años.
2. Tratamiento del niño desnutrido hasta su recuperación.
3. Capacitar a las madres para la elaboración de dietas familiares de alto valor nutritivo y bajo costo.
4. Valorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas en etapa de lactancia.
5. Promoción y dotación para contar con huertos, hortalizas y granjas de especies menores, ya sea familiares o comunitarias.
6. Identificación y control de las mujeres embarazadas, en etapa de lactancia y niños desnutridos para que reciban despensas familiares otorgadas por el DIF y suplemento alimentario a las familias identificadas por el PROGRESA.

**Vacunación Universal**

Mejorar los actuales niveles de salud de la población mediante la erradicación, la eliminación o el control de las enfermedades prevenibles por vacunación.

**Acciones:**

1. Vacunación permanente a la población, con énfasis al grupo de menores de 5 años, escolares y embarazadas.
2. Participación en semanas nacionales de salud o vacunación.
3. Vacunar a niños alojados en albergues del INI ubicados en localidades bajo la responsabilidad del Programa.
4. Orientar a la población sobre la prevención de enfermedades prevenibles por vacunación.

**Enfermedades de las vías respiratorias y tuberculosis**

Mejorar los actuales niveles de salud mediante acciones de promoción, educación para la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias agudas y de tuberculosis pulmonar.

**Acciones:**

1. Orientación a la población en la prevención y atención médica oportuna de infecciones respiratorias y tuberculosis pulmonar.
2. Detección y tratamiento de la tuberculosis.
3. Organizar a la comunidad para mejorar la vivienda: apertura de ventanas, separación de cuartos, etc.

**Enfermedades asociadas al inadecuado saneamiento del medio:**

Impulsar la participación de la población, con el fin de mejorar las condiciones del medio familiar y comunitario que se traduzcan en beneficios para la salud individual y colectiva.

**Acciones:**

1. Orientar a la población en la prevención de diarreas, parasitosis y cólera, mediante la adopción de medidas higiénicas y sanitarias.
2. Capacitación a las madres en el empleo de los sobres de hidratación oral para prevenir la deshidratación por diarrea.
3. Promover la construcción de letrinas, disposición adecuada de la basura y rehabilitación de sistemas de agua.
4. Capacitar en la identificación oportuna de signos de alarma de deshidratación para la derivación oportuna de enfermos a la unidad médica para su tratamiento.
5. Tratamientos familiares antiparasitarios.
6. Apoyo para la rehabilitación de sistemas de agua.

**Enfermedades crónico degenerativas:**

Contribuir al mejoramiento de las actividades de prevención, manejo y control de la diabetes y la hipertensión arterial, mediante la promoción, detección, diagnóstico y tratamiento integral.

**Acciones:**

1. Orientar a la población para la adopción de hábitos higiénicos y alimenticios favorables a la salud.
2. Detección y tratamiento de diabetes mellitus e hipertensión.

**Enfermedades transmitidas por vectores**

Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las actividades prioritarias de prevención, control, manejo y tratamiento de enfermedades transmitidas por vectores.

**Acciones:**

1. Capacitar a la población en las acciones para el saneamiento del medio ambiente y la adopción de medidas de protección personales para evitar la picadura de mosquitos.
2. Organizar a las comunidades para la eliminación de criaderos de mosco.
3. Limpieza y eliminación de cacharros tales como botellas, tubos, llantas, maderas, etc.
4. Protección de ventanas con mosquiteros.
5. Detección y tratamiento de pacientes con paludismo o dengue hemorrágico.

**Actividades asistenciales**

Proporcionar atención médica integral oportuna de calidad y con alto sentido humano mediante acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, curación y rehabilitación, dirigida al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; con especial énfasis en los problemas de salud prioritarios, haciendo partícipe a la población en actividades de autocuidado a su salud.

**Acciones:**

1. Proporcionar consultas de medicina familiar, especialidades, dental y de urgencias.
2. Atención de partos.
3. Realización de intervenciones quirúrgicas.
4. Servicios de hospitalización.
5. Estudios de laboratorio y rayos X.

**Otras actividades de desarrollo comunal**

1. Orientar y capacitar a los voluntarios de la comunidad en la promoción de la salud.
2. Promover y apoyar el desarrollo de proyectos productivos.
3. Promover la alfabetización y la educación básica.
4. Apoyar la reforestación.
5. Dotar de paquetes de utensilios para el trabajo en campo.
6. Impulsar proyectos de medicina tradicional.
7. Instalar, equipar y administrar los albergues comunitarios en hospitales rurales y albergues maternos en unidad médica rural.
7. Operación de los servicios

La prestación de los servicios médicos del Programa IMSS-Solidaridad se otorga en dos niveles de atención, que se ofrecen tanto a demanda específica, como a través del programa regular de actividades en la propia comunidad. Para ello, el IMSS-Solidaridad cuenta con una infraestructura homogénea conformada por "unidades tipo".

**7.1 Primer Nivel**

En este nivel, que resuelve el 85 por ciento de la demanda de atención, se orienta a atender problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla, aplicada con la participación activa de la comunidad, estableciendo el contacto directo entre el médico y el paciente otorgando el servicio a todos los habitantes que demandan atención a la Unidad Médica Rural (UMR).



Estas unidades cuentan con un consultorio con dotación de medicamentos, dos camas de tránsito, una sala de exploración, una sala de espera y una habitación para el médico, dispuestos en un área física de 60 a 110 metros cuadrados.

#### 7.2 Segundo Nivel

Atiende al 12 por ciento de la demanda. Comprende los servicios de especialidades en medicina familiar, medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y anestesiología, que requieren de una tecnología más compleja y que son atendidos por médicos titulados en su último año de formación como especialistas. Estos servicios se otorgan en el Hospital Rural (HR), que cuenta con instalaciones para la hospitalización y los servicios auxiliares de diagnóstico, necesarios para la atención de los pacientes referidos por las Unidades Médicas Rurales.

#### 7.3 Referencia y Contrarreferencia

Los dos niveles de atención se integran en sistemas regionales y están unidos por un mecanismo de referencia y contrarreferencia de pacientes, el cual funciona de acuerdo a criterio técnico médico y se agiliza por medio de una red de radiocomunicación que permite dar asesoría y apoyo en la solución de problemas médicos y administrativos.

#### 7.4 Derivación de pacientes al tercer nivel

El tres por ciento de la demanda corresponde a servicios médicos de alta especialidad. Este tercer nivel no se otorga a través del Programa IMSS-Solidaridad, sino que, por coordinación institucional con la Secretaría de Salud, se proporciona en los hospitales con que cuenta la mencionada dependencia.

La operación detallada de las diferentes unidades, así como las actividades del personal del Programa están contenidas en el conjunto de normas vigentes cuya relación se presenta en el Anexo 1 de este documento.

#### 7.5 Localidad sede y zona de influencia de las Unidades Médicas Rurales

Las unidades de primer nivel se ubicaron en localidades con una población de entre 500 y 2,500 habitantes, que cuentan con servicios de agua potable, energía eléctrica y drenaje, y constituyen un centro de concentración de actividades civiles, educativas y económicas.

A fin de no duplicar esfuerzos, en estas localidades no opera ninguna otra de las instituciones federales que brindan servicios de salud a población abierta.

La zona de influencia de la UMR cubre un rango de 2,500 a 5,000 habitantes, dependiendo de la dispersión y accesibilidad de los grupos de población residentes en la región.

La atención médica oportuna, el trabajo de promoción de la salud y las actividades de protección, tales como las campañas de vacunación y las medidas de prevención de contacto con enfermos contagiosos, entre otros, así como el desarrollo comunitario, requieren de una estrecha comunicación y colaboración entre la comunidad y el personal institucional; por ello, la distancia entre las UMR y sus áreas de influencia donde se ubican las denominadas Localidades de Acción Intensiva, no debe rebasar los 60 minutos de recorrido por los medios habituales de transporte.

#### 7.6 Localidad sede y zona de influencia de los Hospitales Rurales

La sede de los Hospitales Rurales (HR) debe tener una población no menor de 5 mil personas y no mayor de 10 mil, estar intercomunicada por dos o más caminos, de preferencia pavimentados o de terracería, y disponer de suministro de agua potable, energía eléctrica y drenaje.

El área de influencia de estos hospitales abarca un número aproximado de 40 Unidades Médicas Rurales, que se apoyan para la atención de segundo nivel en el HR de la sede.

El H.R. y su área de influencia constituyen una zona de atención médica.

#### 7.7 Localidad de acción intensiva

Es aquella que se encuentra ubicada dentro del área de influencia de las unidades médicas de primer y segundo niveles, la cual ha sido seleccionada para desarrollar actividades específicas inherentes a la aplicación del MAIS.

#### 7.8 Selección del personal

##### UMR

El equipo de salud de la UMR está conformado por un médico en servicio social, que es el responsable de su operación, así como por un auxiliar de área médica de base y uno de suplente.

El reclutamiento del personal médico se realiza a través del proceso de selección de médicos que cubren un servicio social regulado por la Secretaría de Salud, el Programa les asigna una U.M.R. bajo la supervisión de un médico asesor zonal.

Las plazas que no logran cubrirse con médicos en servicio social se ocupan mediante contrataciones temporales de médicos titulados, a fin de mantener siempre la presencia de un médico en la UMR.

Para la contratación del personal auxiliar de enfermería, se seleccionan dos candidatos de la localidad sede de la UMR que cuenten con escolaridad primaria o secundaria y dominen el idioma local cuando se trate de comunidades indígenas. Los aspirantes reciben un curso de adiestramiento de dos meses en el hospital rural. El mejor calificado obtiene el puesto de base y el segundo se contrata para cubrir ausencias, vacaciones y días de descanso.

Este personal, denominado auxiliar de enfermería, recibe un adiestramiento continuo de parte del médico encargado de la unidad para desempeñar sus funciones, que consisten en el cuidado de pacientes, manejo de equipo e instrumental médico; apoyo al médico para entender los valores culturales, las actitudes de la población relacionadas con la salud, la medicina, la higiene y las costumbres particulares de atender su salud.

Para garantizar la calidad de los servicios, se cuenta con un programa de capacitación continua y adiestramiento.

##### H.R.

Los recursos humanos de un hospital rural, cuya capacidad instalada oscila entre 25 y 70 camas, está integrado un cuerpo de gobierno compuesto por un director, un administrador, una jefe de enfermeras y un residente de conservación.

El resto del personal del Hospital está integrado por odontólogos, químicos, enfermeras y trabajadores sociales, todos ellos en servicio social, además de médicos generales, residentes en las especialidades de medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna, nutriólogas, personal auxiliar de enfermería, técnico en laboratorio y rayos X, además de auxiliares administrativos, personal de conservación y servicios generales, conforme al nivel de la demanda de servicios.

#### 7.9 Organización comunitaria

##### Asamblea General

La Asamblea General representa el nivel superior de decisiones de la organización comunitaria. El diagnóstico de salud de la comunidad, elaborado conjuntamente por el equipo de salud y la comunidad, es la base para que la asamblea apruebe el plan y programa de trabajo y evalúe el desarrollo de las actividades.

##### Comité de Salud

Sus integrantes son electos por la Asamblea General y se constituye en el intermediario entre el Programa y la comunidad; promueve la formación de promotores voluntarios y su integración a las actividades comunitarias. Está formado por un presidente y los vocales de salud, saneamiento y nutrición, que reciben asesoría y apoyo del personal de la unidad médica para el desempeño de sus funciones. Constituye, asimismo, la vía para captar y transmitir las opiniones de la población sobre los servicios prestados por el equipo de salud.

##### Asistentes Rurales de Salud

Son voluntarios de la comunidad elegidos por la asamblea y atienden la salud de la población que radica en localidades menores de 500 habitantes carentes de infraestructura de salud. El Programa los capacita durante tres meses, les entrega equipo e instrumental y los abastece de medicamentos. Su tarea consiste en orientar a la población para el autocuidado de la salud, detectar padecimientos y, en su caso, derivar enfermos y personas en riesgo a la UMR. Reciben mensualmente un apoyo económico para gastos de traslado a las unidades médicas, a las que acuden con el propósito de reabastecer su botiquín de medicamentos y material de curación, recibir asesoría del equipo de salud y proporcionar información de las actividades realizadas.

##### Promotores Voluntarios Rurales

Son en su mayoría mujeres seleccionadas por la comunidad y son capacitadas por el Programa en aspectos de salud, para orientar en visitas domiciliarias a un promedio de 14 familias de su localidad.

Los Promotores tienen la función de salvaguardar y organizar los albergues comunitarios, promover el establecimiento y utilización de albergues maternos cercanos a las Unidades Médicas Rurales, para el cuidado del embarazo de alto riesgo.

##### Parteras Rurales

Las parteras rurales son identificadas por el personal del Programa e invitadas a las Unidades Médicas y Hospitales para capacitarse con el personal de salud en la atención del parto limpio y la identificación de embarazos de alto riesgo. Al concluir la capacitación reciben instrumental médico para el apoyo de sus actividades y se establece un acuerdo de seguimiento de su labor.

##### Terapeutas tradicionales

Son personas de las comunidades que han resuelto problemas de salud de la población. Contribuyen a que la medicina tradicional se consolide como alternativa y complemento de la atención a la salud.

#### 7.10 Población beneficiaria

Es la población que radica en la localidad sede y en localidades de acción intensiva; constituye el universo de trabajo y se considera beneficiaria en su totalidad. Así mismo, son beneficiarias las personas del resto del área de influencia que permanentemente demandan atención y no tienen acceso a otros servicios de salud.

El primer nivel atiende a la población que radica en las localidades sede de la UMR y del Hospital Rural, así como en las localidades ubicadas a una distancia de 0 a 60 minutos de dichas unidades utilizando los medios habituales de transporte y en aquellas ubicadas entre 60 y 180 minutos que sólo tengan acceso al hospital, con excepción de las que ya están adscritas a otras unidades de medicina rural.

El segundo nivel atiende a la población que proviene de localidades que ya estén adscritas a una unidad médica de primer nivel, entre las que se incluyen las localidades sede de la UMR y del propio hospital.

#### 7.11 Criterios para la adscripción de la población beneficiaria

- Se elabora "Tarjeta de adscripción a unidades médicas" y expediente clínico a la población que radica en el universo de trabajo y demanda el servicio de la unidad médica o del hospital.
- A la población que radica en el universo de trabajo que no haya demandado consulta, sólo se le proporciona la "Tarjeta de adscripción a unidades médicas", con base en la información recabada por los promotores voluntarios.
- Para la población que radica en el resto del área de influencia y demanda de servicio de hospital, se elabora la "Tarjeta de adscripción a unidades médicas" y el expediente clínico, siempre y cuando no esté amparada por otro servicio de salud a población abierta.
- La población adscrita queda registrada en la forma 4-30-10 "Movimiento de Población Adscrita", que forma parte del sistema de información en salud para población abierta (SISPA), y es actualizada en forma mensual.
- La población que no forma parte del universo de trabajo y demanda servicios, no se adscribe, pero queda registrada en una "Nota médica", misma que se depura después del primer año a partir de la fecha en que recibió la última atención médica.

