

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

**PRIMER 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.**

**S U M A R I O****PODER EJECUTIVO DEL ESTADO**

**A C U E R D O.-** POR EL QUE LA SECRETARIA DE SALUD DA A CONOCER LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA OPERACION DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION NO. 17 DE FECHA 23 DE ABRIL DE 1999.-..... **PAG. 1818**

**A C U E R D O.-** A TRAVES DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACION E INDICADORES DEL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACION PARA DESEMPLEADOS.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION NO. 2 DE FECHA 4 DE MAYO DE 1999.-..... **PAG. 1825**

**A C U E R D O.-** NUMERO A/020/99 DEL PROCURADOR GENERAL DE LA REPUBLICA POR EL QUE SE DELEGA EN LOS SERVIDORES PUBLICOS QUE SE INDICAN, LA FACULTAD PARA DECRETAR EL ASEGURAMIENTO PREVISTO EN EL ARTICULO 181 DEL CODIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES, CUANDO SE PRACTIQUE SOBRE BIENES RELACIONADOS CON LAS OPERACIONES DEL SISTEMA FINANCIERO.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION NO. 1 DE FECHA 3 DE MAYO DE 1999.-..... **PAG. 1831**

**A C U E R D O.-** DEL TRIBUNAL SUPERIOR AGRARIO POR EL QUE SE CREA EL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DEL DISTRITO 44, CON SEDE EN GOMEZ PALACIO, ESTADO DE DURANGO; SE DETERMINA SU AMBITO DE COMPETENCIA TERRITORIAL Y SE MODIFICA LA COMPETENCIA TERRITORIAL DE LOS TRIBUNALES UNITARIOS AGRARIOS DE LOS DISTRITOS SEXTO Y SEPTIMO Y VIAGESIMO CON SEDES, RESPECTIVAMENTE, EN TORREON, ESTADO DE COAHUILA, DURANGO, ESTADO DE DURANGO Y MONTERREY, ESTADO DE NUEVO LEON.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION NO. 19 DE FECHA 25 DE JUNIO DE 1998.-..... **PAG. 1831**

**I S C Y T A C**

**E X A M E N.-** PROFESIONAL DE ARQUITECTO DE LA C. ALBA GRISELLE SANCHEZ MOCTEZUMA.-..... **PAG. 1832**



## SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.  
JUAN RAMON DE LA FUENTE, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 68 y 73 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1999, 4o. y 5o. fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

### CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece, como eje de la política social vigente, la necesidad de elevar los niveles de bienestar, la calidad de vida de los mexicanos y, de manera prioritaria, disminuir la pobreza y la exclusión social.

Que como primera aspiración de justicia social es indispensable concentrar los esfuerzos de la sociedad y del gobierno en el propósito común de abatir la desigualdad y que esta acción se debe orientar a establecer oportunidades equitativas mediante la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Que el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 señala que alrededor de 10 millones de mexicanos no tenían acceso a servicios permanentes para su atención, por lo que la Secretaría de Salud puso en operación el Programa de Ampliación de Cobertura para extender la cobertura de los servicios de salud a las comunidades más pobres y marginadas del país, con el objeto de reducir la brecha existente en la materia entre las distintas regiones, e impulsar una mayor integración de las comunidades a las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Que el citado programa es una iniciativa federal, directamente vinculada con el proceso de descentralización, en la que los servicios estatales de salud son los encargados de concretar este esfuerzo mediante una acción coordinada con las autoridades municipales y los comités locales de salud; por lo que su operación es el resultado de una gestión coordinada e integral que deberá dar respuestas más ágiles y efectivas a los problemas y necesidades locales de salud.

Que con este propósito el programa a que se refiere el tercer considerando ha dado prioridad a los municipios y localidades con los niveles más altos de marginación, en donde se localiza la mayor cantidad de población que no cuenta con cobertura de servicios de salud.

Que las acciones del programa de referencia se dirigen a proporcionar servicios en las zonas rurales e indígenas desprotegidas, para contribuir a impulsar su desarrollo y bienestar social; es decir, que se trata de un programa de salud pública de carácter eminentemente comunitario, con un gran peso médico y sanitario que incorpora lo mejor de la medicina institucional, tradicional e indígena, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARIA DE SALUD DA A CONOCER LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA OPERACION DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

UNICO. La Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura, de conformidad con el siguiente contenido:

1. Presentación
2. Objetivos del Programa de Ampliación de Cobertura
- 2.1 Objetivo general
- 2.2 Objetivos específicos
3. Principios del Programa de Ampliación de Cobertura
- 3.1 Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta
- 3.2 Paquete Básico de Servicios de Salud
- 3.3 Focalización
- 3.3.1 Marginación
- 3.3.2 Estudios de regionalización operativa

- 3.4 El municipio, unidad geográfica de atención
- 3.5 Participación social
- 3.6 Respeto a la cultura tradicional
- 3.7 Coordinación institucional e intersectorial
4. Criterios de inclusión de municipios al programa y vinculación con otras acciones de salud
- 4.1 Grado e índice de marginación
- 4.2 Interrelación con otros programas
5. Población beneficiaria
- 5.1 Características de la población objetivo
6. Intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud
- 6.1 Saneamiento básico a nivel familiar
- 6.2 Planificación familiar
- 6.3 Atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido
- 6.4 Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil
- 6.5 Inmunizaciones
- 6.6 Manejo de casos de diarrea en el hogar
- 6.7 Tratamiento antiparasitario a las familias
- 6.8 Manejo de infecciones respiratorias agudas
- 6.9 Prevención y control de la tuberculosis pulmonar
- 6.10 Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus
- 6.11 Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
- 6.12 Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
- 6.13 Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino
7. Niveles de organización
- 7.1 Secretaría de Salud

- 7.2 Servicios de Salud Estatales
- 7.3 Unidad Coordinadora Estatal del Programa de Ampliación de Cobertura
- 7.4 Jurisdicción Sanitaria
- 7.5 Equipo Zonal de Supervisión
- 7.6 Núcleo Básico de Servicios
- 7.7 Equipo de Salud Itinerante
- 7.8 Coordinador Comunitario de Salud
- 7.9 Auxiliar de Salud
8. Proceso de operación
- 8.1 Modalidades de ampliación de cobertura
- 8.2 Incorporación de localidades
- 8.3 Clasificación de localidades y aplicación del Paquete Básico
- 8.4 Actividades complementarias
9. Programación y Presupuestación
10. Seguimiento y Evaluación
11. Contraloría Social

### 1. Presentación

El Programa de Ampliación de Cobertura es un esfuerzo federal que involucra a todos los niveles e instancias de los Servicios Estatales de Salud para llevar acciones básicas de salud hasta el ámbito familiar, en aquellas comunidades que han estado al margen de estos beneficios. Este programa constituye una oportunidad para contribuir a modernizar y hacer más eficiente el esquema de operación, cuyas características permiten que las acciones del mismo sean consistentes y articuladas con el sistema de operación descentralizado de la Secretaría de Salud (SSA).

El antecedente inmediato del referido programa fue el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), que operó de 1991 a 1995 en cinco entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Distrito Federal), experiencia que ofreció a dicho programa un diagnóstico inicial de la salud de la población, así como de las condiciones de infraestructura, disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad de la atención de los servicios de salud para establecer los valores de referencia que permitieran la evaluación posterior de la ejecución y resultados del programa.

El Programa de Ampliación de Cobertura se inició en el año de 1996, en particular, para ampliar la cobertura y atender a la población con nulo o limitado acceso a los servicios básicos de salud y para hacer frente a los retos en materia de salud pública en particular de la población más desprotegida del país.

El citado programa favorece la incorporación activa de las jurisdicciones sanitarias, de los ayuntamientos y de las comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de salud bajo un esquema, en donde las adecuaciones operativas corresponden a los hábitos y costumbres de los diferentes grupos sociales, con base en el respeto y la equidad. La finalidad es fortalecer la capacidad institucional, asegurar la participación local en la gestión y el rendimiento de los recursos y acercar las decisiones a los lugares donde surgen las demandas.

Para este fin se establecen los compromisos entre cada uno de los gobiernos de los 19 estados de la República Mexicana participantes en el Programa de Ampliación de Cobertura, y el Ejecutivo Federal por conducto de la SSA, a través de los Acuerdos de Coordinación.

Como parte de los objetivos específicos de los Acuerdos, se establece lo siguiente: brindar atención de los servicios básicos de salud a la población abierta en las entidades federativas, a través del otorgamiento de un Paquete Básico de Servicios de Salud; dar respuesta a problemas locales, principalmente en municipios de alta marginalidad; y, coadyuvar en el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en los estados.

Para las situaciones de incumplimiento, tanto a dichos Acuerdos como a los presentes Lineamientos, ambas partes estarán sujetas a lo dispuesto en el marco jurídico correspondiente.