#### 7.12 Criterios para la depuración de la población adscrita

La depuración de la población adscrita se realiza al inicio de cada año; cuando el núcleo familiar deja de radicar en la localidad o universo de trabajo, se procede a dar de baja su adscripción. En el resto del área de influencia, la depuración se lleva a cabo mediante la investigación que realizan los grupos voluntarios de la comunidad y las autoridades locales.

#### 7.13 Catálogo de adscripción

Está a cargo del responsable del archivo clínico, se integra con tarjetas y se archiva en secciones (activa, pasiva, bajas, indepurables y procedentes) al igual que los expedientes clínicos y se depura mensualmente.

#### 7.14 Proceso de la Atención Médica

##### 7.14.1 Conducción Directiva del Programa

Con el propósito de consolidar las estrategias y acciones realizadas para cumplir con los objetivos del Programa, se cuenta con equipos directivos a nivel central, delegacional, hospitalario y zonal.

Estos equipos directivos efectúan funciones de planeación, capacitación, supervisión-asesoría; de coordinación y concertación a nivel intrainstitucional y extrainstitucional y sectorial; de gestión de recursos, de control y seguimiento presupuestal y de cumplimiento a compromisos. Estas actividades se realizan tanto en el nivel central por la Coordinación General, como a nivel delegacional, por equipos multidisciplinarios integrados por un médico, un administrador, una enfermera y un supervisor de acción comunitaria; a nivel zonal por los equipos de asesoría y supervisión de unidad médica rural, integrados por médico, un promotor



de acción comunitaria y un técnico polivalente, y en el ámbito del hospital rural, por un cuerpo de gobierno conformado por un director médico, la jefa de enfermeras, el administrador y un jefe de conservación de la unidad.

Un factor importante en la conducción del programa IMSS-Solidaridad, lo representa la coordinación permanente que se efectúa en los niveles central y delegacional con la estructura administrativa del IMSS, a través de las diferentes jefaturas normativas y de coordinación institucionales, para proveer los apoyos logísticos de insumos, equipamiento, control financiero, conservación de inmuebles, además de la actualización de normas técnico-médicas, lo que garantiza la oportunidad y suficiencia de recursos y la adecuada aplicación de procesos de atención.

En las actividades de planeación, estos equipos efectúan las siguientes acciones:

Recopilan la información estadística de los reportes que se emiten por los sistemas automatizados de información (SISPA, PROVAC, SUAVE), para integrarla en el documento de "autoevaluación" (el cual incluye cuadros estadísticos de productividad, acciones realizadas, morbilidad y mortalidad, datos administrativos y de participación comunitaria) y la complementaria que se requiera (aspectos relevantes de supervisión, acuerdos y concertaciones, incidentes críticos).

Equipo Multidisciplinario:

- Valida la información con los cuerpos de gobierno y equipos zonales, a fin de contar con fuentes confiables.
- Asesora al cuerpo de gobierno y a los equipos zonales acerca de la integración y el análisis de la información del documento de "autoevaluación" que está conformado con los reportes técnico-médicos-administrativos y de acción comunitaria y tiene el propósito de identificar problemas de salud, suficiencia de recursos o de calidad de la atención, lo que permite jerarquizar y focalizar las zonas y localidades con mayor riesgo.
- Vigila que el diagnóstico de salud se origine desde la misma comunidad con la información recabada por los grupos voluntarios.
- Jerarquiza los problemas de salud (mortalidad y morbilidad) e identifica las limitantes en la adecuada aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud.
- Elabora el programa de trabajo anual con base en el diagnóstico de salud que incluye propósitos, estrategias, actividades y metas, en función de los factores de riesgo identificados y considerando los recursos institucionales, comunitarios, la calidad de la atención médica y la participación comunitaria.
- Calendariza las actividades de capacitación, supervisión y de gestión de recursos.

Actividades de enseñanza e investigación:

La Coordinación General planea, organiza y efectúa la inducción al puesto a los nuevos integrantes del equipo multidisciplinario delegacional, quienes a su tiempo serán responsables de inducir a los nuevos integrantes del cuerpo de gobierno de H.R. y equipos de asesoría zonal, y estos últimos a los equipos de salud de las unidades médicas.

El equipo multidisciplinario delegacional, conjuntamente con el coordinador delegacional de educación médica del IMSS, elabora el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal institucional.

El cuerpo de gobierno del H.R. elabora el diagnóstico de necesidades de capacitación continua, y de acuerdo con este, planea, desarrolla y evalúa la educación técnica del personal que integra las áreas médicas y de enfermería, trabajo social, estomatología, dietología, administración y conservación.

El cuerpo de gobierno del H.R. ejecuta y evalúa la capacitación continua de los coordinadores de vigilancia epidemiológica y las áreas de medicina preventiva, enseñanza e investigación, consulta externa y servicios auxiliares de diagnóstico.

El asesor médico auxiliar elabora conjuntamente con el coordinador de enseñanza e investigación del H.R. el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal de la U.M.R., a fin de programar, desarrollar y evaluar las actividades de capacitación y adiestramiento del personal en servicio, las cuales se realizan en las reuniones mensuales de médicos y auxiliares de área médica o en cursos formales de capacitación.

El equipo multidisciplinario, conjuntamente con el equipo zonal, planea, organiza, ejecuta y evalúa las reuniones de intercambio de experiencias con los grupos voluntarios, parteras rurales y terapeutas tradicionales, a fin de proporcionar información y asesoría sobre las actividades a desarrollar en las prioridades en salud.

Los equipos de salud de las unidades médicas, con base en el diagnóstico de salud local y el plan de actividades, planean y efectúan la capacitación continua de los comités de salud, de las promotoras voluntarias y de los asistentes rurales de salud.

Los cuerpos de gobierno y los equipos de asesoría zonal efectúan el seguimiento a la capacitación proporcionada en los H.R.

El equipo multidisciplinario delegacional promueve y asesora, con apoyo de los coordinadores delegacionales de investigación y de salud comunitaria del IMSS, estudios de investigación realizados en el primero y segundo nivel de atención, para el análisis de los principales riesgos y daños a la salud de la población beneficiaria.

Actividades de supervisión y asesoría

Con base en el diagnóstico situacional y el programa de trabajo se elabora el cronograma de visitas de supervisión y asesoría de los equipos multidisciplinarios y los equipos zonales de las unidades médicas, y en el caso del H.R. a los diferentes servicios del hospital.

Previo a la visita de supervisión, en todos los niveles directivos se recaba información actualizada, oportuna y confiable de las diferentes áreas (médica, administrativa y de acción comunitaria), además de validarla para asegurar su veracidad y utilidad para la toma de decisiones.

Con base en esta información, se identifican y jerarquizan los problemas relevantes de salud (acciones médico preventivas o asistenciales), de participación comunitaria o de suficiencia de recursos, de acuerdo a los criterios de magnitud, y de resultados en salud (morbilidad y mortalidad), lo que permite integrar el diagnóstico situacional de la unidad médica a supervisar.

Con base en lo anterior, se define el plan de actividades de supervisión, para corregir, impulsar y fortalecer la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud.

En las unidades médicas o en los servicios del hospital, el responsable de la supervisión (nivel central, delegacional, zonal y cuerpo de gobierno), corrobora con el supervisado los datos del diagnóstico situacional, con respecto a la información con que cuenta la unidad.

Durante la supervisión en los diferentes niveles de atención, se verifica y analiza de manera integral y sustantiva, la información y los hechos que permitan conocer la experiencia directiva del personal supervisado, a fin de orientar e incrementar su capacidad técnica de análisis, habilidad, destreza y toma de decisiones.

En la zona de servicios médicos (H.R. y U.M.R.) se verifica el desarrollo de los procesos que comprende el Modelo de Atención Integral a la Salud que sustenta los servicios otorgados a la población sana y enferma; la oportunidad, suficiencia y la utilización racional de los recursos institucionales, humanos, físicos y materiales; las acciones de capacitación al personal institucional y comunitario; la organización, oportunidad, calidad y calidez de la atención integral proporcionada en la unidad; la captura, validación y análisis de la información; las actividades y procedimientos técnico-médico-administrativos; el grado de interrelación entre el equipo de salud y la comunidad; los resultados de la organización y participación de la comunidad, y el seguimiento de los acuerdos establecidos con la misma, el seguimiento a los diferentes compromisos institucionales (reuniones, supervisión, acuerdo de concertación, etc.), y la cobertura y los impactos de las acciones de salud.

Al final de la supervisión, con los responsables de la unidad médica, se precisan compromisos institucionales que incluyan plazos y responsables y con la comunidad se establecen acuerdos de beneficio familiar y colectivo.

El equipo zonal y el cuerpo de gobierno informan al equipo multidisciplinario delegacional; y éste, al titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas del IMSS sobre los aspectos relevantes identificados y se establecen los compromisos requeridos de la estructura delegacional del IMSS, así como de los niveles extrainstitucional o intersectorial.

En el caso de las supervisiones realizadas por el equipo multidisciplinario delegacional, se informa al cuerpo de gobierno y los equipos zonales, respecto a los avances y limitantes identificados en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, a fin de generar mediante el diálogo reflexivo la aplicación de estrategias efectivas, para su solución.

Los equipos zonales de supervisión informan al personal operativo de las unidades médicas rurales, en las reuniones zonales de médicos y auxiliares de área médica, sobre los problemas globales relevantes identificados y establecen conjuntamente con ellos, las acciones y estrategias necesarias para su solución.

Los diferentes niveles directivos efectúan el seguimiento bimestral, en las diferentes reuniones, de los compromisos establecidos en las supervisiones efectuadas a las unidades médicas y programan las siguientes visitas a realizar.

Actividades de coordinación y concertación:

El equipo multidisciplinario mantiene comunicación directa con el titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas del IMSS y con las coordinaciones médicas que de él dependen, a fin de evaluar conjuntamente los avances del Programa IMSS-Solidaridad y establecer los correspondientes acuerdos, como son, entre otros:

- Con la Coordinación Delegacional de Salud Comunitaria del IMSS evalúa la situación epidemiológica de las enfermedades sujetas a control (tuberculosis pulmonar, dengue, cólera, desnutrición, enfermedades prevenibles por vacunación, etc.), a fin de retomar o fortalecer acciones médico-preventivas y de participación comunitaria.
- Con la Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS evalúa los avances en la atención integral al grupo materno-infantil en el ámbito del Programa, con énfasis en la atención al adolescente, la promoción y aceptación de metodología anticonceptiva, mediante el consentimiento informado y compartido; las acciones de salud ginecológica (visualización, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, y toma de muestra de Papanicolaou para el diagnóstico, manejo y control oportuno del cáncer cérvicouterino), y las de salud materna y perinatal.
- Con la Coordinación Delegacional de Educación Médica del IMSS analiza y propone alternativas de solución a la problemática técnico-médico-administrativa del personal becario adscrito al Programa, además de participar en la planeación y desarrollo de la capacitación continua del personal directivo y operativo.
- Con la Coordinación Delegacional de Investigación del IMSS se promueven y asesoran proyectos de investigación clínica y epidemiológica, con base en los principales daños y riesgos a la salud.
- Con la Coordinación Delegacional de Estomatología, de Trabajo Social, y de Dietética y Nutrición del IMSS se recibe apoyo para la capacitación y asesoría en servicio de las disciplinas respectivas, en forma que permita asegurar la prestación de los servicios con calidad, eficiencia y sentido humano.

En el ámbito sectorial, el equipo multidisciplinario delegacional participa en el Consejo Estatal de Vigilancia Epidemiológica y el Consejo Estatal de Vacunación, estableciendo acuerdos conjuntos para la investigación, vigilancia y control de padecimientos de interés epidemiológico, así como para la planeación y ejecución de acciones de vacunación y la semana de salud dental, el mes de la salud materna y el mes del niño.

El equipo multidisciplinario delegacional participa en las reuniones mensuales de análisis del desarrollo del Programa, con el titular de la delegación del IMSS y los titulares de la estructura administrativa del IMSS, a fin de exponer ante las jefaturas de servicios, coordinaciones y departamentos del IMSS, los avances y limitantes en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, el logro de metas propuestas, el análisis del ejercicio presupuestal del gasto y el establecimiento de compromisos y acciones correctivas que correspondan a las áreas del IMSS.

En los diferentes niveles directivos, el citado equipo promueve y gestiona recursos ante dependencias federales, estatales, públicas y privadas (SSA, DIF, LICONSA, INEA, CONAGUA, INI), con base en las necesidades de salud, con el fin de ubicarlos en comunidades con mayores riesgos y donde no se estén operando programas similares.

También promueve la elaboración de actas de los asuntos tratados en cada sesión de trabajo, las cuales son numeradas en orden cronológico, a fin de dar seguimiento en lo referente a su avance y cumplimiento.

El equipo multidisciplinario delegacional informa al jefe delegacional de Prestaciones Médicas del IMSS y a la Coordinación General de los avances en la coordinación y concertación, así como los logros obtenidos y las dificultades observadas.

El Cuerpo de Gobierno:

- Integra y actualiza el diagnóstico situacional de salud de la unidad y su zona de servicios, considerando el panorama epidemiológico (morbilidad en consulta externa, egresos y defunciones, hospitalarias), las acciones y sus efectos en salud; los resultados relevantes en el mejoramiento de la calidad de la atención de todas las áreas, así como la organización y funcionamiento de los servicios y recursos disponibles.



- Elabora el programa anual de trabajo de la unidad, integrado por las diferentes áreas (médica, enfermería, administración y conservación), que incluye actividades de capacitación, inducción al puesto para el personal de nuevo ingreso, visitas de supervisión y asesoría a los diferentes servicios, reuniones de los comités técnico-médicos (mortalidad, infecciones intrahospitalarias, calidad de la atención), y de integración, validación y análisis de la información.
- Calendariza las actividades administrativas, a fin de optimizar el tiempo y los recursos en la mejora continua de la calidad.
- Determina las localidades de alto riesgo y define acciones operativas a corto, mediano y largo plazos.
- Prioriza, con los equipos de salud y los grupos voluntarios, los problemas identificados de acuerdo a su magnitud y trascendencia e identifica las limitantes en la adecuada aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, para establecer acuerdos institucionales conjuntos y de participación comunitaria en beneficio de la salud de la población.
- Otorga inducción al puesto a todos los integrantes del equipo de salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Coordinación General.
- Evalúa la organización y funcionamiento de cada uno de los servicios; la existencia de recursos humanos y físicos suficientes; el inicio de actividades en forma oportuna, acorde con las necesidades de la población beneficiaria, así como la adecuada identificación y la prioridad dada a la atención a población de alto riesgo; otorgamiento de servicios acorde con los riesgos de salud identificados; prioridad en la atención a la población del área de influencia de la Unidad Médica Rural y la suficiencia de insumos en laboratorio y rayos X.
- Vigila y promueve que los resultados de los estudios solicitados de laboratorio y rayos X, sean entregados en forma inmediata al solicitante de la Unidad Médica Rural.
- Verifica que no exista diferimiento en las citas médicas de especialidad.
- Solicita a los médicos residentes que rotan por los hospitales del Programa IMSS-Solidaridad, retroinformen a la Unidad Médica Rural, en forma inmediata, a través del sistema de radiocomunicación, sobre las acciones médicas a continuar posteriormente al alta médica del paciente.
- Programa, difunde y vigila que en las sesiones de educación para la salud se apliquen técnicas didácticas participativas, acordes con la cultura local.
- Vigila que se otorgue atención integral, con el apoyo de todos los servicios (medicina preventiva, odontología, dietología, Centro de Educación Nutricional (CEN) y trabajo social), con énfasis a los grupos prioritarios.
- Coordina el otorgamiento de acciones extensivas a la familia y la comunidad.
- Aprovecha al máximo el contacto con la población, para disminuir las oportunidades perdidas, a través de sesiones de educación para la salud y acciones médico-preventivas, con énfasis a los grupos prioritarios.
- Promueve la actualización de criterios médicos de atención para el diagnóstico y tratamiento de los principales motivos de consulta externa.
- Promueve el adiestramiento en servicio al personal médico, sobre criterios de diagnóstico y tratamiento.
- Evalúa directa e indirectamente la calidad de la atención, con base en los criterios de atención establecidos.
- Vigila la aplicación sistemática de la encuesta de opinión de la población beneficiaria, con el propósito de conocer la satisfacción en la prestación de los servicios y efectuar acciones correctivas.

#### El equipo de asesoría zonal:

- Recopila la información estadística de los reportes que se emiten por los sistemas automatizados de información (SISPA, PROVAC, SUAVE), para integrarla en los cuadros correspondientes del documento de autoevaluación (el cual incluye cuadros estadísticos de productividad, acciones realizadas, morbilidad y mortalidad, datos administrativos y de participación comunitaria) y la complementaria que se requiera (aspectos relevantes de supervisión, acuerdos y concertaciones, incidentes críticos).
- Valida la información en conjunto con los médicos que cubren los periodos vacacionales de las U.M.R. y con los equipos de salud de la Unidad Médica Rural, a fin de contar con fuentes confiables.
- En el ámbito de la Unidad Médica Rural, vigila que el diagnóstico de salud de las localidades donde existen grupos voluntarios, se origine desde la misma comunidad.
- Asesora a los equipos de salud de las U.M.R. acerca de la integración y el análisis de la información con el propósito de identificar, jerarquizar y focalizar las localidades y grupos de población con mayor riesgo.
- Con los equipos de salud de las U.M.R., jerarquiza los problemas de acuerdo a su magnitud e identifica las limitantes en la adecuada aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud.

Esto permite establecer el programa de trabajo del equipo zonal y de cada Unidad Médica Rural, el cual incluye: propósitos, estrategias, actividades y metas; en función de los factores de riesgo identificados, considerando recursos institucionales y comunitarios, que favorezcan la calidad de la atención y la participación comunitaria.

- Elabora conjuntamente con el coordinador de enseñanza e investigación del H.R., el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal de las U.M.R., a fin de programar, desarrollar y evaluar las actividades de capacitación y adiestramiento del personal en servicio, que se realizan en las reuniones mensuales zonales de médicos y auxiliares de área médica o en cursos formales de capacitación.
- Con el equipo multidisciplinario delegacional y el cuerpo de gobierno del H.R., organiza, asesora, supervisa y evalúa la capacitación para aspirantes a ocupar plazas vacantes en las diferentes categorías del programa en el ámbito operativo.
- Conjuntamente con el equipo multidisciplinario delegacional, planea, organiza, ejecuta y evalúa las reuniones regionales de intercambio de experiencias, de grupos voluntarios y la adecuada capacitación dialogada por experiencias para parteras rurales.
- Con los equipos de salud de las unidades médicas y con base en el diagnóstico de salud local y el plan de actividades, programa y efectúa la capacitación continua de los comités de salud, de las promotoras voluntarias y de los asistentes rurales de salud.

- A través de sus visitas de supervisión efectúa el seguimiento a la capacitación proporcionada en los H.R. en las reuniones zonales.
- Con base en el diagnóstico situacional y el programa de trabajo, elabora el cronograma de visitas de supervisión-asesoría a las unidades médicas.
- Previo a la visita de supervisión, recaba información actualizada, oportuna y confiable, además de validarla para asegurar su veracidad y utilidad para la toma de decisiones.
- Con base en esta información, identifica y prioriza los problemas relevantes de salud, de acciones médico preventivas o asistenciales, de participación comunitaria o de suficiencia de recursos, lo que permite integrar el diagnóstico situacional de la unidad médica.
- En las unidades médicas corrobora los datos del diagnóstico situacional y la información de fuentes primarias con que cuenta la unidad, lo que facilita el análisis de manera integral y sustantiva, a fin de orientar la toma de decisiones.
- Verifica la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud que se otorga a la población sana y enferma, con especial atención a los grupos de mayor riesgo; la oportunidad, suficiencia y utilización racional de los recursos institucionales, humanos, físicos y materiales en el otorgamiento de la atención integral a la salud; las acciones de capacitación al personal comunitario; la organización, oportunidad, calidad y calidez de la atención integral proporcionada en la unidad; la captura, validación y análisis de la información; las actividades y procedimientos técnico-médico-administrativos; el grado de interrelación entre el equipo de salud y la comunidad; los resultados de la organización y participación de la comunidad y el seguimiento de los acuerdos establecidos con la misma; el seguimiento a los diferentes compromisos institucionales y la cobertura y los impactos de las acciones de salud.
- Evalúa la calidad de la atención, con base en los criterios de atención establecidos y vigila la aplicación sistemática de la encuesta de opinión de la población beneficiaria, con el propósito de conocer el grado de satisfacción en la prestación de los servicios y efectuar acciones correctivas.

- Precisa, al final de la supervisión, con el equipo de salud de la unidad médica, los compromisos institucionales, que incluyen plazos y responsables, y con la comunidad se establecen los correspondientes acuerdos en beneficio de su salud.
- Informa al equipo multidisciplinario delegacional, y éste al titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas del IMSS, sobre los aspectos relevantes identificados, los compromisos establecidos y las acciones requeridas de parte de la estructura delegacional del IMSS u otro nivel extrainstitucional o intersectorial.
- Informa al personal operativo de las unidades médicas rurales, en las reuniones zonales de médicos y auxiliares de área médica, los resultados relevantes identificados y establecen conjuntamente las acciones y estrategias que permitan tomar decisiones para su solución.
- Efectúa el seguimiento a los compromisos derivados de la supervisión, a través de: las reuniones zonales de médicos y auxiliares de área médica; visitas de supervisión y los reportes estadísticos automatizados (SISPA, PROVAC, SUAVE).
- En el ámbito sectorial, establece acuerdos conjuntos con los presidentes municipales para la gestión de recursos que favorezcan el desarrollo social de las comunidades.
- Coordina acciones con dependencias federales, estatales, públicas y privadas (SSA, DIF, LICONSA, INEA, CONAGUA, INI, etc.), para la dotación y ubicación de recursos con base en necesidades de salud, con el fin de ubicarlos en comunidades con mayores riesgos y donde no se estén operando programas similares.
- Evalúa, con el coordinador de medicina preventiva del hospital rural, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades sujetas a control, a fin de retomar o fortalecer acciones médico-preventivas y de participación comunitaria.

#### 7.14.2 Proceso de Atención Médica

##### Atención médica en Unidad Médica Rural

La auxiliar de área médica recibe al paciente y verifica su adscripción a la unidad; toma sus signos vitales y somatometría y los registra en el expediente clínico; simultáneamente investiga los factores de riesgo de acuerdo al grupo prioritario al que pertenece:

- En las mujeres, la valoración del riesgo reproductivo u obstétrico o ginecológico.
- En los menores de 5 años, sobre aspectos nutricionales, vacunales, de enfermedades diarreicas respiratorias u otra de interés.
- En los adultos sobre factores dietéticos, sociales, biológicos o culturales que predisponen problemas crónico-degenerativos.

Imparte en forma individual, consejería y orientación en salud a fin de orientar en la disminución de riesgos y daños a la salud.

Identifica pacientes que requieren tratamiento inmediato en la consulta externa informando al médico sobre lo identificado.

Imparte educación para la salud en la sala de espera, mientras el paciente espera la consulta.

Entrevista a los familiares acompañantes con el propósito de identificar factores de riesgo a fin de orientar sobre actividades preventivas a efectuar.

El médico escucha al paciente con atención, investigando la causa de la consulta y evalúa los aspectos relevantes del caso.

Investiga además factores de riesgo de acuerdo al grupo de edad y sexo. Así a la mujer en edad fértil, pregunta sobre aspectos de su etapa reproductiva y de la salud ginecológica; en la embarazada, aspectos nutricionales culturales u obstétricos; en los menores de 5 años, desarrollo psicomotor, esquema de vacunación, crecimiento y factores concomitantes y; en el adulto, hábitos y costumbres o antecedentes familiares en torno al padecimiento, lo que le permite tener una visión global de la situación de salud probable que tiene el paciente.

En el caso de que la población beneficiaria sea de habla indígena, la auxiliar de área médica actúa como intérprete en la investigación médica.



Corroborar la primera parte de la investigación médica, con el permiso del paciente y en presencia y con apoyo de la auxiliar de área médica, efectúa exploración física (inspección, palpación, auscultación y percusión) informando al paciente sobre los hallazgos identificados durante la misma.

Establece, con base en los criterios médicos, el diagnóstico y tratamiento, valorando en caso necesario, la derivación al hospital rural más cercano para el apoyo de algún servicio auxiliar (laboratorio, rayos X) o la interconsulta con algún médico especialista, para lo cual elabora nota médica de envío.

Establece el diagnóstico integral, que abarca el aspecto sociocultural además del aspecto biológico del daño.

Establece el plan de tratamiento integral, el cual incluye acciones de medicina preventiva, educación nutricional y estomatología.

Informa y orienta al paciente sobre su padecimiento y las actividades médicas preventivas y asistenciales a efectuar, para prevenir o controlar el problema de salud, asimismo, otorga consejería en salud reproductiva, salud ginecológica, atención al niño sano y al adolescente.

Anota en el expediente clínico y en los formatos SISPA correspondientes la información de las actividades realizadas.

Otorga cita de control y seguimiento.

Con el propósito de corroborar el adecuado manejo del caso, la auxiliar de área médica interroga sobre la comprensión de la información otorgada y, de ser necesario, repite los mensajes.

El médico de la U.M.R. realiza acciones de odontología preventiva, principalmente a grupos de menores de 10 años, adolescentes, embarazadas y pacientes con enfermedad crónica-degenerativa; detecta patologías bucodentales a los pacientes que acuden a solicitar consulta a la unidad médica y, en sus salidas a la comunidad, deriva al Hospital Rural a la población que requiere tratamiento estomatológico.

Investiga factores de riesgo bucodental, hábitos y costumbres o antecedentes familiares en torno al padecimiento, lo que le permite tener una visión global de la situación de salud que tiene el paciente.

Realiza acciones de protección estomatológica específica como: detección de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental y autoaplicación de flúor; además de acudir a los centros escolares a realizar acciones preventivas y sesiones de educación para la salud bucodental y capacitar a los grupos voluntarios de la comunidad en la realización de sus actividades y la detección oportuna de padecimientos.

El médico de la unidad y la auxiliar de área médica, en el Centro de Educación Nutricional efectúan una valoración personalizada, en el caso de pacientes de alto riesgo (niños desnutridos, embarazadas con desnutrición o pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial), con el fin de identificar la cantidad y calidad de los nutrientes que son ingeridos por el paciente, y establecer el diagnóstico nutricional específico.

Lo anterior permite orientar el tratamiento considerando las condiciones socioeconómicas del paciente y la disponibilidad de alimentos a nivel familiar y comunitario.

Al total de pacientes que acuden al servicio del Centro de Educación Nutricional, la auxiliar de área médica otorga capacitación con técnicas demostrativas y recursos alimentarios propios de la región, para mejorar y mantener el estado nutricional.

Con el propósito de continuar con el manejo educativo o dieto-terapéutico específico, se elabora cita de control hasta el alta del paciente, registrando las actividades en los formatos específicos del expediente clínico y en el SISPA.

Dentro del manejo integral en el servicio de medicina preventiva, la auxiliar de área médica investiga el motivo de envío para efectuar actividades específicas de protección; así, en el grupo de menores de 5 años se valora su esquema de vacunación, y se aplican las vacunas del esquema básico, consistente para el caso de la mujer en edad fértil, en la vacuna antitetánica y diftérica y en los escolares, la vacuna antitetánica, antidiftérica y antituberculosa.

En la población adulta y mujeres en edad fértil, además se realizan detecciones de padecimientos crónico-degenerativos (diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar), así como detección de cáncer cérvico-uterino y mamario.

Al finalizar la atención integral, la auxiliar de área médica entrega al paciente los medicamentos según las claves y cantidades prescritas en la receta individual; le orienta en la forma en que habrá de ingerir, tomar o aplicar los medicamentos prescritos y proporciona al paciente la información necesaria, para disponer de los medicamentos en caso de requerirse.

Como complemento de las actividades identificadas en la unidad médica, el equipo de salud (médico, auxiliar de área médica) visita las localidades de acción intensiva que conforman su universo de trabajo para:

Realizar seguimiento al grupo de pacientes de riesgo; otorgar promoción y educación para la salud e inmunizaciones; dar seguimiento a las acciones de saneamiento básico y de mejoramiento de la vivienda; además de establecer coordinación con autoridades del sector educativo para promover la educación de adultos y, con diferentes organizaciones y autoridades locales, para el traslado de pacientes a segundo nivel.

#### Atención médica en hospital rural

La población beneficiaria al solicitar algún servicio médico, acude al servicio de archivo clínico para adscripción a la Unidad, lo que permite elaborar o seleccionar el expediente clínico correspondiente.

Posteriormente acude al módulo de enfermería de consulta externa a solicitar el servicio, el cual se registra en la hoja diaria de consulta externa SISPA.

La auxiliar de área médica toma los signos vitales del paciente y los registra en el expediente clínico; simultáneamente investiga el estado de su salud, conforme a los factores de riesgo a los que se halla expuesto, de acuerdo al grupo prioritario de control epidemiológico al que pertenece. Como son, en el caso de las mujeres, los de tipo reproductivo, obstétrico o ginecológico; en los menores de 5 años sobre aspectos nutricionales, vacunales, de enfermedades diarreicas, respiratorias u otra de interés y, en los adultos, factores dietéticos, sociales, biológicos o culturales que predisponen a problemas crónico-degenerativos y de acuerdo a lo anterior imparte en forma individual, consejería y orientación a fin de disminuir riesgos y daños a la salud.

A través de la toma de signos vitales, identifica pacientes que requieren tratamiento inmediato en la consulta externa o conduce al enfermo al servicio de urgencias para su manejo específico.

Los integrantes del equipo de salud (estomatólogo, trabajador social, dietista, pasante de enfermería y médico) otorgan educación para la salud en la sala de espera de la consulta externa.

Mientras el paciente recibe la consulta médica, la auxiliar de área médica entrevista a los familiares acompañantes con el propósito de identificar factores de riesgo, a fin de, cuando sea necesario, derivarlos al servicio que corresponda para su manejo inmediato (medicina preventiva, centro de educación nutricional, estomatología).

Al pasar el paciente con el médico familiar u otro especialista (pediatra, gineco-obstetra, cirujano o médico internista), éste escucha con atención el motivo de la consulta, evaluando aspectos relevantes de duración, frecuencia y asociación con otros datos clínicos.