Los presentes lineamientos de operación del Programa de Ampliación de Cobertura no son susceptibles de modificación o ajuste por los estados, aunque sus acciones sí pueden ser complementadas por éstos.

Para la ejecución del citado programa se cuenta con el presupuesto autorizado anualmente por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. El Ejecutivo Federal se compromete a aportar para la ejecución del programa de referencia los recursos aprobados en el Ramo 12.

Una vez autorizados, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) se encarga de canalizar los recursos federales a la SSA, la cual se responsabiliza de administrarlos. En la supervisión, vigilancia y aplicación de los recursos, compete a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo el determinar y coordinar el Programa de Auditorías sobre operaciones y proyectos, con el auxilio de los gobiernos de los estados participantes y de la Unidad de Contraloría Interna en la SSA. La Secretaría de Desarrollo Social aporta el marco general de desarrollo social y de coordinación con los gobiernos estatales en que se ubica la vertiente de salud.

La SSA es la institución normativa y ejecutiva responsable de la planeación, operación, control, seguimiento de las acciones y aplicación de los recursos del programa.

Los presentes lineamientos dan cumplimiento a lo establecido en los artículos 68 y 73 del Presupuesto de Egresos de la Federación de 1999.

### 2. Objetivos del Programa de Ampliación de Cobertura

2.1 Objetivo general  
Incrementar la cobertura integral de los servicios de salud del primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud en la población sin acceso a los servicios y con los mayores índices de marginación.

2.2 Objetivos específicos

- Ampliar y fortalecer la red de servicios del primer nivel con base en el modelo de atención a la salud para población abierta, y otorgar el Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Fortalecer la capacidad resolutoria de los estados, las jurisdicciones sanitarias y los municipios, así como la programación, operación y evaluación local de las acciones prioritarias.
- Promover la participación social y la cultura de la salud, articulando los recursos comunitarios con los institucionales; e incorporando las prácticas tradicionales de atención a la salud.

### 3. Principios del Programa de Ampliación de Cobertura

3.1 Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta  
La Secretaría de Salud es responsable del cuidado de la salud de la población abierta para lo cual establece programas de extensión de cobertura, con el objeto de prestar servicios con mayor calidad y eficiencia considerando los lineamientos del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA).



El MASP representa la combinación de elementos y acciones articuladas e idóneas, con estructuras y programas bien definidos y con normas específicas para su funcionamiento, para dar respuesta a las necesidades en materia de salud por lo que constituye el instrumento regulador de la prestación de servicios destinados a la población abierta.

El modelo tiene como propósito central elevar el nivel de salud de la población a través de extender la cobertura, mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen, incrementar la productividad y la plena y óptima utilización de los recursos disponibles de la capacidad instalada.

En este marco, el Programa de Ampliación de Cobertura retoma los principios del MASP para orientar sus esfuerzos y desarrollar, extender y mejorar la prestación de los servicios del primer nivel de atención, cuyas características principales son: el enfoque preventivo sobre el curativo; la modificación de los hábitos higiénicos inadecuados; la promoción de la participación comunitaria; la gratuidad de los programas prioritarios de salud; y la atención en el medio rural donde residen los estratos de población abierta más vulnerable.

La actualización del MASP y la adaptación que en su contexto formularon todos los Servicios Estatales de Salud de acuerdo a sus realidades locales, responde a la política actual de reforma, modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud e incorpora el diseño e implantación de fórmulas innovadoras para la prestación de servicios, con la aplicación racional de tecnologías disponibles y apropiadas a cada nivel de atención y la participación decidida de los sectores público, social y privado.

### 3.2 Paquete Básico de Servicios de Salud

El Paquete Básico de Servicios de Salud (Paquete Básico) consiste en un conjunto de 13 intervenciones esenciales de salud que se realizan en el primer nivel de atención de los servicios. Se desagregan en acciones y actividades que tienen como característica importante la prevención a través de la modificación, el reforzamiento, o la creación de hábitos adecuados en salud, respetando las características culturales locales.

El Paquete Básico constituye el instrumento a través del cual el programa de referencia proporciona atención a la salud mediante acciones de alto impacto, bajo costo y técnicamente factibles. Básicamente consiste en un mínimo de servicios de salud que deben otorgarse a la población, como respuesta a sus necesidades prioritarias para contener los daños con mayor prevalencia y que causan el mayor número de muertes.

Dentro de su ámbito de acciones preventivo-curativas, incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, problemas de salud materna y perinatal, desnutrición, enfermedades crónico-degenerativas, así como accidentes y violencias, permitiendo adicionar otros servicios, según las prioridades regionales<sup>1</sup> (entre otras, paludismo, oncoercois y dengue). Además, contempla de manera fundamental la participación comunitaria para el autocuidado de la salud y acciones de beneficio colectivo.

### 3.3 Focalización

El Programa de Ampliación de Cobertura orienta fundamentalmente sus acciones hacia la población abierta, principalmente rural, que habita en pequeños asentamientos humanos dispersos de difícil acceso, en donde privan condiciones de mayor insalubridad y exposición a las enfermedades de la pobreza y, esta población reside en los municipios del país que reportan niveles de mayor marginación. Entre esta población destacan los grupos indígenas, los cuales presentan una mayor vulnerabilidad en estos rubros. Las acciones del programa buscan hacer llegar los servicios básicos de salud a la población de estas características que carece de acceso regular a los mismos.

Los beneficios de las acciones del citado programa se definen considerando el grado de marginación de los municipios del país y la cobertura de servicios básicos de salud establecida en los Estudios de Regionalización Operativa.

### 3.3.1 Marginación

El grado de marginación constituye un criterio básico para la selección de los municipios que presentan mayores rezagos socioeconómicos. La marginación se entiende como un fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios. La medición de dicho fenómeno considera cuatro dimensiones: vivienda, salud, ingreso monetario y distribución de población. La unidad de análisis implica la relación espacio-sociedad, a través del municipio y la población que lo habita. De acuerdo con la medición de este fenómeno, el programa orienta su atención, principalmente, a los municipios de alta y muy alta marginación.

<sup>1</sup> La adición de otros servicios se hará con base en lo establecido en el Apartado 6.

### 3.3.2 Estudios de regionalización operativa

En el marco del proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta se realizaron Estudios de Regionalización Operativa que permitieron configurar zonas geodemográficas asociadas a la infraestructura disponible para ofrecer dichos servicios. En estos estudios se presenta una regionalización que tiene como propósito contribuir a racionalizar el crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud a población abierta, homogeneizar la información sobre infraestructura en salud de acuerdo al MASP y establecer la regionalización de la oferta de servicios de salud de las instituciones de salud a población abierta, como base para la descentralización.

Un aspecto fundamental se refiere a la cobertura de los servicios de primer nivel, considerando la cobertura por área de influencia de la unidad de salud, la cobertura funcional determinada por la capacidad instalada en las unidades médicas, así como la población sin acceso permanente a los servicios. Los elementos de información detallada hasta el nivel de localidad en estos estudios fueron utilizados para la ubicación de los universos de atención de dicho programa en cada entidad federativa.

### 3.4 El municipio, unidad geográfica de atención

El municipio constituye la unidad geográfica básica para la selección de territorios a atender por el Programa de Ampliación de Cobertura; asimismo, uno o varios municipios se integran en jurisdicciones sanitarias. El municipio también es un nivel de gobierno con autoridades y recursos propios con los cuales interactúan de manera coordinada los responsables del programa de referencia, con el objeto de alcanzar las metas de cobertura de servicios de salud. En este ámbito se aprovechan también los conocimientos y habilidades de la población, la cual participa en actividades sanitarias. A partir de la selección municipal se atiende a la población que no tiene acceso regular a los servicios de salud.

### 3.5 Participación social

La ampliación de cobertura en materia de servicios de salud se fundamenta en un trabajo de concertación comunitaria realizado por las jurisdicciones sanitarias de la SSA y los municipios. La esencia de este trabajo ha sido el respeto a la cultura, usos y costumbres de las comunidades, así como el reconocimiento e incorporación gradual de las prácticas tradicionales de atención a la salud, a los sistemas locales de servicios de salud.

La promoción de la acción social en salud se realiza a través de los comités locales y municipales elegidos por sus asambleas, quienes articulan sus esfuerzos y amplían la gama de recursos comunitarios para potencializar las acciones del programa.

Las asambleas comunitarias constituyen los máximos foros de intercambio y comunicación entre las comunidades, en donde se analizan y proponen soluciones ligadas a su organización, representación y desarrollo. Se eligen de manera abierta entre las familias integrantes de cada localidad y la integran la totalidad de sus miembros. Es decir, se trata de una forma de organización comunitaria de carácter operativo y local, históricamente conformada para aprovechar y compartir sus recursos y mantenerse informados, que de ninguna manera sustituye a las autoridades locales y los procesos de elección formales.

La participación se expresa en diversas formas, a partir de la organización autónoma de estas instancias y de manera absolutamente voluntaria: las comunidades aportan terrenos para ubicar casas de salud o, bien, habilitan inmuebles existentes para el efecto, colaborando en su construcción con materiales sencillos propios de la región; asimismo, eligen al personal auxiliar comunitario y apoyan su trabajo promoviendo la asistencia y corresponsabilidad social en las acciones de salud, así como el resguardo y la distribución de los insumos, medicamentos y materiales. Es pertinente advertir que estas aportaciones las realiza la comunidad por su propia iniciativa y en ningún caso constituyen un requisito impuesto, que se exige para recibir los apoyos del citado programa.

Por otra parte, reciben y ayudan en sus tareas a los equipos de salud itinerantes, los apoyan en sus permisos locales y cooperan en las actividades de saneamiento básico y mejoramiento del medio.

### 3.6 Respeto a la cultura tradicional

En su operación el Programa de Ampliación de Cobertura respeta y revaloriza a la medicina tradicional. El vínculo con el programa se establece a través de la capacitación de parteras y terapeutas tradicionales en algunas acciones del Paquete Básico, y de la referencia de pacientes que rebasen su capacidad técnica y sus posibilidades resolutivas.

### 3.7 Coordinación institucional e intersectorial

A través de dicho programa se realizan diversos esfuerzos para llevar servicios de salud a quienes carecen de ellos por dificultades geográficas, económicas o culturales. Para ello, se han establecido acciones de coordinación para fines operativos con el Instituto Nacional Indigenista, el IMSS-Solidaridad, la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación y los gobiernos de los estados, en las diferentes fases de la planeación y operación del programa; asimismo, se ha contado con la participación de las sociedades locales en materia sanitaria.

Por otra parte, es de capital importancia la coordinación administrativa y financiera entre la Secretaría de Salud, y las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo, y de Desarrollo Social.

### 4. Criterios de inclusión de municipios al programa y vinculación con otras acciones de salud

La SSA establece los criterios para la inclusión de los municipios en el Programa de Ampliación de Cobertura; la selección responde a un procedimiento transparente, objetivo y auditable, con criterios homogéneos a nivel nacional, además, establece las formas de vinculación con otras acciones en materia de salud.

El principal criterio de inclusión de municipios al Programa de Ampliación de Cobertura es el grado y el índice de marginación de acuerdo con las últimas cifras oficiales disponibles elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo oficial responsable de la política demográfica del país<sup>2</sup>.

### 4.1 Grado e índice de marginación

El grado de marginación se expresa cuantitativamente en un índice que resulta del análisis combinado de nueve variables municipales que reflejan las dimensiones de vivienda, educación, ingresos monetarios y distribución de la población.

El grado y el índice de marginación reportan el nivel de marginación de los municipios del país y refleja los déficits socioeconómicos de sus pobladores. A partir de los valores del índice de marginación para la serie municipal del país de 1990, el CONAPO estableció cinco grupos en que clasificó a todos los municipios de México.

Las variables consideradas para su cálculo son las siguientes:

Variables	
1	Porcentaje de población analfabeta
2	Porcentaje de población sin primaria completa
3	Porcentaje de ocupantes en vivienda sin drenaje ni excusado
4	Porcentaje de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica
5	Porcentaje de ocupantes en viviendas sin agua entubada
6	Porcentaje de ocupantes en vivienda con hacinamiento
7	Porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra
8	Porcentaje de población en localidades con menos de 5000 habitantes
9	Porcentaje de población ocupada con ingreso menor a 2 salarios mínimos

En 1990, en México existían 2403 municipios clasificados de la siguiente manera: en grado de marginación muy alta se clasificaron 341, en alta 812, en media 462, en baja 656 y en muy baja 132. En el citado programa se incluyen como municipios prioritarios aquellos que se encontraron en condiciones de marginación muy alta y alta. Estos dos grupos constituyen las unidades territoriales que presentan una mayor necesidad de atención por los servicios de salud pública.

Los municipios de muy alta marginación se localizan en 15 entidades federativas, mientras que los de alta marginación se encuentran adicionalmente en otras nueve. El Programa de Ampliación de Cobertura inició su trabajo en once estados, en la etapa siguiente aumentó a un total de 18 estados y en 1999 opera en 19 entidades federativas donde se encuentran los municipios que más requieren de cobertura de servicios básicos de salud.

<sup>2</sup> Para definir los municipios a atender por el PAC se tomaron en cuenta las cifras reportadas en: CONAPO-CNA, Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990, México, 1993.



En este sentido, es necesario considerar las diversas etapas o fases que implica la instrumentación y desarrollo del programa, tanto al interior de una misma entidad federativa (preparación, implantación, desarrollo operativo y consolidación), así como en el contexto nacional en su conjunto, visualizando el mediano plazo. Esto significa ponderar desde la preparación e inicio instrumental del Programa de Ampliación de Cobertura (1995-1996), hasta su consolidación y etapa final (1999-2000).

#### 4.2 Interrelación con otros programas

La inclusión de municipios al citado programa considera su relación o complementación con otras instituciones o programas como es el caso de IMSS-Solidaridad, PROGRESA, Estrategia de Extensión de Cobertura, Cirugía Extramuros y otras variantes regionales, tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Extender o fortalecer la cobertura de los servicios de salud para población abierta en los municipios rurales y con elevados índices de marginación, ya sea de tipo geográfica y/o funcional.
- Evitar la duplicidad de recursos y acciones, así como de información sobre: localidades, poblaciones, familias, unidades de atención, metas, presupuestos, unidades móviles o equipos de salud itinerantes, para lo cual se delimitarán las diferentes regionalizaciones operativas.
- Optimizar los recursos de operación para permitir mayor eficiencia y eficacia en la atención a la salud de las localidades rurales.
- Unificar los esquemas de prestación de servicios, sobre todo los orientados primordialmente al otorgamiento del Paquete Básico.
- Avanzar en los procesos de cobertura universal en el corto plazo de forma gradual, sistemática y sostenida.
- Impulsar, en el marco del proceso de descentralización, la unión de esfuerzos y recursos entre los tres niveles de gobierno, ya que las acciones federales se podrán combinar con las estatales y municipales, en particular, considerando la disponibilidad de recursos como los canalizados en el Ramo 33.
- Mantener coordinación con el Programa IMSS-Solidaridad a fin de delimitar los ámbitos geográficos y definir las localidades que serán responsabilidad de cada institución según la infraestructura con que cuenten. En el caso de que en una localidad coincidan el Programa de Ampliación de Cobertura y el IMSS-Solidaridad, ésta deberá ser atendida por aquel programa que cuente con infraestructura en dicha localidad.

#### 5. Población beneficiaria

La población beneficiaria de los servicios del citado programa es toda la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud, residente en los municipios incluidos en el programa.

Esta población se ubica principalmente en las zonas rurales dispersas y cinturones periurbanos marginados. Una gran parte de ellos habita en localidades rurales e indígenas con menos de 500 habitantes, caracterizadas por su dispersión geográfica y compleja topografía que dificultan el acceso.

En estas áreas es muy difícil que el personal profesional y técnico resida y se arraigue; por lo que en algunos lugares persisten rezagos importantes en los servicios y recursos para la salud.

Las acciones del referido programa en estas áreas han consistido en llevar los servicios básicos de salud con énfasis en el otorgamiento del Paquete Básico, que privilegian las acciones preventivas a través de distintas modalidades.

#### 5.1 Características de la población objetivo

La población atendida por el Programa de Ampliación de Cobertura se caracteriza principalmente por tener grados alto y muy alto de marginación, residir en localidades rurales dispersas y con fuertes rezagos de infraestructura básica (agua, luz, alcantarillado, vías de comunicación).

En estas áreas prevalecen elevadas tasas de morbilidad y mortalidad por causas infecciosas asociadas a la pobreza; altos niveles de desnutrición que afectan, principalmente, a los grupos materno e infantil; deficiente higiene ambiental y laboral; así como problemas de salud derivados de un insuficiente saneamiento básico.

#### 6. Intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud

Las intervenciones del Paquete Básico fueron formuladas por una comisión creada ex profeso en el seno del Consejo Nacional de Salud. En dicha comisión participaron los titulares de las áreas sustantivas de la Secretaría de Salud, así como los titulares de los servicios estatales de salud. Dicha comisión se dio a

la tarea de recoger las recomendaciones técnicas y las opiniones de expertos en cada materia, así como la revisión de las pautas establecidas en las normas oficiales mexicanas.

Sobre esta base, se establecieron trece intervenciones de carácter nacional, como el irreductible de servicios de bajo costo y alto impacto, centradas esencialmente en medidas preventivas y promocionales, cuyo otorgamiento es totalmente gratuito.