Posteriormente investiga factores de riesgo de acuerdo al grupo de edad y sexo:

- ♦ En el caso de la mujer en edad fértil pregunta sobre aspectos de su etapa reproductiva y salud ginecológica.
- ♦ En la embarazada, aspectos obstétricos, nutricionales y culturales.
- ♦ En los menores de 5 años, sobre el desarrollo psicomotor, esquema de vacunación, crecimiento y factores concomitantes.
- ♦ En el adulto, hábitos y costumbres o antecedentes familiares en torno al padecimiento.

Lo anterior le permite tener una visión global de la situación de salud que tiene el paciente.

En el caso de que la población beneficiaria sea de habla indígena, la auxiliar de área médica actúa como intérprete en la investigación médica.

Para corroborar la primera parte de la investigación médica, con el permiso del paciente y en presencia y con apoyo de la auxiliar de área médica, efectúa exploración física (inspección, palpación, auscultación y percusión) informando al paciente sobre los hallazgos identificados durante la misma.

Con base en los criterios médicos de diagnóstico y tratamiento, el médico establece el diagnóstico clínico, valorando la posible solicitud de algún servicio auxiliar (laboratorio, rayos X); el envío al servicio de urgencias o la interconsulta con algún otro médico especialista.

Al total de pacientes se les efectúa valoración integral y, en caso necesario, se solicita el apoyo de las áreas de trabajo social, estomatología y dietología, lo que permite al médico familiar establecer un diagnóstico más completo que el simple abordaje biológico del daño.

Con base en lo anterior y en los criterios de atención médica, define el plan de tratamiento integral, el cual incluye la derivación a los servicios de Medicina Preventiva, Centro de Educación Nutricional, Dietología, Trabajo Social y Estomatología y, en caso de requerirse, la solicitud de estudios de laboratorio clínico y gabinete y la derivación con algún otro médico especialista.

El médico tratante informa y orienta al paciente sobre su padecimiento y las actividades médicas preventivas y asistenciales a efectuar para prevenir o controlar el problema de salud, así mismo otorga consejería en salud reproductiva, salud ginecológica, atención al niño sano o al adolescente, según corresponda.

Con el propósito de corroborar el correcto manejo del caso, la auxiliar de área médica interroga sobre la comprensión de la información otorgada y de ser necesario repite los mensajes.

Anota en el expediente clínico y en los formatos SISPA correspondientes la información de las actividades realizadas.

Al concluir la consulta, la auxiliar de área médica acompaña al paciente al servicio de Estomatología, Dietología (Centro de Educación Nutricional) y Trabajo Social, y en caso de requerirse, al laboratorio o rayos X.

En el servicio de Estomatología. El médico responsable recibe a los pacientes que son enviados por el médico familiar o alguna Unidad Médica Rural.

- ♦ El médico estomatólogo escucha con atención el motivo por el cual se solicitó el servicio, evaluando aspectos relevantes de duración, frecuencia y asociación con otros datos clínicos.
- ♦ Posteriormente investiga factores de riesgo bucodental, hábitos y costumbres o antecedentes familiares en torno al padecimiento, lo que le permite tener una visión global de la situación de salud probable que tiene el paciente.
- ♦ Para corroborar la primera parte de la investigación médica, con el permiso del paciente y en presencia y con apoyo de la auxiliar de área médica, efectúa exploración física integral bucodental informando al paciente sobre los hallazgos identificados durante la misma.
- ♦ Con base en los criterios médicos de diagnóstico y tratamiento, el médico estomatólogo establece el diagnóstico clínico integral valorando la solicitud del apoyo de algún servicio auxiliar (laboratorio, rayos X), el envío al servicio de urgencias o la interconsulta con algún otro médico especialista.

Lo anterior, permite establecer el tratamiento integral, realizando actividades de prevención específica como son la detección de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación de fluoruro de sodio en gel, ministración de flúor ingerible, aplicación de selladores de fosetas y fisuras, profilaxis y limpieza, además de otorgar al paciente orientación dietética y educación para la salud bucal.

Existen actividades específicas que se realizan adicionalmente a las anteriores de acuerdo al grupo prioritario:

- ♦ En el caso de los menores de 10 años, se asesora a los padres acerca del crecimiento y desarrollo de la boca, sobre maloclusiones y hábitos, además de enseñar a los familiares a realizar el examen bucal del niño, orienta acerca de mitos y realidades de la erupción dentaria y su cronología e informa de enfermedades como la caries por biberón.
- ♦ En el grupo de adolescentes, informa acerca de la prevención de las enfermedades periodontales, asesora y diagnostica maloclusiones y hábitos, orienta sobre problemas del tercer molar y proporciona educación para corregir hábitos nocivos.
- ♦ En las embarazadas, orienta sobre las características bucales de este grupo, educa sobre mitos y realidades de los dientes en el embarazo, orienta acerca del crecimiento y desarrollo de la boca del bebé y sobre las medidas preventivas desde el nacimiento y proporciona educación relativa al uso y abuso del consumo de azúcares refinados.
- ♦ En los beneficiarios adultos, informa acerca de enfermedades periodontales como gingivitis, periodontitis y pérdida espontánea de los dientes; da educación sobre los cuidados preventivos para la salud del enfermo diabético e hipertenso; orienta acerca de las manifestaciones bucales de la diabetes; explica las características bucales de la tercera edad y orienta en la prevención de enfermedades tumorales.

Al finalizar la consulta, anota en el expediente clínico y en los formatos SISPA correspondientes, la información de las actividades realizadas, además de enviar al paciente al servicio de Trabajo Social para su manejo integral.



**La trabajadora social.** Recibe a los pacientes derivados de la consulta externa, entrevistando al paciente para conocer el motivo de la derivación.

En los casos derivados de primera vez, de acuerdo al grupo de edad y característica del padecimiento, identifica su nivel de conocimientos, actitudes y creencias respecto al proceso de salud y enfermedad, sensibilizando al entrevistado en relación a la importancia de participar en el autocuidado de su salud.

De acuerdo al caso, invita al paciente con base en el riesgo sociocultural identificado, a ingresar a algún grupo educativo específico (prenatal, menores de 5 años con desnutrición, adolescentes, embarazadas, pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y de la tercera edad), registra la inscripción en la libreta de control a grupo específico e informa al usuario la fecha y horario de las sesiones para su asistencia.

Con base a los datos proporcionados en la entrevista, elabora el perfil del grupo de acuerdo a las características demográficas, educativas, familiares y socioculturales de los asistentes.

Al interior de cada grupo social específico, la trabajadora social realiza el registro de asistencia en una libreta de control, aplica cuestionarios de pre-medición, coordina el desarrollo de las sesiones educativas, verifica que la información proporcionada (médico, enfermera, odontólogo, etc.) por el equipo de salud, sea de calidad y acorde a las características socio culturales de los asistentes.

Verifica la utilización de técnicas participativas para garantizar el aprendizaje de los contenidos educativos; propicia durante la sesión el análisis, la reflexión y el cuestionamiento de los temas por los asistentes; participa como ponente en las sesiones con temas psico-sociales de acuerdo al padecimiento y grupo de edad y aplica un cuestionario de post-medición para evaluar el grado de conocimientos adquiridos.

Al finalizar cada reunión del grupo específico, elabora una crónica de grupo para analizar el comportamiento y evolución del mismo, retroinformando al equipo de salud los resultados de las sesiones para la corrección de las inconsistencias identificadas.

A su vez a los pacientes derivados al servicio por el médico familiar y en aquellos considerados de alto riesgo (desnutridos, embarazadas adolescentes, pacientes con diabetes o hipertensión arterial descontrolada), realiza una investigación socio-médica para identificar factores económicos, familiares y culturales que interfieren o limitan la recuperación de la salud.

Lo que le permite elaborar un diagnóstico social específico de acuerdo a los hallazgos en la esfera social afectada, base para el plan de tratamiento a desarrollar de acuerdo a los recursos institucionales y de la comunidad, con la finalidad de contribuir no sólo a su curación, sino a la prevención de su repetición a futuro.

A ese tipo de pacientes se les proporciona cita para su tratamiento y seguimiento del caso.

En los casos que así lo requieran canalizan al paciente a las instituciones de apoyo (INI, Alcohólicos Anónimos, DIF, etc.), además de proporcionar apoyo emocional al paciente y su familia para incidir en su actitud ante la enfermedad.

Al finalizar esta actividad, integra el formato de estudio médico social debidamente requisitado al expediente clínico y retroinforma al médico tratante sobre los hallazgos encontrados durante el estudio médico social.

En el caso del grupo de los adolescentes, la trabajadora social efectúa la promoción de las actividades de educación para la salud, recreativas y de saneamiento que se realizan en el Centro de Atención Rural del Adolescente (CARA), además de asesorar en la elaboración de los materiales de promoción de acuerdo a los temas básicos (sexualidad, comunicación familiar, enfermedades de transmisión sexual, etc.).

En el caso de que el paciente no haya acudido al Centro de Educación Nutricional, se informa al auxiliar de área médica para que acompañe al paciente al servicio.

**En el Centro de Educación Nutricional.** La auxiliar de área médica encargada del servicio o la dietista, entrevista al paciente para conocer el motivo de su derivación, identificar condicionantes culturales y sociales que afectan o limitan la adecuada nutrición familiar e individual, lo que permite establecer el diagnóstico nutricional específico.

En el caso de pacientes de alto riesgo (niños desnutridos, embarazadas con desnutrición o pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial), la dietista efectúa una valoración personalizada a fin de identificar la cantidad y calidad de los nutrientes que son ingeridos por el paciente, y establecer el diagnóstico nutricional específico.

Lo anterior permite orientar el tratamiento considerando las condiciones socioeconómicas del paciente y la disponibilidad de alimentos a nivel familiar y comunitario.

A los pacientes que acuden al servicio se les otorga capacitación con técnicas demostrativas y recursos alimentarios propios de la región, para mejorar o mantener el estado nutricional.

Con el propósito de continuar con el manejo educativo o dieto-terapéutico específico se elabora cita de control hasta el alta del paciente, registrando las actividades en los formatos específicos del expediente clínico y en el SISPA.

**Servicio de Medicina Preventiva.** En el caso de la población beneficiaria, que se deriva al servicio de Medicina Preventiva, la auxiliar de área médica investiga el motivo de derivación al servicio para efectuar actividades específicas de protección, así:

- En el grupo de menores de 5 años se valora su esquema de vacunación y se aplican las vacunas del esquema básico.
- En la mujer en edad fértil lo correspondiente a vacuna antitetánica y diftérica, así como a la detección de cáncer cérvico-uterino y cáncer mamario.
- En los escolares la vacuna antitetánica, antidiférica y antituberculosa.
- En la población adulta y mujeres en edad fértil, además se realizan detecciones de padecimientos crónico degenerativos (diabetes mellitus, hipertensión arterial y tuberculosis pulmonar).

El beneficiario, al concluir la visita por los diferentes servicios para su valoración y manejo integral, acude al servicio de farmacia para canjear su receta médica, en el caso de que el médico le haya indicado tratamiento con medicamentos.

En el servicio de farmacia, el personal responsable del mismo le entrega al paciente los medicamentos según las claves y cantidades prescritas en la receta individual.

Orienta al paciente en la forma en que habrá de ingerir, tomar o aplicar los medicamentos prescritos.

**En el servicio de urgencias.** La auxiliar de área médica toma signos vitales, brinda apoyo emocional y ayuda al médico en la exploración física, dando así confianza al paciente; además, solicita el expediente clínico correspondiente al archivo clínico para proceder a vaciar los datos específicos.

El médico encargado del servicio interroga al paciente o familiar para conocer con precisión la situación del paciente, además de efectuar una exploración física integral.

Con base a los criterios de atención, valora la conveniencia de solicitar estudios de laboratorio y de gabinete para establecer un diagnóstico preciso y la terapéutica adecuada, registrándolos en el expediente correspondiente.

Durante su estancia en el servicio de urgencias, el paciente puede ser consultado por alguno de los especialistas con que cuenta el hospital rural (pediatra, cirujano, médico internista y gineco-obstetra).

Es importante considerar que un paciente puede permanecer bajo observación en este servicio no más de 12 horas, debiendo, con base a la evolución clínica, decidir su internamiento al servicio de hospitalización o darlo de alta para su atención ambulatoria en el servicio de Consulta Externa del hospital o de su unidad médica rural correspondiente.

Cuando la complejidad del padecimiento lo exija y el paciente no pueda ser ya atendido en el segundo nivel de atención, se le traslada en ambulancia a un hospital de tercer nivel perteneciente a la Secretaría de Salud.

Durante todo el tiempo que el paciente permanece en el servicio de urgencias u hospitalizado, la trabajadora social se encarga de establecer la comunicación entre el paciente y sus familiares, y entre los familiares y el equipo médico en turno, proporcionando al paciente y a su familia apoyo emocional y orientación que facilite la adaptación hospitalaria.

Si la estancia del paciente en el servicio de urgencias se prolonga o se presenta alguna situación especial que requiera su intervención inmediata, la trabajadora social sirve como facilitadora para la comunicación entre el paciente y sus familiares y entre éstos y el médico tratante.

Asimismo, les brinda orientación de índole general al paciente y sus familiares.

De ser necesario el internamiento, trabajo social registra en el expediente clínico una nota social sobre información básica acerca del paciente y su entorno.

A solicitud del médico encargado del paciente, o ante pacientes de alto riesgo, se elabora estudio médico social, diagnóstico y plan de intervención a aplicar durante el tiempo que dure el internamiento y en ocasiones al interior del núcleo familiar en el domicilio de éste.

Además el trabajador social proporciona información a la familia del paciente sobre trámites administrativos o legales; coordina y orienta a los familiares en los casos que se requiera apoyo de otras instituciones y promueve los beneficios del albergue comunitario con énfasis en las adolescentes embarazadas.

La auxiliar de área médica durante la estancia del paciente en el servicio realiza los procedimientos específicos de acuerdo al tratamiento e indicaciones médicas; promueve actividades de educación para la salud, identifica signos de alarma y notifica al médico responsable, además de aplicar los criterios de atención de enfermería y registra los datos clínicos y las actividades desarrolladas durante el turno correspondiente al servicio.

En el cambio de turno, el médico y la enfermera del servicio reciben y entregan a cada paciente, a los responsables del siguiente turno, informado sobre el estado de salud y evolución, tratamiento y cuidados proporcionados.

El médico tratante del servicio de urgencias elabora la solicitud de internamiento y conjuntamente con la auxiliar de área médica, lo entregan al servicio correspondiente de hospitalización.

**Internamiento Hospitalario.** Al ingreso a hospitalización el personal institucional vigila la existencia y funcionalidad del mobiliario, equipo e insumos necesarios para la atención de los pacientes.

El médico encargado del servicio de hospital, conjuntamente con la auxiliar de área médica, reciben el paciente de urgencias y aplican los criterios iniciales de atención médica y de enfermería.

La auxiliar de área médica lo registra en la hoja diaria de hospitalización (4-30-21); revisa que la documentación de expediente clínico esté completa, recaba y anexa los resultados de laboratorio y rayos X y notifica al médico especialista del ingreso.

El médico encargado del servicio efectúa nota de ingreso, asentando en ella los resultados de la valoración clínica correspondiente y solicitando los apoyos diagnósticos pertinentes para la integración del diagnóstico preventivo.