A este conjunto de servicios agrupados como paquete, se adicionan otras medidas que respondan a las necesidades de cada entidad federativa y a las prioridades locales (endémias regionales), cuando los servicios estatales de salud lo consideran indispensable, bajo la autorización de los titulares de salud de cada estado. Esta posibilidad de ampliar el Paquete Básico con nuevos servicios está sujeta también a los recursos y disponibilidad técnico-operativa local.

Cabe advertir que las intervenciones esenciales del Paquete Básico (en términos técnico-normativos) y los recursos para su aplicación (en términos financieros) están plenamente definidos por el nivel federal y los estados deben sujetarse a estos lineamientos y previsiones, por lo que las acciones que las entidades y municipios adicionen por su magnitud y trascendencia epidemiológica local, son responsabilidad directa de cada estado en lo tocante a su instrumentación y financiamiento. Desde luego, las acciones de salud deben seguir siempre la normativa oficial mexicana en la materia; pero las adiciones o modalidades operativas deben responder a la capacidad material, logística y financiera de cada estado.

Las intervenciones esenciales del Paquete Básico son las siguientes.

#### 6.1 Saneamiento básico a nivel familiar

Gran parte de los problemas de salud, entre los que destacan los infecciosos y parasitarios, tienen como condicionante el hábitat del ser humano. De ahí la necesidad de medidas eficaces para lograr la mayor higiene en el ambiente familiar y comunitario, así como en el agua y los alimentos que consumen.

#### Acciones:

- Saneamiento básico a nivel familiar;
- Control de la fauna nociva;
- Desinfección domiciliar del agua;
- Eliminación sanitaria de basura y excretas, y
- Educación para la salud.

#### 6.2 Planificación familiar

Se trata de una intervención de carácter estratégico para el desarrollo demográfico y la salud materno-infantil, orientado a regular la tasa de natalidad en los grupos rurales, elevando la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, con libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número de hijos que desean y el momento de tenerlos. En general, las acciones de planificación familiar deben ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva, poniendo énfasis en mujeres y hombres en edad fértil y, en general, en aquellos que oscilan alrededor de los 12 años de edad.

#### Acciones:

- Orientación y distribución de métodos anticonceptivos;
- Identificación de la población en riesgo;
- Referencia para la aplicación del DIU, salpingoclasia o vasectomía, toma de citología cérvico-vaginal y manejo de infertilidad, y
- Educación y promoción de la salud.

#### 6.3 Atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido

Esta intervención se orienta a cuidar y atender oportunamente los riesgos de la salud durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal. Reviste especial importancia por el grupo estratégico de población al que está dirigida.

#### Acciones:

- Identificación de embarazadas;
- Consulta prenatal de primera vez;
- Consulta prenatal subsecuente;
- Aplicación del toxoide tetánico;
- Ministración de hierro y ácido fólico;
- Promoción de la lactancia materna;

#### Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo:

- Consejería en planificación familiar;
- Atención del parto eutócico;
- Cuidados inmediatos del recién nacido;
- Detección y referencia del recién nacido con problemas;
- Aplicación de las vacunas Sabin y BCG al recién nacido;
- Atención del puerperio, y
- Educación para la salud.

#### 6.4 Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil

La nutrición representa un factor esencial para la salud, especialmente en los niños menores de cinco años, incluyendo la etapa gestacional. La intervención enfatiza la detección, tratamiento y vigilancia; así como la referencia de casos de desnutrición severa o moderada. Está dirigida a un grupo étareo en el que los daños por desnutrición, tanto en crecimiento como en desarrollo, pueden ser irreversibles.

#### Acciones:

- Identificación de menores de cinco años;
- Diagnóstico y seguimiento del niño sin desnutrición;
- Seguimiento del niño con desnutrición;
- Diagnóstico nutricional;
- Orientación nutricional;
- Referencia y contrarreferencia;
- Capacitación a las madres;
- Ministración de micronutrientes, y
- Educación para la salud.

#### 6.5 Inmunizaciones

Esta intervención se orienta, conforme a los lineamientos de la Cartilla Nacional de Vacunación, a la prevención de enfermedades evitables por vacunación, a mantener la erradicación de la poliomielitis y avanzar en la eliminación y erradicación de otros padecimientos; así como asegurar que las vacunas lleguen a todas las localidades mediante la sensibilización de la población para que participen en esta estrategia, el oportuno abasto y distribución de los biológicos y el correcto funcionamiento de la red fría en todas las unidades.

#### Acciones:

- Administración de vacunas, y
- Promoción y educación para la salud.

#### 6.6 Manejo de casos de diarrea en el hogar

Las enfermedades diarreicas son una patología común en las áreas marginadas rurales y una causa de muerte frecuente en el menor de cinco años. De ahí que las acciones para evitar la deshidratación y detectar oportunamente los signos de alarma, constituyan el eje fundamental de las acciones.

#### Acciones:

- Capacitación y adiestramiento a las madres;
- Tratamiento de los casos;
- Distribución y uso de sobres Vida Suero Oral;
- Referencia de casos complicados para su tratamiento, y
- Educación para la salud.

#### 6.7 Tratamiento antiparasitario a las familias

La frecuencia de parasitosis en la población menor de 15 años en las áreas marginadas es alta, en estas zonas es muy necesario su combate, tanto para resolver los casos aislados, como por la alta tendencia a la infestación de todo el núcleo familiar.

#### Acciones:

- Ministración periódica de antiparasitarios a la familia, y
- Educación para la salud.



**6.8 Manejo de infecciones respiratorias agudas**

Estos padecimientos son muy comunes y causa frecuente de mortalidad infantil en las áreas marginadas. El reconocimiento oportuno de los signos de alarma, su adecuado tratamiento y la referencia de los casos graves, son acciones estratégicas en el control de estas afecciones.

**Acciones:**

- Capacitación a las madres;
- Tratamiento específico;
- Referencia para el tratamiento, y
- Educación para la salud.

**6.9 Prevención y control de la tuberculosis pulmonar**

Esta estrategia enfrenta un problema de salud pública creciente, sobre todo entre la población desprotegida. Requiere la amplia participación de la población, especialmente en el estudio de tosedores crónicos; incluye la detección oportuna y el tratamiento supervisado de los casos confirmados y la de sus contactos; y el impulso a las medidas preventivas generales y específicas.

**Acciones:**

- Identificación de tosedores;
- Tratamiento primario;
- Estudio de contactos y medidas de protección;
- Tratamiento reforzado, y
- Educación para la salud.

**6.10 Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus**

La reducción de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial y diabetes mellitus implica inducir cambios en los estilos de vida, sin dejar de lado su detección oportuna y tratamiento adecuados, sobre todo en función de que su tendencia es creciente en la edad productiva.

**Acciones:**

- Detección de hipertensión arterial;
- Diagnóstico de hipertensión arterial;
- Tratamiento de casos de hipertensión arterial;
- Control de casos de hipertensión arterial;
- Educación para la salud en hipertensión arterial;
- Detección de diabetes mellitus;
- Diagnóstico de diabetes mellitus;
- Tratamiento de casos de diabetes mellitus;
- Control de casos de diabetes mellitus, y
- Educación para la salud en diabetes mellitus.

**6.11 Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones**

Dirigida a un problema de salud también creciente en diferentes grupos de edad, esta estrategia prevé el otorgamiento de los primeros auxilios en el caso de accidentes, pero especialmente la referencia para la atención adecuada y desde luego, el impulso a la educación y orientación tendientes a evitarlos.

**Acciones:**

- Otorgar, los primeros auxilios en caso de:
- Heridas;
- Quemaduras;
- Luxaciones;
- Fracturas no expuestas;
- Fracturas expuestas;
- Envenenamientos;
- Referencia de los casos, y
- Educación y promoción para la salud.

**6.12 Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud**

Esta estrategia se inscribe en el terreno de la promoción de la salud y participa en todas las demás intervenciones del Paquete Básico. Se fundamenta en la participación de la población a través de comités representativos y capacitados, su vinculación con autoridades y sectores del bienestar en favor de la salud, así como en brindar información a la población acerca de los recursos disponibles para la salud.

**Acciones:**

- Promoción de la participación social;
- Apoyo a las campañas de salud;
- Protección de las fuentes de abastecimiento de agua;
- Participación social en la producción y el aprovechamiento de los alimentos para el autoconsumo, el cuidado de la salud y el uso de los servicios, y
- Educación para la salud.

**6.13 Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino**

El cáncer cérvico-uterino ocupa, entre los procesos que involucran la presencia de tumores malignos, el primer lugar en incidencia. Asimismo, ocupa el tercero en relación a la mortalidad vinculada a neoplasias malignas en la población general. Entre los problemas de salud que atañen particularmente a la población femenina, el cáncer cérvico-uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, específicamente en el grupo de 25 a 64 años de edad. Se ha comprobado que con el estudio citológico cervical denominado Papanicolaou se eleva el diagnóstico oportuno y, por lo tanto, instaurar un tratamiento oportuno que propicia la disminución de manera importante de la mortalidad, por lo que este examen será el eje fundamental para su prevención y control.

**Acciones:**

- Identificación de población de riesgo;
- Detección oportuna;
- Seguimiento de resultados;
- Diagnóstico y referencia para su tratamiento al segundo y tercer niveles de atención, según el caso;
- Seguimiento y control, y
- Educación para la salud.

Estas acciones que contempla cada una de las intervenciones esenciales del Paquete Básico deben responder a la frecuencia de atención para cada grupo de edad, sexo y condición fisiológica que establecen las normas oficiales mexicanas para cada una. En este sentido, el siguiente cuadro resume estas recomendaciones generales:

Frecuencia de atención y acciones prioritarias por grupos de edad

-ESQUEMA OPTIMO-		
GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA DE REVISIÓN*	ACCIONES
• Menores de 4 meses	3 en el periodo (a los 7 y 28 días y a los 2 meses de nacido)	Imunizaciones, control del crecimiento, peso y talla.
• De 2 a 24 meses	8 (a los 4, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 24 meses) (en menores de 2 años una revisión mensual de peso y talla)	Imunizaciones, control de peso, talla y desarrollo; vigilancia de la alimentación y detección temprana de enfermedades.
• De 2 a 4 años	3 por año (1 cada 4 meses: 9 en total)	Imunizaciones, control del crecimiento, peso, talla, desparasitación y detección temprana de enfermedades.
• De 5 a 16 años	2 por año (1 cada 6 meses 24 en total)	Imunizaciones (según proceda); valoración del crecimiento y desarrollo; desparasitación y detección temprana de enfermedades.
• Adolescentes y Adultos (17-59 años)	1 por año	Salud reproductiva y planificación familiar; detección temprana de enfermedades.
• Mujeres embarazadas	5 prenatales	Orientación nutricional y vigilancia del desarrollo del embarazo; administración de hierro y toxoide tetánico.
• Mujeres en periodo de puerperio y lactancia	2 en el periodo (1 en puerperio inmediato y otra en el periodo de lactancia)	Planificación familiar; orientación nutricional; cuidados del recién nacido; fomento de la lactancia materna.
• Personas mayores de 60 años (ancianos y discapacitados)	1 por año	Detección temprana de enfermedades crónicas y neoplasias.

\* En los menores de 5 años detectados con algún grado de desnutrición, la revisión deberá ser mensual.

En suma, todos estos servicios del Paquete Básico, como se mencionó anteriormente, se otorgan de forma enteramente gratuita y constituyen un todo irreducible que debe aplicarse de manera integral a la población beneficiaria del Programa de Ampliación de Cobertura.

**7. Niveles de organización**

El referido programa es un esfuerzo descentralizado en el que la toma de decisiones locales y el ejercicio focalizado de los recursos propician la aplicación de estrategias y esquemas de operación en cada entidad federativa.

Asimismo, debido a su carácter nacional, la conducción del referido programa es responsabilidad de la SSA, que determina la normatividad<sup>3</sup> para su operación, misma que debe ser observada por las entidades federativas. La corresponsabilidad de las entidades en este esfuerzo, se concreta a través de la participación de los órganos responsables de salud en los estados. Del mismo modo, la participación de los municipios es esencial para configurar las redes locales de servicios a través del Programa de Ampliación de Cobertura, reforzar la disponibilidad de bienes materiales e insumos y garantizar el adecuado desarrollo de las actividades.

Por la naturaleza del citado programa, la participación de las comunidades y de las diversas instituciones agrupadas en el sector salud es crucial para el logro de los objetivos definidos. Esto implica establecer con claridad las atribuciones, funciones y responsabilidades de los distintos actores, así como delimitar con precisión los ámbitos de competencia local y nacional<sup>4</sup>.

**7.1 Secretaría de Salud**

La conducción del referido programa en el ámbito nacional, corresponde a la Dirección General de Extensión de Cobertura (DGECE) adscrita a la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y es la instancia responsable de coordinar la planeación, operación, control y evaluación de las acciones, así como de apoyar su desarrollo en todo el país; además establece interlocución entre las áreas administrativas, sustantivas y normativas centrales, con los órganos encargados de la salud en los estados, con otras dependencias del sector y de la administración pública en general.

Su ámbito de acción conjuga el impulso a la planeación y programación local; el apoyo y seguimiento operativo de dicho programa en el contexto comunitario; la asesoría y supervisión para el desarrollo de las funciones sustantivas y de apoyo; y la vigencia de las normas establecidas para la aplicación del programa.

Las funciones asignadas a la DGECE de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Interior de la SSA son las siguientes:

- Contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de los grupos vulnerables mediante el otorgamiento de un Paquete Básico, principalmente en las regiones prioritarias y a la población sin cobertura;
- Formular, difundir y coordinar las políticas, programas y estrategias en materia de extensión de cobertura de los servicios de salud;
- Propiciar la organización y participación social en beneficio de la salud de los grupos vulnerables;

3 Cfr. Normas oficiales mexicanas y normas técnicas de la Secretaría de Salud, México, D.O.F., 1994-1999; SSA, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, México, D.O.F., 6 de agosto de 1997; y, SSA, Sistematización operativa del Paquete Básico de Servicios de Salud, Documento informe de trabajo, México, 1998.

4 En este apartado el orden de atención de las diversas instancias participantes responde a una estructura jerárquica de líneas de mando, en el que cada responsable reporta y es supervisado por el nivel inmediato anterior.



- IV. Llevar el seguimiento de los avances en la ejecución de los programas que se le asignen, así como evaluar los resultados, vigilar la debida utilización de los recursos y proponer las medidas necesarias para corregir las desviaciones que se detecten;
- V. Asesorar a las entidades federativas y usuarios en general para la adecuada aplicación de los programas de extensión de cobertura;
- VI. Desarrollar y diseñar sistemáticamente los mecanismos necesarios para captar y valorar las demandas que la ciudadanía o las asociaciones civiles y privadas manifiesten;
- VII. Promover y coordinar la realización de cursos de capacitación en materia de supervisión y evaluación de los servicios básicos de salud, para la extensión de cobertura;
- VIII. Promover la participación de la comunidad para el autocuidado de la salud;
- IX. Apoyar el saneamiento básico a nivel familiar, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- X. Evaluar los avances en la extensión de la cobertura de la prestación de los servicios de salud a cargo de la Secretaría y de las entidades agrupadas administrativamente en el sector.

#### 7.2 Servicios de Salud Estatales

En correspondencia, las dependencias estatales de salud cuentan con una Unidad Coordinadora del Programa (UCP) que apoya la operación y aplicación del marco normativo del Programa de Ampliación de Cobertura; su programación y presupuestación con el concurso jurisdiccional y local y, en suma, articula e impulsa la organización, control y supervisión del programa en el contexto estatal.

#### 7.3 Unidad Coordinadora Estatal del Programa de Ampliación de Cobertura

La UCP es parte de la estructura orgánica de los servicios de salud de los estados y depende jerárquicamente de su titular. Su cometido, entre otros aspectos, consiste en facilitar la coordinación entre las instancias responsables de la planeación, operación y administración de los servicios de salud en los niveles central y local de cada estado. Esto facilita y asegura la revisión oportuna y sistemática de la gestión del referido programa dentro del Órgano de Gobierno de los Servicios de Salud en el Estado.

Las funciones de las UCP en los estados son las siguientes:

1. Promover, al interior de los servicios de salud en los estados, la coordinación local en materia de planeación, programación, supervisión y evaluación.
2. Establecer mecanismos de coordinación estatales con las diversas unidades administrativas de la institución y con otras dependencias del sector público, relacionadas con el Programa de Ampliación de Cobertura.
3. Impulsar la coordinación entre las dependencias de los gobiernos municipales y estatales para implantar y operar el programa.
4. Atender y dar seguimiento a la aplicación de todas las disposiciones y normas emitidas por la SSA vinculadas con el programa, promoviendo la convergencia y coordinación entre las áreas involucradas.
5. Observar la adecuada participación y aplicación de los recursos humanos, económicos y materiales de acuerdo con los criterios establecidos.
6. Informar, anualmente, sobre la ejecución y avance del programa a las instancias superiores de la SSA en los niveles central, estatal y local.
7. Proporcionar, oportunamente, a las jurisdicciones sanitarias los recursos necesarios para la realización de sus actividades.
8. Verificar la adecuada aplicación del presupuesto con apego irrestricto a los recursos autorizados, así como a las acciones y mecanismos establecidos.
9. Apoyar la gestión operativa de las jurisdicciones, a fin de garantizar el impacto de sus acciones y el logro de los objetivos del programa.

#### 7.4 Jurisdicción Sanitaria

La jurisdicción sanitaria es la instancia de instrumentación y operación de las tareas de ampliación de cobertura. En ella deben confluir los esfuerzos de las áreas técnicas y administrativas del nivel directivo de los estados; también en este nivel se precisan la organización local y el funcionamiento de la ampliación geográfica y funcional.