El médico residente de la especialidad correspondiente valora al paciente de acuerdo con los criterios de la atención médica, establece y determina la terapia y los procedimientos a seguir.

La auxiliar de área médica efectúa los procedimientos específicos, cumple con las indicaciones médicas, identifica signos y síntomas de alarma y notifica al médico tratante.

Si la evolución hospitalaria del paciente amerita una atención distinta a la inicial como por ejemplo cirugía o traslado a un hospital de tercer nivel, el médico tratante comenta el caso con el director de la unidad para la toma conjunta de la decisión más conveniente.

En caso de requerirse intervendrán los diferentes servicios de apoyo como Trabajo Social, Dietología, Estomatología, Vigilancia Epidemiológica y Enseñanza e Investigación Médica.

El equipo de salud del hospital durante la hospitalización del paciente participa además de la atención médica, en la actividad de promoción y educación para la salud, al paciente y sus familiares.

En el área de hospitalización, trabajo social proporciona información y apoyo emocional al paciente y a su familia para facilitar su adaptación hospitalaria.

Realiza visita diaria con el equipo de salud para identificar pacientes con problemática que interfiere con el tratamiento y/o recuperación.

Proporciona consejería a las mujeres en edad fértil y puérperas hospitalizadas.

Realiza promoción individual y grupal a las pacientes embarazadas y puérperas sobre los cuidados del recién nacido y los beneficios de la lactancia materna.

En los pacientes pediátricos se realiza sensibilización a las madres en el apoyo emocional que deben brindar al menor para su recuperación.

Verifica las necesidades de capacitación de la madre del menor de 5 años y de su atención integral (odontológicas, de inmunización) para su inscripción o derivación.

Realiza investigación de la situación del familiar acompañante a fin de tramitar sus alimentos.

Proporciona orientación a los familiares del paciente sobre su estado de salud y las actividades que debe continuar en su domicilio.



Aplica encuesta de opinión para conocer la satisfacción del usuario en el otorgamiento de la atención.

Promueve con los familiares de los pacientes hospitalizados los beneficios del albergue comunitario.

La licenciada en nutrición, elabora y actualiza el diagnóstico nutricional e incluye riesgos y efectos positivos y negativos en la salud nutricional.

A su vez elabora la dieta de los pacientes hospitalizados acorde a la patología diagnosticada por el médico tratante y a las condiciones nutricionales y metabólicas de cada paciente.

Evalúa periódicamente la evolución del aspecto nutricional y metabólico de cada paciente y lo registra en el expediente clínico.

Solicita y lleva a la comunidad la forma DT.23 con el fin de identificar la adopción de hábitos alimentarios positivos y para reforzar, controlar y dar seguimiento al régimen dietético.

Brinda educación nutricional y alimentaria adecuada al grupo de riesgo a que pertenezca el paciente (menor de un año, menor de 5 años, embarazadas, etc.) así como a la alimentación de la familia.

El paciente recibe la alimentación prescrita por el médico tratante de acuerdo a las características dietoterapéuticas y horarios establecidos.

La dietista o personal del servicio de alimentación recibirá la opinión del paciente respecto a las características cualitativas y cuantitativas de la alimentación proporcionada, para en caso necesario, aplicar la corrección correspondiente.

**Egreso Hospitalario.** Cuando el paciente por curación o mejoramiento es dado de alta de la unidad, elabora la nota médica de envío a su unidad médica, para que el médico de primer nivel efectúe el seguimiento del tratamiento correspondiente.

Quando la evolución del paciente ha sido satisfactoria, el médico tratante programará el egreso, previo plan de tratamiento ambulatorio, el cual debe considerar muy claramente las acciones a seguir por el paciente y sus familiares, así como la fecha y sitio para consulta de control y seguimiento, a través de la consulta externa de Hospital Rural o U.M.R.

#### Actividades del equipo de salud en la comunidad

El equipo de salud del Hospital Rural está integrado por el médico familiar responsable de la coordinación del grupo, la pasante de enfermería en servicio social, pasante de estomatología o estomatólogo, el licenciado o técnico en nutrición, el trabajador social y el promotor de acción comunitaria. En el caso de U.M.R., lo integra el médico de la unidad y la auxiliar de área médica.

- El equipo de salud promueve a principio del año la reunión con los grupos organizados de la comunidad para que conjuntamente elaboren el diagnóstico de salud, el cual debe estar fundamentado en: panorama epidemiológico (morbilidad y mortalidad, padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica), acciones en salud, calidad de la atención, seguimiento a pacientes con riesgo, referencia y contrarreferencia, prioridades en salud.
- Identifica las familias en riesgo y los problemas epidemiológicos relevantes, que analiza conjuntamente con los grupos voluntarios, al igual que lo referente al medio ambiente, y condicionantes de las áreas de su responsabilidad para la elaboración del diagnóstico de salud comunitaria y el programa de trabajo correspondiente.

Con base en el programa de trabajo, el equipo de salud establece las visitas a las comunidades.

El médico, previo a la salida a la comunidad, define con el equipo de salud las actividades relevantes a realizar, con base en el diagnóstico de salud de la localidad.

El médico coordina las actividades del equipo de salud al llegar al sitio de reunión en la comunidad; además de favorecer durante la reunión el intercambio de experiencias con base en los problemas de salud, realiza visitas domiciliarias a pacientes de grupos prioritarios y otros que por sus características lo requieran; efectúa seguimiento al manejo y plan de acción de acuerdo al expediente clínico; da seguimiento a las acciones de hospital amigo del niño y de la madre; promueve y otorga acciones de salud reproductiva (planificación familiar, con énfasis en el adolescente y con base a la consejería y consentimiento informado y compartido).

El equipo de salud convoca a la comunidad a sesiones de información y educación sobre:

- Educación sexual al adolescente.
- Consejería en planificación familiar.
- Control del embarazo, parto y puerperio.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
- Orientación nutricional de niños desnutridos.
- Control de la diabetes e hipertensión arterial.
- Acciones de saneamiento básico.

**La pasante de enfermería en servicio social.** Participa en la planeación y desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud; elabora y efectúa el plan de trabajo considerando acciones de autocuidado a la salud, vacunación, valoración del estado nutricional del menor de 5 años y la mujer embarazada; atención integral al adolescente, identificación y seguimiento de embarazadas, desnutridos, diabéticos, hipertensos, tuberculosos, etc. Asimismo, desarrolla actividades de salud reproductiva, consejería en planificación familiar, consentimiento informado y compartido, orientación nutricional a madres de niños desnutridos, educación para la salud, saneamiento básico y otras acciones médico preventivas.

- Realiza visitas domiciliarias con énfasis en el control de niños desnutridos, embarazadas de alto riesgo, padecimientos crónico-degenerativos.
- Establece coordinación con los grupos voluntarios para identificación de pacientes de alto riesgo y remisos.
- El **pasante de estomatología.** Elabora el diagnóstico de salud bucodental de la comunidad, capacita y adiestra a los grupos voluntarios de la comunidad para formar monitores de vigilancia, promoción y autocuidado de la salud bucodental, detección oportuna, derivación al servicio y continuidad de las acciones.

- Visita a las escuelas y participa en reuniones con la comunidad para capacitar sobre: salud bucodental, detección de placa dentobacteriana, técnica de cepillado y uso de hilo dental, detección oportuna de caries y otras patologías, autoaplicaciones de fluoruro en gel.
- Realiza visitas domiciliarias a embarazadas y pacientes con enfermedades crónico-degenerativas a fin de efectuar acciones odontológicas.
- **La trabajadora social.** Efectúa estudio médico social a la población con mayor riesgo (embarazadas, adolescentes, diabéticos, hipertensos, desnutridos, etc). Con base en los aspectos socioculturales y actividades médico sociales, integra perfiles sociales de pacientes y elabora el diagnóstico específico y plan de trabajo.
- Elabora plan específico de acción para incidir sobre los factores psicosociales del individuo y su familia, identifica líderes naturales con ascendencia y reconocimiento en la comunidad, así como a grupos sociales funcionales y mantiene comunicación y coordinación con autoridades y líderes para motivar su participación constante para el desarrollo de su comunidad.
- Asesora y promueve que los grupos voluntarios elaboren material didáctico, contenidos temáticos y técnicas didácticas acordes a las costumbres, valores y recursos de la población y aplica a nivel extramuros la encuesta de opinión y oportunidades perdidas para conocer la aceptación o rechazo de los servicios, el trato que reciben en el hospital y proponen acciones correctivas conjuntamente con el equipo de salud.
- Identifica pacientes de alto riesgo para su manejo integral y vigilancia por el equipo de salud y grupos voluntarios y promueve la reconquista de pacientes remisos; forma grupos específicos y prioritarios para la orientación, capacitación y autoayuda, y promueve con las autoridades su apoyo en el funcionamiento del albergue, así como el traslado de pacientes a tercer nivel u otra institución.
- Identifica monitores en la comunidad que promuevan el rescate de artesanías, las tradiciones y el fomento cultural; se coordina con el INEA para la realización de procesos educativos de alfabetización (primaria, secundaria).

- Establece coordinación con las diferentes agrupaciones de Alcohólicos Anónimos; estimula la participación comunitaria y familiar en eventos, ferias y actividades cívicas.
- Promueve la organización adecuada del tiempo libre en acciones de recreación, actividades deportivas, culturales y de remuneración en la economía familiar.

**El promotor de acción comunitaria.** Verifica el adecuado reclutamiento y capacitación del personal voluntario; establece coordinación y concertación con los diferentes niveles de autoridad para la elaboración de estrategias y gestión de recursos para el mejoramiento del medio comunitario; y participa en la organización, coordinación y participación de cursos de formación e intercambio de experiencias a grupos voluntarios.

- Además proporciona asesoría y apoyo técnico a equipos de salud y personal voluntario en actividades de saneamiento básico, mejoramiento de vivienda familiar, nutrición, producción de alimentos, alfabetización y uso adecuado del tiempo libre, conjuntamente con el equipo de salud intensifica las acciones de vigilancia epidemiológica activa tendientes a controlar, disminuir o prevenir daños a la salud y verifica la calidad de las acciones de saneamiento básico.

**La licenciada en nutrición.** Con base al registro dietético de la población en riesgo elabora el perfil nutricional específico de los sectores de la localidad sede y acción intensiva, considerando: perfil nutricional específico por grupo en riesgo, factores de accesibilidad cultural, económica, ambiental que influyen en el proceso nutricional, hábitos, costumbres y mitos relacionados con la ingesta de alimentos, disponibilidad de los alimentos propios de la región y situación socioeconómica.

- Efectúa acciones de intervención masiva o individual con la población a fin de mejorar, elevar o mantener el nivel óptimo nutricional, establece asesoría y adiestra en el manejo de la dieta personal y familiar considerando los alimentos del medio, efectúa seguimiento de los pacientes con patología para evaluar los impactos del manejo dieto-terapéutico otorgado, asesora en caso necesario y participa en seguimiento del menor de 5 años con énfasis al desnutrido.
- Además, capacita al asistente rural y al personal comunitario para que participen en la atención integral del estado nutricional de los grupos prioritarios; es responsable de la organización y funcionamiento de los Centros de Educación Nutricional en la comunidad.

En el grupo de escolares, además de las acciones de salud bucodental, el equipo de salud realiza detección de agudeza visual, auditiva, valoración del estado nutricional y promueve acciones de mejoramiento del inmueble escolar y su saneamiento básico, con la participación de alumnos, profesores y padres de familia.

- A los profesores se les realiza detección de diabetes mellitus e hipertensión y a quienes lo ameritan se les da tratamiento; a los padres de familia se les capacita sobre saneamiento básico y promoción para la salud.

Al concluir la visita a la comunidad, el equipo de salud informa a los grupos voluntarios y a la comunidad participante sobre las acciones realizadas y el avance logrado; lo que permite establecer acuerdos para continuar, impulsar o reorientar acciones conjuntas en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud.

El equipo de salud registra las actividades efectuadas en la comunidad en los formatos específicos y fuentes primarias del SISPA y el expediente clínico, lo que permite dar continuidad a las acciones a nivel de consulta externa o en la próxima visita a la comunidad.

#### 7.15 Proceso de la acción comunitaria

##### 7.15.1 La organización comunitaria para la salud realiza los siguientes procesos:

##### Asistente Rural de Salud

- Coordina con el Comité de Salud el desarrollo de las actividades.
- Promueve la formación y capacitación continua de los promotores voluntarios en la localidad.
- Coordina acciones con las autoridades locales para el desarrollo de las actividades.
- Participa en la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad.
- Participa en la elaboración del programa de trabajo de la comunidad.



- Orienta a la comunidad sobre acciones de saneamiento del medio ambiente familiar y comunitario; tratamiento del agua para consumo humano, construcción de sanitarios para la eliminación de excretas; así como en la instalación de huertos y granjas de especies menores para favorecer la alimentación; el mejoramiento de la vivienda y el control de la fauna nociva y transmisora.
  - Proporciona asesoría a las familias acerca de las prioridades en salud: acciones del Progreso, salud reproductiva y sexualidad en adolescentes, nutrición, enfermedades crónico-degenerativas, salud ginecológica y cáncer cervicouterino.
  - Deriva a personas que por sus condiciones de salud requieran ser atendidas en la unidad médica rural.
  - Acude con el equipo de salud a la unidad médica para su reabastecimiento de medicamentos y material de curación, recibir asesoría y capacitación continua y proporcionar información de sus actividades.
- Promotor social voluntario**
- Participa en la recolección de datos para la conformación del diagnóstico de salud.
  - Participa en la definición del plan y programa de trabajo de la comunidad, la realización de actividades y la evaluación de las acciones.
  - Realiza visitas domiciliarias a las familias para identificar si hay niños menores de 5 años sin esquemas completos de vacunación, mujeres embarazadas, niños desnutridos o con deshidratación, sospechosos de tuberculosis pulmonar o algún otro problema de salud.
  - Orienta a las familias acerca de la potabilización del agua para consumo humano, eliminación adecuada de las excretas, disposición adecuada de basuras y desechos, instalación de unidades familiares productivas para favorecer la alimentación familiar y mejoramiento de la vivienda.
  - Promueve la participación de grupos para alfabetización y educación básica.
  - Realiza el seguimiento de los pacientes en tratamiento.
  - Identifica y deriva a la unidad médica rural a personas con problemas de salud.
  - Participa en la capacitación continua que le proporciona el equipo de salud.
  - Difunde y promueve entre la población los servicios que se proporcionan en las unidades médicas.
  - Informa al equipo de salud sobre las actividades realizadas con las familias a su cargo.

#### Comités de Salud

##### Presidente del Comité

- Coordina con las autoridades de la comunidad, los asistentes rurales de salud y el equipo de salud, así como con los profesores para realizar obras y actividades de salud, de alfabetización, recreación, deportivas y de servicios.
- Organiza asambleas y coordina el trabajo de los vocales, para trabajar en conjunto con los promotores voluntarios.
- Vigila el cumplimiento de los acuerdos de la comunidad en cuanto a actividades de salud.
- Realiza gestiones ante las dependencias públicas para obtener su apoyo en la realización de obras y actividades de salud, principalmente con SEDESOL, SEP, SSA, DIF y el Gobierno del Estado.
- Vigila que las obras que se inicien se terminen, se utilicen y conserven.
- Informa a la Asamblea General de los resultados de gestiones y avances de trabajos.
- Verifica que para los proyectos y actividades aprobadas por la Asamblea se cuente con todos los materiales; por ejemplo, para captación y distribución de agua, protección de pozos y manantiales, mejoramiento de viviendas, aulas, etc.
- Promueve la participación de la comunidad en la contraloría social para asegurar la calidad de la atención y la transparencia en la aplicación de los recursos.

#### 7.15.2 Apoyo a Comités de Salud

La Coordinación General, con base en los problemas más frecuentes de salud, determina las acciones comunitarias que se llevarán a cabo en cada entidad.

El Comité de Salud elige un grupo para el manejo y control de los fondos asignados, asimismo, se nombra un vocal de vigilancia.

Las comunidades elegidas preferentemente, son grupos indígenas que cuentan con una organización comunitaria para la salud con buenos niveles de participación.

En asamblea y en coordinación con el equipo de salud, se eligen las familias que serán beneficiadas, teniendo prioridad aquellos miembros que tienen mayor riesgo de enfermarse.

Los promotores de Acción Comunitaria y Supervisores promueven y entregan los bienes adquiridos por el IMSS de acuerdo a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Obras Públicas, a las familias beneficiarias, quienes a su vez participan con sus propios recursos.

Una vez concluidos los programas en asamblea de la comunidad se levanta un acta de entrega de obras o, en su caso, de entrega de paquetes de herramientas, semillas de hortalizas, especies menores y árboles frutales o de propósito múltiple.

Los equipos de salud en conjunto con los comités de salud y promotoras sociales voluntarias verifican que las obras realizadas se utilicen adecuadamente y se les proporcione mantenimiento, asimismo, se asegura que de los paquetes familiares de especies menores se obtengan productos alimentarios para el consumo de las familias en riesgo.

El personal del Programa apoya con asesoría técnica, transporte, organización de asambleas, localización de proveedores, y realizando labores de gestión en conjunto con los representantes de la comunidad.

##### Mejoramiento de la vivienda

La mayor parte de los recursos destinados a vivienda se canalizan a la construcción de dispositivos sanitarios para el adecuado manejo de la excreta humana, como son: letrinas, sanitarios secos y en menor proporción fosas sépticas. Le sigue en orden de importancia el mejoramiento o construcción de muros, techos y pisos.

##### Vigilancia y cuidado del agua

Incluye la rehabilitación de fuentes de abastecimiento de agua mediante la instalación de cloradores y limpieza de fuentes.

La comunidad contribuye con mano de obra y materiales regionales.

##### Producción de alimentos

El impulso de la producción familiar de alimentos en el traspatio o solar es una de las estrategias para hacer frente al problema de la falta de alimentos y la desnutrición. Esta actividad es apoyada con la distribución de paquetes de especies menores (pollos, cabras, chivos, guajolotes, codornices, borregos, peces, etc.) y de semillas de hortalizas de alto contenido nutricional (soya, amaranto, etc.). Se beneficia a familias que cuentan con niños desnutridos y mujeres embarazadas.

##### Herramientas

Se proporcionan a las familias más pobres y que carezcan de ellos, para incentivar la producción de alimentos en el traspatio y en la parcela. Los instrumentos que se proporcionan son: molino de nixtamal, desgranadoras, tortilladoras, baterías de cocina.

##### Arboles

En este rubro se contempla la adquisición de árboles frutales, con lo que se contribuye a apoyar la producción familiar y comunal de alimentos, y se impulsan las actividades de conservación del ambiente a través de la reforestación o siembra de árboles en lugares estratégicos (caminos, orillas de riachuelos erosionados o siniestrados o con vegetación dañada, etc.).

El seguimiento a la aplicación de los recursos de apoyo a comités de salud se hace de dos formas: directa e indirecta.

La evaluación directa se efectúa en campo mediante la metodología de supervisión y se revisa lo siguiente:

- Familias beneficiadas;
- Oportunidad en la entrega de los recursos;
- Calidad de las obras sanitarias o acciones realizadas.

La evaluación indirecta se realiza al cotejar las metas programadas con los avances o logros reportados al final del año en el Sistema de Información de Salud a Población Abierta (SISPA).

#### 7.15.3 Interrelación con la medicina tradicional

En el ámbito de responsabilidad del Programa IMSS-Solidaridad existen condiciones culturales peculiares, donde la presencia de la medicina tradicional, juega un papel preponderante en la atención de la salud comunitaria.

El programa de interrelación con la medicina tradicional permite la vinculación con los médicos tradicionales y las parteras rurales acercando la práctica médica tradicional y sus recursos terapéuticos con la medicina contemporánea y sus medios, para lo cual se proporciona apoyo presupuestal para la realización de encuentros de medicina tradicional donde se realizan las siguientes actividades:

- Revisar el diagnóstico de salud realizado de manera conjunta;
- Intercambiar experiencias y conocimientos;
- Uniformar criterios, estableciendo métodos y contenidos;
- Reconocer las diferencias y complementos de ambas medicinas;
- Trabajar sobre las derivaciones recíprocas de pacientes.

En el Programa IMSS-Solidaridad, las parteras rurales desarrollan una labor trascendente en los cuidados de la mujer durante su etapa reproductiva; en especial, durante el parto y en la atención del recién nacido.

Realizan las siguientes actividades:

- Consejería en sus comunidades;
- Asisten a las madres en el curso y atención del parto;
- Realizan la vigilancia de la salud de los menores;
- Participan en actividades de promoción a la salud;
- Atienden partos;
- Participan en la vacunación de menores de 5 años;
- Participan en la inducción al puesto del personal operativo institucional;
- Derivan mujeres para control prenatal con embarazos y partos complicados y nuevas aceptantes para la planificación familiar;
- Entregan informe bimestral de las embarazadas en control, los partos atendidos y las mujeres que se han incorporado a la planificación familiar.

#### Proyectos comunitarios de medicina tradicional

Los proyectos comunitarios de medicina tradicional son propuestas presentadas por la comunidad que ayudan a consolidar el trabajo de interrelación con la medicina tradicional. La estrategia tiene un doble propósito: beneficia al responsable del proyecto y a la población de sus comunidades.

Anualmente se considera un presupuesto a cada delegación para el apoyo de estas alternativas en salud.

Estas propuestas comunitarias benefician a la población, dado que les permite contar con un recurso de salud adecuado a su cultura. Con estas propuestas se logra que la gente cuente con recursos herbolarios y medicamentos elaborados a partir de plantas medicinales, además de recibir atención de parte de los diferentes especialistas que existen en el universo de trabajo del Programa IMSS-Solidaridad.



Para su instrumentación se realizan las siguientes actividades:

- Las organizaciones elaboran el proyecto comunitario y lo entregan al promotor de acción comunitaria;
- El promotor revisa el proyecto y elabora dictamen de viabilidad y factibilidad del mismo, solicitando la autorización de recursos a la Coordinación General;
- La Coordinación General valida el proyecto y, en caso de proceder, autoriza la entrega de recursos a los responsables del mismo;
- El responsable del proyecto recibe recursos e inicia la construcción;
- El promotor de acción comunitaria realiza el seguimiento a los proyectos mediante la cédula de productividad, informando sobre los avances;
- En forma semestral se integra informe de proyectos comunitarios de medicina tradicional.

#### Albergues comunitarios anexos a los hospitales rurales

Los Albergues Comunitarios alojan a la población rural de bajos recursos económicos, que proviene de comunidades poco accesibles, lejanas y dispersas.

Para apoyar estos albergues se realizan las siguientes actividades:

- Asignación de recursos según necesidades de remodelación, ampliación, equipamiento y construcción;
- Entrega de recursos mediante acta de asamblea;
- Seguimiento de la aplicación de recursos mediante la cédula anual de información básica y a través de las visitas de supervisión-asesoría;
- Envío de actas de entrega de recursos y conclusión de obra a la Coordinación General;
- Elaboración de diagnóstico de albergues;
- Control bimestral de logro de metas.

#### Adecuación de los servicios institucionales a la cultura local

La adecuación de los servicios institucionales se refiere a las adaptaciones que puede lograr la atención médica académica al entorno sociocultural en donde opera, sobre todo en las zonas indígenas. Su propósito es contribuir al mejoramiento de las acciones de salud dirigidas a la población marginada y a elevar la calidad y calidez de los servicios que se brindan.

El proyecto de adecuaciones abarca estrategias en unidades médicas que atienden población predominantemente indígena, en los rubros de: capacitación, presencia de personal bilingüe, existencia de albergue comunitario, manejo de alimentación regional, empleo de mobiliario regional, integración de consultorio de medicina tradicional, jardines botánicos medicinales, integración de un comité indígena asesor y contraloría social.

#### Investigaciones operativas

La investigación operativa es una parte importante dentro de las acciones del Programa IMSS-Solidaridad, a través de ésta se tiene conocimiento específico de las condiciones socioculturales, que permite apoyar al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones de su universo de trabajo.

Esta investigación se enfoca a los aspectos de la sexualidad y salud reproductiva de los jóvenes indígenas de las principales etnias del Programa, a la vez que se aplican las recomendaciones en información, educación y comunicación a favor de estos jóvenes adolescentes indígenas.

Se tiene constituida la "Red Etnográfica" que permite obtener información cualitativa de utilidad en la identificación de procesos socioculturales que limitan el desarrollo de las actividades en salud.

#### 8. Sistema de información

La información que genera el Programa IMSS-Solidaridad se integra al Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), el cual está diseñado de conformidad con las normas oficiales mexicanas y los acuerdos establecidos en los grupos interinstitucionales encabezados por la Secretaría de Salud.

El SISPA concentra la información a través de diversos formatos generados en las siguientes instancias:

- A nivel de UMR por el médico pasante en Servicio Social.
- A nivel de HR por el Director.
- A nivel Región por el Supervisor Médico.
- A nivel Delegación por el Jefe de los Servicios de Prestaciones Médicas del IMSS y el Titular de la Delegación, y
- A nivel Central por la Coordinación General del Programa.

Toda la información relativa a población y servicios que se genera diariamente en las unidades médicas, es concentrada mensualmente en los reportes integrales de primero y segundo nivel, que a su vez se integran a la sede delegacional para la emisión de reportes mecanizados.

La información médica relativa a morbilidad se concentra semanalmente y se envía a la Secretaría de Salud para alimentar el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUVe); también se remite a la Delegación para generar estadísticas regionales. Los certificados de defunción se concentran y codifican en la Delegación para la emisión de los reportes correspondientes.

#### 9. Sistema de control

El proceso de supervisión comprende las etapas de planeación-programación, ejecución, control y seguimiento, en las cuales se utilizan instrumentos para la verificación de cada proceso.

##### 9.1 Supervisión y evaluación de la atención médica

El Programa opera un sistema de supervisión regionalizado y permanente, integrado por grupos multidisciplinarios, lo que significa que en las delegaciones se cuenta en conjunto con 212 grupos zonales de supervisión, que tienen bajo su responsabilidad entre 15 y 20 unidades médicas rurales por zona de supervisión, debiendo cubrir la totalidad de ellas en un lapso de dos meses.

La supervisión de los hospitales rurales la realizan bimestralmente equipos multidisciplinarios regionales, que tienen a su cargo de 1 a 2 hospitales y que además visitan 10 unidades médicas rurales de su región. Los cuerpos de gobierno de los hospitales rurales supervisan los servicios dentro del hospital semanalmente.

Por su parte, en el nivel central se cuenta con 4 equipos de supervisión que de manera programada efectúan una visita anual a cada Delegación.

La metodología de supervisión tiene un enfoque integral y participativo y se aplica en función de tres ejes:

1. **Estructura.** Se inicia desde la comunidad para conocer, a través de una muestra en hogares, la opinión de la población beneficiaria con respecto a la demanda y uso de servicios de salud que presta el Programa. Posteriormente en la unidad médica se verifica la situación que guardan los recursos humanos, físicos, materiales y financieros; la accesibilidad geográfica, económica y cultural de la población y la oportunidad con la que se otorga la atención médica.
2. **Proceso.** Se supervisa con base en el marco normativo del programa IMSS SOLIDARIDAD (anexo 1), las actividades y procedimientos normados, la utilización racional de los recursos, la evaluación de la calidad de la atención médica, de enfermería, trabajo social y estomatología, la productividad y la cobertura de las metas programadas. Para la medición de estos índices se cuenta con cédulas primarias e intermedias y encuestas de opinión de la población objetivo, mismas que son requisitadas en los dos niveles de atención y cuya metodología aparece publicada en el documento "Mecanismos de Control en el Programa IMSS-Solidaridad", editado por la Coordinación General en 1998 (anexo 1, número 67).
3. **Resultados.** Se valoran los impactos de las acciones médico preventivas, asistenciales y de participación comunitaria con base en las prioridades en salud del Programa, la labor directiva y las acciones de gestión y seguimiento, para que la operación cuente con los recursos suficientes y oportunos, utilizando para tal fin los reportes automatizados del SUVE y SISPA.

Al finalizar cada visita de supervisión de nivel central a las delegaciones, se realizan reuniones formales con la participación de autoridades de la Coordinación General, de la estructura delegacional del IMSS y Personal directivo del Programa IMSS-Solidaridad, en donde se presenta el informe con base en el documento "Resultados de supervisión"; se establecen compromisos, se designan responsables y fechas de cumplimiento, lo que facilita el seguimiento bimestral hasta su conclusión.

Un componente inseparable de la supervisión es la evaluación de las acciones realizadas en relación con las programadas (anexo 2), lo que permite obtener índices globales de evaluación, para la medición de los avances y el seguimiento.

#### 9.2 Supervisión y evaluación de la acción comunitaria

Existen en los diferentes niveles de la estructura del Programa, órganos específicos encargados de la supervisión de los procesos de participación y organización comunitaria. En el nivel central se cumple esta función a través de asesores en desarrollo comunitario, promoción de la salud, saneamiento básico y ciencias sociales.

A nivel delegacional y zonal la responsabilidad recae en los supervisores y promotores de acción comunitaria, respectivamente. Este proceso tiene un enfoque participativo que propicia la interacción de supervisores y promotores de acción comunitaria con los equipos de salud de primero y segundo niveles de atención, así como con los voluntarios de la comunidad y población en general.

En la planeación-programación se elabora un diagnóstico situacional el cual incluye aspectos epidemiológicos (morbilidad y mortalidad), avance de acciones, suficiencia de recursos y de participación comunitaria, lo que permite identificar y priorizar las unidades médicas o localidades a visitar y definir el programa de supervisión.

La etapa de ejecución se realiza en campo operativo, lo que permite medir el desempeño del personal y se verifica la calidad de la participación comunitaria, se valora la aplicación oportuna de los recursos institucionales y el grado de interrelación de los equipos de salud con los representantes de la medicina tradicional. Para la medición de estos índices se cuenta con cédulas y encuestas de opinión de la población objetivo, mismas que son requisitadas en los dos niveles de atención y cuya metodología aparece publicada en el documento "Mecanismos de Control en el Programa IMSS-Solidaridad", editado por la Coordinación General en 1998 (anexo 1, número 67).

En suma, la evaluación de la calidad de la participación comunitaria se realiza de manera cuantitativa con base en criterios e indicadores que miden las acciones realizadas en relación a las programadas (anexo 2).