La convergencia y complementariedad operativa deben hacerse reales y efectivas en el ámbito de la jurisdicción sanitaria, por lo que es un requisito indispensable el apoyo entre responsables de programas para proporcionar las 13 intervenciones del Paquete Básico.

Todos los apoyos, las observaciones y recomendaciones normativas, las visitas de asesoría y supervisión, las acciones de capacitación y actualización del personal de salud, entre otras actividades de correspondencia estatal y jurisdiccional, deben ser condensadas y organizadas en forma institucional, con lo que podrá evitarse la pérdida de oportunidades y la competencia infructuosa de recursos entre programas prioritarios; de lo que se trata es de conformar un servicio único en forma de paquete integrado.

#### 7.5 Equipo Zonal de Supervisión

Los equipos zonales de supervisión (EZO), dependientes de la jurisdicción sanitaria, están constituidos por un médico, una enfermera y personal promotor. Su función consiste en dar seguimiento, llevar el control del programa y, cuando así se requiera, otorgar el Paquete Básico en una zona geográfica determinada<sup>5</sup>.

Así, los equipos zonales de supervisión también participan directamente en la aplicación del Paquete Básico, en la capacitación del personal comunitario e institucional y en la verificación del registro adecuado de datos en los sistemas de información preestablecidos sobre la operación de los servicios y la vigilancia epidemiológica simplificada. Estas actividades se realizan por lo menos una vez cada 15 días.

#### 7.6 Núcleo Básico de Servicios

La unidad funcional de los centros de salud y de las unidades móviles es el núcleo básico de servicios; este equipo de salud está conformado por un médico familiar o general y una o dos enfermeras. Las alternativas en caso de no contar con este núcleo serán: la sustitución del médico y la enfermera con pasantes de estas carreras, y con personal promotor en localidades donde no exista personal profesional.

Estos núcleos realizan acciones intramuros y extramuros para impulsar un mejor control y vigilancia de la salud en cada uno de los sectores de población bajo su responsabilidad. En las localidades de sus áreas de influencia cuentan con el apoyo de los auxiliares de salud y de los coordinadores comunitarios de salud para la aplicación del Paquete Básico.

#### 7.7 Equipo de Salud Itinerante

El Equipo de Salud Itinerante (ESI) está conformado por personal institucional: médico, enfermera, promotor polivalente y, en algunos casos, un odontólogo. Se trata de profesionales titulados o pasantes en servicio social debidamente acreditados, con excepción de las enfermeras, las cuales pueden tener el nivel de instrucción de auxiliares de enfermería.

Cada ESI tiene a su cargo una microrregión<sup>6</sup> en la cual desarrollan sus actividades los Coordinadores Comunitarios de Salud y las Auxiliares de Salud Comunitaria (ASC). Para cubrir su universo de trabajo, los ESI tienen definida una o más rutas, dependiendo de la accesibilidad y disponibilidad de vías y medios de comunicación, así como de la infraestructura disponible en la región, que es coincidente con el Modelo de Atención a la Salud propio de cada estado. En este sentido tienen bajo su responsabilidad de 10 a 15 localidades por ruta de servicio. Los ESI pueden ser de tres tipos:

- I. Brigada ambulante. Recorre sus rutas a pie para atender en promedio 10 comunidades o localidades en un promedio de 8 días, permaneciendo en su localidad sede 4 días para efectuar trabajos de gabinete y preparar su nuevo recorrido. Descansa 3 días.
- II. Brigada motorizada o unidad móvil. Recorre en vehículo las rutas para atender de 10 a 15 localidades en un promedio de 10 días, permanece en su localidad sede 2 días para trabajo de gabinete y preparación de su nuevo recorrido y descansa 3 días.
- III. Brigada mixta. Utiliza ambos medios de desplazamiento para cubrir, en promedio, a 10 localidades en una frecuencia de 10 días aproximadamente, permanece 2 días en su localidad sede para efectuar trabajo de gabinete y preparación de su nuevo recorrido, descansando 3 días.

5 La zona geográfica se define en función de su topografía y extensión, la cual puede abarcar una fracción de municipio o varios municipios.

6 La microrregión se entiende como un territorio que se establece con base en criterios demográficos, culturales y de accesibilidad geográfica dentro de un municipio, donde residen, en promedio, 500 familias (2,500 a 3,000 habitantes) de una o varias localidades de características socioculturales similares. Esta población puede o no disponer de recursos formales para la atención de sus necesidades de salud, en un lapso mayor de una hora de distancia por los medios habituales de transporte.

La definición del tipo de equipo de salud se establece en función de las vías de acceso, las características geográficas de las áreas de responsabilidad, la estacionalidad y de la distancia existente entre las localidades sede (donde pueden permanecer y resguardar los insumos) y las subseles (donde se concitan los núcleos de población para su atención).

Las funciones de los ESI son:

1. Apoyar, asesorar y supervisar el trabajo del Coordinador Comunitario de Salud y de la Auxiliar de Salud Comunitaria que se encuentra bajo su responsabilidad (microrregión).
2. Coordinar la programación de las actividades en la microrregión bajo su responsabilidad.
3. Participar en la capacitación de los coordinadores y de los auxiliares de salud comunitarios.
4. Coordinarse con las diferentes áreas de la jurisdicción sanitaria para la programación, información y evaluación de las acciones realizadas.
5. Reforzar y vigilar la atención médica a la población en las localidades de sus rutas, así como asesorar y orientar a la población en general sobre el saneamiento familiar y del medio ambiente.
6. Abastecer oportunamente el cuadro básico de medicamentos y material de curación, tanto el propio como el del personal bajo su responsabilidad.
7. Trasladar o gestionar el traslado de pacientes en condiciones críticas de salud a unidades con mayor capacidad resolutive.
8. Apoyar y participar en la detección y control de brotes epidémicos.
9. Recabar y emitir información actualizada, oportuna, veraz, suficiente y homogénea de las actividades realizadas y la referente a la aplicación de los recursos.

#### 7.8 Coordinador Comunitario de Salud

El Coordinador Comunitario de Salud (COC) cubre una circunscripción territorial que comprende de ocho a diez Auxiliares de Salud Comunitarios, en promedio, a quienes visita por lo menos una vez al mes, acorde con los circuitos y el programa de visitas preestablecidos.

Las funciones de los COC son las siguientes:

1. Apoyar las tareas de promoción, prevención y atención de los ASC y los Comités de Salud locales para otorgar el Paquete Básico de Servicios de Salud.
2. Capacitar y asesorar en servicio a los ASC que se encuentran en su microrregión.
3. Abastecer oportunamente el cuadro básico de medicamentos y material de curación a los auxiliares.
4. Asesorar al auxiliar de salud sobre el uso adecuado y los cuidados del instrumental y equipo médico.
5. Atender los problemas de salud que se presentan en la población, que rebasan el ámbito de competencia de los ASC y dejar instrucciones para el seguimiento del tratamiento.
6. Referir a los pacientes que requieren la atención en unidades de salud con mayor capacidad resolutive.
7. Asesorar a los ASC en el correcto llenado de la información sobre los servicios de salud y vigilancia epidemiológica simplificada, para posteriormente recabar información operativa, de vigilancia epidemiológica, así como las necesidades de abastecimiento de medicamentos, material de curación y recursos adicionales.
8. Participar en las reuniones del comité de salud.
9. Establecer la coordinación necesaria con las autoridades municipales, comunitarias y jurisdiccionales para la operación del programa.

#### 7.9 Auxiliar de Salud

La Auxiliar de Salud Comunitaria (ASC) constituye el agente principal de la ampliación de la cobertura, a través de las actividades de promoción, prevención, algunas tareas asistenciales sencillas y la referencia de casos que se le han definido en el Paquete Básico. Su responsabilidad central es impulsar la cultura de la salud y la participación social en el programa, mediante el fortalecimiento de los comités de salud locales y la participación informada de la comunidad.

La participación del ASC para la aplicación del Paquete Básico, se centra en cuatro actividades fundamentales: 1) Definición del universo bajo su responsabilidad; 2) Visitas domiciliarias; 3) Convocatoria a la participación social; y 4) Coordinación con el Comité de Salud y las autoridades locales.