Al igual que en la supervisión de la atención médica, en el ámbito de la acción comunitaria se lleva a cabo un programa de supervisión a las delegaciones por parte del nivel central.

#### 10. Coordinación con otras instituciones y programas

La participación comunitaria en el Programa IMSS-Solidaridad implica la coordinación con los gobiernos federal y estatales y con diversos organismos no gubernamentales. Esta coordinación se formaliza mediante la firma de convenios, entre los que destacan:

- 10.1 Con la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud en la instrumentación y desarrollo de las acciones del componente salud del Programa de Educación, Salud y Alimentación, conforme a lo señalado en el Diario Oficial de la Federación del 26 de febrero de 1999.
- 10.2 Con el DIF, el cual tiene como propósito mejorar el estado nutricional de los niños y madres embarazadas y en periodo de lactancia. El Programa IMSS-Solidaridad identifica en su ámbito de responsabilidad a los niños y mujeres con algún grado de riesgo para realizar los apoyos alimentarios proporcionados por el DIF. El DIF proporciona en base a su disponibilidad apoyos alimentarios para atender la demanda del Programa IMSS-Solidaridad.
- 10.3 Con la Secretaría de Desarrollo Social se concertan recursos a fin de fortalecer el desarrollo municipal mediante reuniones con autoridades municipales para el análisis del diagnóstico de salud regional y la canalización de recursos del Ramo 33 a obras y acciones de beneficio familiar y comunitario; especialmente lo relacionado con el saneamiento ambiental IMSS-Solidaridad integró los diagnósticos de salud de las localidades de su ámbito de responsabilidad para en reuniones regionales darle a conocer a las autoridades municipales la situación de salud que priva en las comunidades de los diferentes municipios. La Secretaría de Desarrollo Social propone a través de las instancias municipales la canalización de recursos financieros del Ramo 33 para la realización de obras y acciones en beneficio familiar y comunitario.
- 10.4 Con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social se realizan acciones conjuntas con el propósito de apoyar la capacitación de las asistentes rurales de salud mediante el otorgamiento de beca equivalente a un salario mínimo mensual regional durante los tres meses que dura su capacitación. El Programa IMSS-Solidaridad identifica las localidades, promueve las asambleas para la selección de los candidatos a formarse como asistentes rurales de salud y desarrolla los eventos c



capacitación. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social se compromete a cubrir en las sedes de los eventos las becas de los asistentes rurales de salud en formación que cubren los requisitos establecidos.

10.5 Con la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa se tiene un convenio para transmitir vía el satélite EDUSAT a las telesecundarias alejadas a las unidades médicas rurales, contenidos relacionados con la salud reproductiva y sexualidad de los adolescentes. Por su parte, la SEP y la ILCE transmiten los contenidos propuestos por IMSS-Solidaridad, a las telesecundarias previamente identificadas en donde se realizarán las sesiones educativas.

10.6 Con la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo el convenio tiene como propósito impulsar la participación de la comunidad para asegurar la calidad y oportunidad de los servicios, así como la transparencia de los recursos otorgados por el Programa IMSS-Solidaridad, mediante un sistema de atención ciudadana que permita conocer las quejas, denuncias o reconocimientos y resolver las anomalías de manera eficiente. El Programa IMSS-Solidaridad capacita al personal institucional y grupos voluntarios en contraloría social y promueve en las unidades médicas la instalación de buzones y carteles de los servicios, responsables y familias beneficiarias con recursos, así como la operación adecuada del sistema de atención ciudadana. La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo otorga la capacitación y orientación al Programa IMSS-Solidaridad sobre la implementación de la Contraloría Social, así como de los mecanismos de control y seguimiento en el sistema de atención ciudadana.

10.7 Con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos se realizan acciones conjuntas con el propósito de abatir el rezago educativo en las localidades amparadas por IMSS-Solidaridad, mediante el impulso de la alfabetización y educación básica. IMSS-Solidaridad, mediante la actualización anual del diagnóstico de salud, proporciona al INEA los datos de la población mayor de quince años que no sabe leer ni escribir y de los que aún no concluyen su primaria o secundaria, promoviendo entre ellos la formación de grupos y la identificación de posibles agentes educativos. El INEA proporciona la capacitación a los agentes educativos, el material necesario para la alfabetización y la educación básica y los sistemas de control, evaluación y certificación de los adultos que concluyan algún proceso educativo.

ANEXOS

Anexo 1  
Catálogo Normativo

Núm. Prog.	Clave	Nombre de la Norma
1	170-0001	Instructivo Técnico Médico para Unidad Médica Rural.
2	170-0003	Manual de Procedimientos para la Atención Integral y Vigilancia Materno Infantil para U.M.R.
3	170-0004	Instructivo de Odontología para el Primer Nivel de Atención.
4	170-0005	El Programa IMSS-Solidaridad y la interrelación con la Medicina Tradicional.
5	170-0006	Capacitación dialogada por experiencias para parteras rurales.
6	170-0007	Instructivo Técnico para la Administración de la Unidad Médica Rural.
7	170-0008	Cuadro Básico de Medicamentos, Materiales de Consumo, Mobiliario y Equipo en Unidades Médicas Rurales.
8	170-0009	Guía para la participación del Asistente Rural de Salud.
9	170-0013	Instructivo de Operación del Comité de Análisis de Mortalidad Hospitalaria en H.R.
10	170-0014	Instructivo de Operación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias para H.R.
11	170-0015	Instructivo de Operación del Comité Médico-Técnico-Administrativo en H.R.
12	170-0016	Funciones y Actividades del Coordinador de Enseñanza e Investigación, Consulta Externa y Servicios Auxiliares de Diagnóstico en H.R.

13	170-0018	Instructivo de Operación para el Médico Familiar en año de campo con Actividades de Coordinación de Medicina Preventiva y Acción Comunitaria en H.R.
14	170-0019	Cuadro Básico de Medicamentos, Materiales de Consumo e Instrumental para H.R.
15	170-0020	Instructivo de Operación del Servicio de Trabajo Social en H.R.
16	170-0021	Instructivo de Operación del Servicio de Estomatología en H.R.
17	170-0022	Instructivo de Operación para el Personal de Dietología y Nutrición en H.R.
18	170-0032	Instructivo de Operación para Jefe de Enfermeras en H.R.
19	170-0033	Instructivo de Operación para Personal de Enfermeras en H.R.
20	170-0034	Instructivo de Operación para el Personal de Enfermería en el Servicio de Quirófano en H.R.
21	170-0037	Instructivo de Operación para el Personal de Enfermería en Hospitalización de H.R.
22	170-0036	Instructivo de Operación para Personal de Enfermería en Consulta Externa y Urgencia de H.R.
23	170-0038	Instructivo para la Presupuestación de Metas.
24	170-0039	Sistema Único de Información del Programa IMSS-Solidaridad. Subistemas 64 al 69.
25	170-0041	Indicadores de Evaluación.
26	170-0042	Instructivo de Operación para el Médico Asesor Auxiliar de UMR.
27	170-0043	Modelo de Atención Integral a la Salud. Bases Jurídicas y Conceptuales.
28	170-0044	Lineamientos Generales de Trabajo del Promotor de Acción Comunitaria de Zona.
29	170-0047	Guía para la Formación del Comité de Salud.
30	170-0048	Guía para la Formación de los Promotores Voluntarios Rurales del Programa IMSS-Solidaridad.
31	170-0060	Manual de Operación del Sistema de Radiocomunicación del Programa IMSS-Solidaridad.
32	170-0064	Tecnología Apropriada al Medio Rural. Catálogo de Actividades de Acción Comunitaria.
33	170-0065	El Sanitario Ecológico Seco.
34	170-0066	Manual para el Cultivo Biointensivo del Huerto Familiar.
35	1700068	Libreta de Actividades del Comité de Salud.
36	170-0070	Reglamento de Operación de los Consejos Estatales de Vigilancia del Programa IMSS-Solidaridad.
37	170-0071	Lineamientos para la Selección de Localidades Sede de Unidades de Primero y Segundo Niveles del Programa IMSS-Solidaridad.
38	170-0072	Manual de Funciones y Actividades del Equipo Multidisciplinario Delegacional.
39	170-0074	Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Instructivo para el Registro de Información en Unidades Médicas de Primero y Segundo Niveles del Programa IMSS-Solidaridad.
40		Manual de Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Neonatos Patológicos.
41		Instructivo de Operación para Enfermería en Medicina Preventiva y Trabajo en Comunidad.
42		Guía de Trabajo para Auxiliar de Área Médica.
43		Manual de Funciones y Actividades del Equipo de Asesoría y Apoyo IMSS-Progreso.

44	Manual de Tecnología Apropriada al Medio Rural No. 7 (Importancia de las Zonas Boscosas en el Ambiente y en la Salud de las Comunidades Rurales).
45	Manual de Tecnología No. 8 (Fauna Nociva y Transmisora).
46	Manual de Operación del Componente Salud Progreso.
47	Manual de Operación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el Medio Rural.
48	Manual de Normas Básicas de Conservación de Unidades Médicas Rurales del Programa IMSS-Solidaridad.
49	Instructivo de Operación del Administrador de H.R.
50	Manual de Procedimientos para el Manejo y Control de Residuos Biológicos Infecciosos Tóxicos Peligrosos.
51	Manual de Procedimientos para la Atención Integral y Vigilancia Materno Infantil para H.R.
52	Lineamientos Operativos del Modelo de Salud Ginecológica.
53	Lineamientos para Realizar Jornadas de Salud Reproductiva en U.M.R.
54	Lineamientos Generales para la Prevención y Control de la Tuberculosis.
55	Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
56	Lineamientos del Nuevo Enfoque para la Atención Integral del Estado Nutricional del Menor de 5 años.
57	Guía de Atención Médica y Manual de Consejería en Salud Reproductiva del Adolescente.
58	Manual para el Cultivo de Hortalizas en Casa.
59	Manual de Tecnología apropiada No. 4 'Reciclamiento de la Basura'.
60	Manual de Tecnología apropiada No. 5 'La Cría de Ovinos'.
61	Manual para el Fomento del Desarrollo Humano en la Población Campesina e Indígena.
62	Guía de Procedimientos para la Aplicación de los Recursos Institucionales.
63	Principios y Bases de Coordinación para el Trabajo Conjunto de Equipos de Salud con las Parteras y Médicos Tradicionales.
64	Guía para la realización de las Reuniones con Autoridades Municipales y Locales, Representantes Comunitarios y Equipos de Salud.
65	Procedimientos para Promover e Instrumentar el Programa de Contraloría Social en el Programa IMSS-Solidaridad.
66	Mecanismos de Control en el Programa IMSS-Solidaridad.

Anexo 2

INDICADORES DE RESULTADOS (N.E.P.)

Indicador	Fórmula	Valor esperado
Cobertura de Familias Beneficiarias del Progreso	Total de familias Progreso en Control sobre Universo de Familias PROGRESA	95.0



Indice de Concentración de Consultas	Consultas Subsecuentes sobre Consultas de Primera Vez	0.5
Por ciento de Ocupación Hospitalaria	Días Paciente sobre Días Cama	80.0
Porcentaje de Consultas de Urgencias	Consultas de Urgencias Realizadas sobre Consultas Totales	4.6
Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria	Defunciones más 48 horas sobre Total de Egresos	1.7
Indice de Conservación y Mantenimiento de Obras	Obras de Conservación y Mantenimiento Terminadas sobre Obras de Conservación y Mantenimiento Programadas	91.5
Indice de Formación y Capacitación de Personal	No. de Alumnos Egresados de Cursos en Formación y Capacitación sobre Total de Alumnos Inscritos en Cursos de Formación y Capacitación	90.3
Porcentaje de Voluntarios Capacitados	Reuniones con Voluntarios sobre Voluntarios de la Comunidad	25.0
Cobertura de Asistentes Rurales	Asistente Rural de Salud Activos sobre Localidades de Acción Intensiva	98.2
Cobertura de Familias Beneficiadas	Familias Beneficiadas sobre Familias Universo de Trabajo	24.3

## SEGUNDA SECCION

### SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

**DECRETO** por el que se crea el organismo descentralizado denominado Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial.

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

**ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN**, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 3o., fracción I, 31, 34, 37, 38, 45, 48 y 49 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 14 y 15 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 2o., fracción V, y 34, fracción VI, de la Ley General de Bienes Nacionales, y

#### CONSIDERANDO

Que el Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial fue creado mediante Decreto Presidencial publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 9 de marzo de 1984, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Educación Pública, con el objeto de propiciar la vinculación de la industria nacional con las instituciones del Sistema Nacional de Educación Tecnológica, y desarrollar la producción, adquisición, adecuación, transferencia, así como la comercialización de bienes y servicios tecnológicos para el desarrollo del país;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece como estrategia para alcanzar los objetivos de política tecnológica fortalecer los centros públicos de investigación con vocación tecnológica, pasando por un proceso riguroso de evaluación y de transformación para asegurar que cumplen adecuadamente con sus objetivos;

Que para dar un nuevo impulso a las funciones que el referido Centro lleva a cabo, resulta conveniente modificar su naturaleza jurídica a fin de que esté en aptitud de canalizar eficientemente todos sus esfuerzos y recursos a las tareas que realiza, por lo que la figura de organismo descentralizado viene a ser la que más se apegue a sus necesidades;

Que la transformación del Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial en organismo descentralizado no implica la creación de estructuras orgánicas adicionales ni impacta el presupuesto federal, toda vez que se aprovecharán los recursos materiales, humanos y presupuestarios con que cuenta el actual órgano desconcentrado, y

Que la Comisión Intersecretarial de Gasto Financiamiento, en su V sesión ordinaria celebrada el 4 de febrero de 1997, dictaminó favorablemente la propuesta de la Secretaría de Educación Pública, para que se constituya el Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente

#### DECRETO POR EL QUE SE CREA EL ORGANISMO DESCENTRALIZADO DENOMINADO CENTRO DE INGENIERIA Y DESARROLLO INDUSTRIAL.

**ARTÍCULO 1o.-** Se crea el organismo descentralizado denominado Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la Ciudad de Querétaro, Querétaro, el cual formará parte del sector coordinado por la Secretaría de Educación Pública.

El Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial podrá establecer representaciones en cualquier lugar de la República Mexicana y en el extranjero.

**ARTÍCULO 2o.-** El Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial tendrá por objeto promover y apoyar la modernización tecnológica del sector productivo a través de la investigación aplicada, el desarrollo experimental, la impartición de estudios de posgrado y la prestación de servicios científicos y tecnológicos, que propicien la innovación y la transferencia de tecnología, impulsando la vinculación del sector industrial con el sistema educativo nacional en el marco del sistema SEP-CONACYT.