Las funciones generales del ASC son las siguientes:

1. Contribuir a desarrollar una cultura de la salud.
2. Realizar periódicamente acciones de promoción, prevención, atención médica básica y de saneamiento comunitario, de acuerdo a lo señalado en el Paquete Básico y con base en la capacitación y la supervisión recibidas.
3. Elaborar el croquis de la localidad, especificando la ubicación de las viviendas, los grupos vulnerables, vías de acceso y tiempos de recorrido.
4. Realizar anualmente el censo nominal de las familias de su comunidad, identificando a los niños menores de 5 años, a las mujeres embarazadas y en período de lactancia. Esta información se anota en la ficha familiar.
5. Participar en la elaboración anual del diagnóstico de salud de la localidad, en forma conjunta con el médico, la enfermera y el personal promotor.
6. Elaborar diariamente su reporte de actividades y el informe de vigilancia epidemiológica correspondiente.
7. Participar en el Comité de Salud y mantener coordinación con las autoridades locales, municipales y de la jurisdicción sanitaria para la solución de problemas de salud.
8. Promover en la comunidad la asignación de un local que funcione como Casa de Salud para brindar atención y, a su vez, sirva de resguardo de medicamentos, material de curación, equipo e instrumental médico.
9. Convocar a grupos específicos de la comunidad para impartir temas sobre salud individual, familiar y comunitaria.
10. Registrar los datos correspondientes a los sistemas de información de servicios de salud y vigilancia epidemiológica.
11. Realizar mensualmente el control de insumos para la salud que emplea y solicitar su reabastecimiento.

#### 8. Proceso de operación

##### 8.1 Modalidades de ampliación de cobertura

A partir de las diversas experiencias de la SSA y de las pautas técnicas establecidas en el MASP se formuló el esquema de operación del Programa de Ampliación de Cobertura que permite reforzar y articular los recursos institucionales y comunitarios, con la finalidad de aumentar la capacidad operativa y la cobertura del primer nivel de atención para ofrecer servicios esenciales de salud, con calidad y oportunidad, a la población de las áreas rurales e indígenas sin acceso regular a los mismos.

El esquema de operación parte de un conjunto de recursos humanos y físicos, estratificados por funciones y diferentes niveles de complejidad técnica y depende del grado de presencia y articulación de los servicios institucionales con las capacidades de las comunidades. De esta forma se integran redes de servicios bajo la orientación y control de las jurisdicciones sanitarias, con el propósito de otorgar el Paquete Básico: 13 acciones prioritarias de promoción, prevención, curación y rehabilitación dirigidas al individuo, la familia y la comunidad.

Con fines metodológicos el esquema de operación se considera bajo dos modalidades que se vinculan para complementarse estratégicamente: a) ampliación geográfica y b) ampliación funcional.

La ampliación geográfica consiste en llevar los servicios indispensables de salud que incluye el Paquete Básico a las comunidades más dispersas y marginadas que no tienen acceso permanente a los servicios de salud, las cuales están constituidas en su mayoría por menos de 500 habitantes y, en términos generales, se encuentran o localizan a más de una hora de distancia—por los medios habituales de transportación de los beneficiarios—de la unidad de atención establecida. A través de la ampliación geográfica se extiende la red de servicios de salud para población abierta, con el fin de atender a los grupos prioritarios, sobre la base de conjugar los recursos institucionales (equipos de salud de unidades fijas y móviles y el personal técnico en salud) con los comunitarios (auxiliares de salud y casas de salud comunitarias).

En este contexto, las acciones de atención a la salud implican tanto la visita domiciliar continua del personal institucional y comunitario, como el traslado de las familias y, en su caso, de pobladores individuales, a una localidad cercana, bien sea sede o subse de donde se ofrecen los servicios de salud.

La ampliación funcional consiste en el fortalecimiento de las unidades de salud existentes pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud que atienden a la población beneficiaria del citado programa; considerando la rehabilitación, conservación y mantenimiento de los inmuebles, el reforzamiento de la logística y abasto de

insumos, la contratación y capacitación de personal profesional y técnico para la ampliación de horarios de servicio, así como la participación social para la conservación y utilización efectiva de la capacidad instalada. Es un medio para fortalecer la capacidad resolutoria de las unidades de salud y la acción intramuros del personal médico, así como para implantar la práctica sistemática extramuros en el otorgamiento del Paquete Básico a la población de sus áreas de responsabilidad.

Si bien las dos modalidades de ampliación de cobertura varían por su ámbito de aplicación, la metodología de trabajo comunitario y la aplicación del esquema del Paquete Básico son esencialmente las mismas.

En este sentido, ampliar la cobertura de servicios de salud representa un reto de adecuación de los esquemas de organización y funcionamiento vigentes del primer nivel de atención. Se requieren modificaciones que aseguren el acceso cultural, económico y geográfico de la población a los servicios, poniéndolos realmente a su alcance. Por tanto, los servicios se deben organizar de tal manera que sea posible brindarlos con oportunidad y en forma continua para lograr su aceptación y permanencia entre la población, con esquemas simplificados, de bajo costo y alto impacto en salud.

#### 8.2 Incorporación de Localidades

- Una vez determinadas las localidades sin acceso a los servicios de salud que se incorporan al programa, el personal jurisdiccional establece contacto con las autoridades municipales y con los representantes de las comunidades que se beneficiarán con el programa, a fin de convenir su aceptación, dárles a conocer los objetivos y forma de operar de los servicios de salud que se les otorgarán.

- Posteriormente, se acuerda con los habitantes de las localidades su participación para que en asamblea comunitaria se elija el auxiliar de salud, se proceda a la integración o ratificación del comité de salud y, en los casos donde no hay centro de salud, se defina un local para que funcione como Casa de Salud. Todo ello, para asegurar el otorgamiento del Paquete Básico. En todos los casos se levantan actas donde se formalizan los acuerdos de la asamblea comunitaria y se asientan los compromisos y la participación del personal de salud.

- En el marco de los Acuerdos de Coordinación, los servicios de salud en los estados proceden a la selección, contratación y capacitación del personal que reforzará o integrará los equipos de salud; asimismo, se determinan las necesidades de equipamiento, instrumental médico e insumos para la salud, definiéndose áreas de responsabilidad y rutas de servicios.

#### 8.3. Clasificación de localidades y aplicación del Paquete Básico.

Dentro del esquema de operación, cada equipo de salud se responsabiliza de vigilar y atender tanto a la población ubicada en la localidad sede de la unidad, como a la que reside en las localidades de su área de influencia. Para tal efecto, cada área debe estar claramente delimitada en un conjunto de mapas municipales y de localidades (croquis) que cubren las unidades de salud y los equipos de salud itinerantes. Ello implica identificar diferentes tipos de localidades de acuerdo a su área de influencia. Estas se han clasificado de la siguiente manera:

- A. Localidades sede en la que se ubica el centro de salud;
- B. Localidades de área de influencia de la localidad tipo A;
- C. Localidad que no cuenta con un centro de salud pero es visitada por un ESI o por un COC, y
- D. Localidad atendida por la Auxiliar de salud en donde sus habitantes pueden acudir a una localidad C para ser atendida por un ESI.

Para el manejo de esta clasificación se procede a identificar las localidades seleccionadas conforme al procedimiento descrito en el apartado cuatro, de acuerdo al tipo de ampliación de servicios que requieren (funcional o geográfica).

El proceso de operación se desarrolla en forma complementaria entre las modalidades de ampliación geográfica y funcional, ya que se establece un sistema de referencia de pacientes entre las localidades tipo B, C y D quienes remiten, cuando así es necesario, a las unidades de salud que se encuentran en las localidades tipo A, aquellos casos cuya complejidad ameritan servicios con mayor capacidad resolutoria.

##### Localidades A y B

- En el caso de las localidades tipo A y B, atendidas bajo la modalidad de ampliación funcional, la población tiene que acudir al Centro de Salud para recibir la atención médica y las pláticas de orientación y educación para la salud. Complementariamente, los equipos de salud realizan visitas periódicas a las comunidades y a los domicilios de las familias para completar la entrega del Paquete Básico con el apoyo del ASC.

- En estas localidades se actualiza el diagnóstico de salud a través del equipo de salud y el ASC; así como el de infraestructura que realizan las jurisdicciones sanitarias, el cual toma como base los Planes Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para Población Abierta.

- Con base en esta información, se establecen prioridades y se programan las acciones para ampliar, fortalecer y optimizar la capacidad de la red de servicios en el primer nivel de atención. Así, en cada caso se define el tipo de apoyo, ya sea de obra nueva, acciones de conservación y mantenimiento o, bien, de asignación de recursos humanos, de equipamiento y mobiliario, así como de ampliación de horarios y días de servicio.

- Las acciones básicas de reforzamiento de infraestructura y equipamiento que se realizan a la unidad de salud tienen el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta para atender tanto a las localidades A como a las localidades B, ya que estas últimas no obstante que se encuentran a menos de una hora de distancia de la unidad de salud más cercana, no reciben los servicios adecuados debido a carencias o limitaciones de orden técnico, humano o material.

- La ampliación funcional, como acción complementaria, establece como prerequisite vincular los recursos de los servicios estatales de salud con este reforzamiento presupuestal, con el fin de evitar duplicaciones y traslapes. De esta forma se realiza una acción sinérgica entre fuentes de financiamiento.