**ARTÍCULO 3o.-** Para el cumplimiento de su objeto el Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial tendrá las siguientes funciones:

- I.- Propiciar la vinculación de la industria nacional con las instituciones del sistema educativo nacional;
- II.- Realizar actividades de investigación y desarrollo tecnológicos orientados a la modernización del sector productivo;
- III.- Desarrollar proyectos de investigación aplicada y de enseñanza especializada de interés para otras instituciones, las cuales se realizarán bajo convenios específicos;
- IV.- Impartir estudios de posgrado en las áreas afines al objeto del Centro; desarrollar y aplicar sus propios planes y programas de estudio, así como expedir los certificados y otorgar los diplomas, títulos y grados académicos correspondientes;
- V.- Brindar servicios y asesoría técnica al sector productivo en las áreas de diseño, control y garantía de calidad, normalización, tecnología de procesos y asimilación de tecnología, servicios especializados de laboratorio y de información;



VI.- Contribuir al desarrollo, difusión e implantación de aquellas tecnologías que mejor se adapten a las condiciones del país;

VII.- Realizar los desarrollos tecnológicos que los productores demanden o que la Administración Pública Federal considere necesarios;

VIII.- Capacitar, en la ingeniería de los procesos de manufactura, a personal de la industria, en plantas piloto, y en condiciones similares a las de la propia industria;

IX.- Implantar procesos de manufactura en sus instalaciones y transferirlos a los sectores productivos;

X.- Diseñar, elaborar e innovar productos, partes o componentes especiales que la industria nacional requiera;

XI.- Proveer y transferir las tecnologías desarrolladas y los resultados que se obtengan de las investigaciones;

XII.- Establecer relaciones de intercambio académico y tecnológico con organismos nacionales e internacionales;

XIII.- Otorgar becas para realizar estudios en el propio Centro, así como en instituciones afines nacionales o del extranjero, y

XIV.- Las demás que prevean este Decreto y otros ordenamientos legales.

**ARTÍCULO 4o.-** La actividad del organismo que se crea se sujetará a las políticas que sobre ciencia y tecnología dicte el Ejecutivo Federal, a través del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología.

**ARTÍCULO 5o.-** El patrimonio del Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial estará conformado por:

I.- Los recursos presupuestales que le asigne el Gobierno Federal;

II.- Las aportaciones que, en su caso, otorguen los gobiernos de las entidades federativas y ayuntamientos;

III.- Los recursos que obtenga por las actividades que realice, y

IV.- Los demás bienes y derechos que adquiera por cualquier título.

**ARTÍCULO 6o.-** La administración del Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director General.

**ARTÍCULO 7o.-** El Consejo Directivo se integrará por el Secretario de Educación Pública, quien lo presidirá, y los titulares de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Comercio y Fomento Industrial. Asimismo, se invitará a formar parte del Consejo Directivo:

a) A los Directores Generales del Instituto Politécnico Nacional; del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, quien ejercerá la vicepresidencia del Consejo Directivo y asumirá la presidencia en caso de ausencia del Secretario de Educación Pública; del Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, y del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial, y

b) A tres representantes de la iniciativa privada, designados a propuesta de los miembros del propio Consejo. La designación deberá recaer en personas que se hubiesen distinguido en la actividad industrial y durarán en su encargo cuatro años, el cual podrá prorrogarse hasta por un periodo más.

Los integrantes del Consejo Directivo podrán designar a sus respectivos suplentes.

**ARTÍCULO 8o.-** El Consejo Directivo tendrá, además de las previstas en el artículo 58 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las atribuciones indelegables siguientes:

I.- Considerar las recomendaciones del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología en lo referente al desarrollo de actividades de enseñanza e investigación que el Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial debe realizar;

II.- Aprobar los planes y programas de estudio que imparta el Centro, y

III.- Llevar a cabo todos los actos y desempeñar todas las funciones que resulten necesarias para el cumplimiento de los fines del organismo descentralizado.

**ARTÍCULO 9o.-** El Consejo Directivo se reunirá con la periodicidad que se señale en el estatuto orgánico, sin que pueda ser menor de cuatro reuniones al año. Habrá sesiones extraordinarias cuando las convoque su Presidente o lo soliciten por escrito tres o más de sus miembros. Dicho Consejo sesionará válidamente con la asistencia de cuando menos la mitad más uno de sus miembros, siempre que la mayoría de los asistentes sean representantes de la Administración Pública Federal. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos, teniendo el Presidente, en caso de empate, voto de calidad.

**ARTÍCULO 10.-** El Director General del Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial será designado por el Presidente de la República o, a indicación de éste, a través del coordinador de sector por el Consejo Directivo. El nombramiento deberá recaer en persona que reúna, además de los requisitos señalados en la ley, los siguientes:

I.- Poseer título profesional o grado académico en el área de ingeniería, y

II.- Tener amplia experiencia en las áreas industrial, académica y administrativa, así como una trayectoria reconocida en el desarrollo científico y tecnológico.

**ARTÍCULO 11.-** El Director General del Centro tendrá, además de las facultades señaladas en el artículo 59 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las facultades siguientes:

I.- Informar al Consejo Directivo de las estructuras técnicas y de promoción del Centro y sus modificaciones;

II.- Proponer al Consejo Directivo los estímulos y licencias que de acuerdo a la ley deban otorgarse al personal del Centro, y

III.- Someter a la aprobación del Consejo Directivo los proyectos de planes y programas de estudio del Centro;

El Director General será el representante legal del organismo, con todas las facultades de un apoderado general, sin más limitaciones que las establecidas en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y estará facultado para otorgar poderes generales y especiales en términos de las disposiciones legales aplicables.

**ARTÍCULO 12.-** El órgano de vigilancia del Centro estará integrado por un comisario público propietario y uno suplente, quienes serán designados por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y tendrán a su cargo las atribuciones que les confieren los artículos 60 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, 29 y 30 de su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

**ARTÍCULO 13.-** El Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial contará con un órgano de control interno que formará parte integral de su estructura. Su titular será designado conforme al artículo 37, fracción XII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y en el ejercicio de sus facultades se auxiliará por los titulares de las áreas de auditoría, quejas y responsabilidades, designados en los mismos términos.

Los servidores públicos a que se refiere el párrafo anterior ejercerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las facultades previstas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y en los demás ordenamientos aplicables, conforme a lo previsto por el artículo 26, fracciones III y IV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

El Centro proporcionará al titular de su respectiva Unidad de Contraloría Interna los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de los asuntos a su cargo. Asimismo, los servidores públicos del Centro están obligados a proporcionar el auxilio que requiera el titular de la Contraloría Interna para el desempeño de sus facultades.

**ARTÍCULO 14.-** El Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial promoverá el adiestramiento técnico y la capacitación profesional de sus trabajadores a fin de mejorar sus conocimientos, la productividad, la responsabilidad y la seguridad en el trabajo.

**ARTÍCULO 15.-** Las relaciones de trabajo del organismo descentralizado Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial, se regirán por el apartado B del artículo 123 Constitucional y su Ley Reglamentaria.

#### TRANSITORIOS

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

**SEGUNDO.-** Se abroga el Decreto que crea el órgano desconcentrado Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de marzo de 1984 y se derogan los artículos 2o. y 43 del Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 1994, en lo conducente a la denominación del Centro mencionado como órgano desconcentrado de la Secretaría.

**TERCERO.-** Se retiran del servicio de la Secretaría de Educación Pública y se autoriza a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo para que, a nombre y representación del Gobierno Federal, transmita la propiedad de los inmuebles federales que actualmente ocupa el Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial, a favor del organismo descentralizado que por este Decreto se crea, a fin de que formen parte de su patrimonio.

**CUARTO.-** El Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial expedirá su estatuto orgánico dentro de los noventa días siguientes a la entrada en vigor de este Decreto.

**QUINTO.-** Los derechos de los trabajadores serán respetados conforme a la ley.

**SEXTO.-** Todos los asuntos en trámite o pendientes de resolución serán atendidos hasta su conclusión, por el organismo descentralizado que se crea en este acto.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los cuatro días del mes de mayo de mil novecientos noventa y nueve.- **Ernesto Zedillo Ponce de León.-** Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Ángel Gurriá Treviño.-** Rúbrica.- El Secretario de Comercio y Fomento Industrial, **Herminio Blanco Mendoza.-** Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo, **Arsenio Farell Cubillas.-** Rúbrica.- El Secretario de Educación Pública, **Miguel Limón Rojas.-** Rúbrica.



# ACTA DE EXAMEN PROFESIONAL

NÚMERO **L27-053**

En la BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE DURANGO, CLAVE 10ENP0003D, ubicada en Calzada Escuela Normal s/n, a las **12:00** Hrs. del día **24** de **junio** de 1998, se reunieron los C.C. Profesores:

Presidente: **MARIA DE JESUS CASARES RAMIREZ**  
 Secretario: **EDUARDO ADRIAN ROSALES HERNANDEZ**  
 Vocal: **NORMA YOLANDA NIEBLA IBARRA**

Integrantes del Jurado designado por la Dirección del Plantel para aplicar el examen recepcional al (a) C.

**ALMA ROSA RIVAS CASTRO**

Número de Matrícula: **P10-0055** quién se examinó con base en el documento recepcional denominado: **"PLANEACION DE LA ENSEÑANZA (ELEMENTOS ESSENCIALES A CONSIDERAR PARA SU ELABORACION"**

Para obtener el Título de:

**Licenciado(a) en Educación Primaria**

En virtud de haber terminado sus Estudios Profesionales en la propia institución y haber cumplido con el Servicio Social Educativo reglamentario, lo que se comprobó con la constancia correspondiente.

Se procedió a efectuar el Examen de acuerdo con las normas dispuestas por la Dirección General de Educación Normal y el resultado fue:

**APROBADA POR UNANIMIDAD**

A continuación se tomó la protesta de ley en los términos siguientes:

¿Protesta Usted ejercer la carrera de:

**Licenciado (a) en Educación Primaria**

con entusiasmo y honradez, velar siempre por el prestigio y buen nombre de esta escuela que le otorga su Título y continuar esforzándose por mejorar su preparación en todos los órdenes para garantizar los intereses de la juventud y de la Patria?

Si protesto

*Si Protesto*

si así lo hicieron Usted, que sus alumnos, sus compañeros y la Nación se lo prometen y si no, se lo demandan.

Se levantó la presente firmando de conformidad los que intervinieron en el acto.

Alma Rosa Rivas Castro

*Firma del Sustituto*

*Integrantes del Jurado*

*Presidente*

**PROFRA. MARIA DE JESUS CASARES RAMIREZ**

*Secretario*

*Vocal*

Eduardo A. Rosales H.  
**PROFR. EDUARDO ADRIAN ROSALES HERNANDEZ**

Norma Y. Niebla  
**PROFRA. NORMA YOLANDA NIEBLA IBARRA**

*La Directora*

*Profra. Yolanda Ibarra Barrios*



*La Subdirectora Secretaria*

*Profra. María de Lourdes Pineda Salas*



## ACTA DE EXAMEN PROFESIONAL

NÚMERO **L27-034**

En la BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE DURANGO, CLAVE 10ENP0003D, ubicada en Calzada Escuela Normal s/n, a las **12:00** Hrs. del día **19** de **junio** de 1998, se reunieron los C.C. Profesores:

Presidente: **MARTHA GUILLERMINA GONZALES ESPARZA**  
 Secretario: **EDUARDO ADRIAN ROSALES HERNANDEZ**  
 Vocal: **ANGEL GERARDO DE JESUS VALLES MENDOZA**

Integrantes del Jurado designado por la Dirección del Plantel para aplicar el examen recepcional al (a) C.

**ELENA RIVERA VILLELA**

Número de Matrícula: **P10-0054** quien se examinó con base en el documento recepcional denominado: **"LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RE-CREATIVAS Y DE FOMENTO A LA SALUD EN LA ESCUELA PRIMARIA"**

Para obtener el Título de:

**Licenciado(a) en Educación Primaria**

En virtud de haber terminado sus Estudios Profesionales en la propia institución y haber cumplido con el Servicio Social Educativo reglamentario, lo que se comprobó con la constancia correspondiente.

Se procedió a efectuar el Examen de acuerdo con las normas dispuestas por la Dirección General de Educación Normal y el resultado fue:

**APROBADA POR UNANIMIDAD CON FELICITACION**

A continuación se tomó la protesta de ley en los términos siguientes:

¿Protesta Usted ejercer la carrera de:

**Licenciado (a) en Educación Primaria**

con entusiasmo y honrados, velar siempre por el prestigio y buen nombre de esta escuela que le otorga su Título y continuar esforzándose por mejorar su preparación en todos los órdenes para garantizar los intereses de la juventud y de la Patria?

Si Protesto

No Protesto

si así lo hiciera Usted, que sus alumnos, sus compañeros y la Nación se lo premien y si no, se lo demanden.

Se levanta la presente firmando de conformidad los que intervinieron en el acto.

Elena Rivera Villela

Firma del Sustituto

Integrantes del Jurado  
Presidente

M. G. E.  
PROFRA. MARTHA GUILLERMINA GONZALES ESPARZA

Secretario

Vocal

Eduardo A. Rosales H.  
PROFR. EDUARDO ADRIAN ROSALES HERNANDEZ

Angel G. de J. Valles M.  
PROFR. ANGEL GERARDO DE JESUS VALLES -  
MENDOZA

La Directora [Firma] La Subdirectora Secretaria [Firma]  
 Profra. Gisella Garcia B... Profra. María de Lourdes Pascador Salas  




## ACTA DE EXAMEN PROFESIONAL

NÚMERO **L27-036**

En la BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE DURANGO, CLAVE 10ENP0003D, ubicada en Calzada Escuela Normal s/n, a las 8:00 Hrs. del día 23 de junio de 1998, se reunieron los C.C. Profesores:

Presidente: **MAIDALENA AGUILAR VELOS**  
 Secretario: **EDUARDO ADRIAN ROSALES HERNANDEZ**  
 Vocal: **MARIA DE JESUS CAZARES RAMIREZ**

Integrantes del Jurado designado por la Dirección del Plantel para aplicar el examen reocacional al (a) E.

**CESAR RODRIGUEZ PRATRE**

Número de Matrícula: **P10-0036** quién se examinó con base en el documento reocacional denominado: "LA COMPRENSION LECTORA EN LOS NIÑOS DE QUINTO AÑO"

Para obtener el Título de:

**Licenciado(a) en Educación Primaria**

En virtud de haber terminado sus Estudios Profesionales en la propia institución y haber cumplido con el Servicio Social Educativo reglamentario, lo que se comprobó con la constancia correspondiente.

Se procedió a efectuar el Examen de acuerdo con las normas dispuestas por la Dirección General de Educación Normal y el resultado fue:

**APROBADO POR UNANIMIDAD**

A continuación se tomó la protesta de ley en los términos siguientes:

¿Protesta Usted ejercer la carrera de:

**Licenciado (a) en Educación Primaria**

con entusiasmo y honradez, velar siempre por el prestigio y buen nombre de esta escuela que le otorga su Título y continuar esforzándose por mejorar su preparación en todos los órdenes para garantizar los intereses de la juventud y de la Patria?

**Sí protesto**

**Si Protesto**

si así lo hicieron Usted, que sus alumnos, sus compañeros y la Nación se lo premien y si no, se lo demanden.

Se levanta la presente firmando de conformidad los que intervinieron en el acto.

**Firma del Sustituto**

**Integrantes del Jurado**  
 Presidente

**Magdalena Aguilar Veloz**  
 PROFRA. MAGDALENA AGUILAR VELOS

Secretario

**Eduardo A. Rosales H.**  
 PROFRA. EDUARDO ADRIAN ROSALES HERNANDEZ

**Maria de Jesús Cazares Ramírez**  
 PROFRA. MARIA DE JESUS CAZARES RAMIREZ

**La Directora**  
**Profr. Isabella García Barba**

**La Subdirectora Secretaria**  
**Profr. María de Lourdes Pineda Salas**