##### Localidades tipo C y D

- Como en el caso de las localidades A y B, la primera tarea es elaborar o actualizar el diagnóstico de salud. Para este tipo de localidades (C y D) su atención se realiza bajo la modalidad de ampliación geográfica. En este caso, la atención a la salud se realiza a través de las visitas que los equipos de salud itinerantes efectúan con base en un cronograma de servicio que se elabora y actualiza en forma mensual, en donde se identifican rutas precisas de recorrido.

- Las rutas y cronogramas de servicio se seleccionan en función de tres criterios: a) Identificación de vías de acceso (caminos transitables de acuerdo a topografía y barreras naturales); b) Ubicación de las localidades dispersas de una determinada zona, para agruparlas bajo el recorrido de una ruta; y, c) Tiempos, distancias y cantidad de población que puede acceder a una subse de trabajo de los ESI, elegida por facilitar el acceso y conjuntar a la población más dispersa en un punto geográfico conveniente.

- Las visitas se realizan, en promedio, dos veces al mes en cada localidad. Para ello los ESI se coordinan previamente con el personal auxiliar comunitario, con quien programan dichas visitas para que las familias y comunidades estén debidamente informadas al respecto, con al menos una semana de antelación.

- En caso de urgencias o contingencias, los equipos son notificados en el lugar donde se encuentran laborando vía radio-comunicación. Para su respuesta se coordinan con las jurisdicciones sanitarias, en donde se determinan los cursos de acción consecuentes, se elige a la brigada o equipo más cercano a la zona y se establecen medidas para responder integralmente a tales contingencias, previendo la coordinación con otras instituciones de salud y la preparación y aviso a otras unidades o niveles de atención a la salud requeridos para el efecto, que por su cercanía constituyan y aseguren alternativas inmediatas.

- Específicamente en las localidades tipo D, donde no asisten los ESI a proporcionar la atención periódica institucional, el personal auxiliar de salud comunitario apoya la atención continua de las poblaciones—con el respaldo y asesoría del ESI—, a quienes ofrece los servicios de prevención, detección de problemas, cuidados básicos y promoción de la salud individual y comunitaria, con base en la sistematización operativa del Paquete Básico. En términos generales, la población que requiere atención de los ESI debe acudir a las localidades tipo C.

#### 8.4. Actividades complementarias

La instrumentación del Programa de Ampliación de Cobertura se realiza a través de diversas actividades complementarias para asegurar su implantación y correcta aplicación, entre las que se encuentran:

- Promover la identidad del programa y su eficiencia operativa a través de un plan de medios que permita elaborar y difundir materiales de comunicación dirigidos a tres grupos objetivo: 1) Los beneficiarios de los servicios de salud, quienes requieren una adecuada orientación para el



autocuidado de la salud, 2) Personal comunitario, no necesariamente alfabetizado e integrante de las comunidades beneficiarias del Programa de Ampliación de Cobertura, y 3) El personal institucional y sectorial de nivel directivo.

- Incorporar y capacitar al personal médico, paramédico, de apoyo y auxiliares de salud necesario para otorgar los servicios del Paquete Básico con calidad creciente y homogénea, a través de fortalecer sus conocimientos, habilidades y destrezas para llevar a cabo sus funciones.
- Realizar acciones sistemáticas de supervisión y asesoría en servicio, en los diferentes niveles del programa, para mejorar el desempeño del personal institucional y comunitario.
- Asegurar el funcionamiento y uso adecuado de las unidades fijas y móviles, así como de los equipos de radio-comunicación para reforzar el esquema de apoyo de la red de servicios del primer nivel y la referencia de los pacientes que ameritan atención en el segundo nivel.
- Transmitir a la población la información en salud y los factores condicionantes —ambientales, alimentarios, hábitos, educación, y vivienda, entre otros—, a fin de fortalecer su participación organizada con los grupos sociales y las instituciones gubernamentales, de acuerdo con los principios de horizontalidad y planeación local en que se sustenta el Programa de Ampliación de Cobertura.
- Realizar pláticas y demostraciones destinadas a la población usuaria, presentando la información en forma accesible, respetando la cultura local y apoyándose en los materiales expresamente diseñados con este fin.
- Fortalecer y apoyar la organización de los comités de salud y capacitarlos para su plena participación en el referido programa.
- Coordinar acciones operativas con el IMSS—Solidaridad y con otras instituciones locales y federales (como SEDESOL e INI), quienes también cuentan con personal auxiliar comunitario para vincular acciones de apoyo al bienestar social y la salud.

#### 9. Programación y Presupuestación

Considerando que el referido programa es responsabilidad de la SSA, la acción programática-presupuestal del programa, está contemplada en los programas especiales de la propia Secretaría, conforme al Catálogo de Categorías Programáticas de la Administración Pública Federal.

Por la trascendencia y características propias del Programa de Ampliación de Cobertura, la Secretaría de Salud, conforme a sus atribuciones delegó a la DGECS su ejecución, por tanto, la instrumentación de las acciones de programación-presupuestación del programa son responsabilidad de esta Dirección General, quien debe observar que exista una justa correspondencia entre las necesidades que en materia de salud presenta la población objetivo o meta y la asignación de recursos fiscales.

Como una de las principales características del referido programa es impulsar y llevar a la práctica un ejercicio descentralizado de los recursos, la primera etapa de la planeación, tiene su origen en el nivel jurisdiccional. Es en este nivel y conforme a criterios normativos centrales y estatales, en donde se identifican y determinan las necesidades de la población objetivo.

Las acciones de programación-presupuestación están basadas en:

- La población objetivo a atender;
- La selección de los grupos y familias de mayor riesgo;
- El diagnóstico de salud;
- El análisis del estado que guarda la infraestructura y los recursos humanos y materiales existentes, y
- La presencia/convergencia con otros programas federales que otorguen apoyos equivalentes.

Con lo anterior, se prevé que la programación de los recursos a distribuir del erario federal, estén sustentados conforme a los requerimientos locales, sin embargo, esto es con fines de planeación, ya que es en el nivel central y tomando como base criterios normativos, donde se realiza la acción de programación.

Con la información antes referida, la DGECS está en posibilidades de cuantificar a nivel de cada entidad, los recursos a distribuir para las acciones del Programa, y que serán solicitadas a la H. Cámara de Diputados en el PEF.

El PEF del Programa de Ampliación de Cobertura contiene los recursos de erario federal que serán distribuidos a nivel de programa para cada entidad federativa por tipo de gasto (operación y de capital), así como la estacionalidad del gasto (calendario) conforme al cual el Gobierno Federal radicará mensualmente los recursos para la operación del programa.

Los criterios generales para la asignación del presupuesto entre las entidades federativas son:

- Los recursos necesarios para mantener la operación de la cobertura alcanzada;
- Los recursos adicionales requeridos para la ampliación de cobertura a nueva población sin acceso, y
- Capacidad de ejercicio del gasto y grado de eficiencia presupuestal<sup>7</sup>.

Con el propósito de conseguir una distribución equitativa del presupuesto a las diferentes entidades, también se analiza el comportamiento de una asignación presupuestal por cada habitante que se incorpora al Programa de Ampliación de Cobertura y el monto que representa en cada entidad federativa, y entre cada una de ellas, conseguir su meta poblacional preestablecida, para hacer proporcional el presupuesto, con el incremento de población objetivo del referido programa.

La combinación de estos criterios para conformar un Modelo de asignación presupuestal por entidad federativa es una tarea que se encuentra en desarrollo y que se espera concluir en el segundo semestre del presente año.

#### 10. Seguimiento y Evaluación

El Programa de Ampliación de Cobertura desde su conceptualización original, ha considerado como parte fundamental de su operación el obtener una metódica, consistente y fidedigna medición de sus componentes como el medio para conocer el alcance de las acciones desarrolladas. La medición que se realiza permite controlar los procesos involucrados ya que al conocer la dirección e intensidad de los cambios que se presentan como resultado de la intervención de dicho programa en los estados hace posible, por una parte, dar continuidad y mejorar las acciones y, por otra, identificar y corregir las desviaciones que se presentan.

El seguimiento de las acciones derivadas del referido programa permite conocer con oportunidad sus alcances en cuanto a cobertura, productividad, disponibilidad de recursos y mejoramiento de la calidad de la atención. Este seguimiento se lleva a cabo con un conjunto de indicadores construidos a partir de las acciones consideradas en el Paquete Básico y cuya fuente de información la constituyen las bases de datos generadas por el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Los indicadores que se evaluarán trimestralmente son los siguientes:

Indicadores de seguimiento
No. de pláticas de mejoramiento del medio
Promedio de asistentes por plática de mejoramiento del medio
No. de consultas de planificación familiar
No. de usuarias activas de planificación familiar
Porcentaje de usuarias menores de 20 años
Promedio de consultas/usuario activa de planificación familiar
No. de consultas a embarazadas
No. de partos atendidos
No. de consultas de grado nutricional a menores de 5 años
No. de dosis de Sabin aplicadas
No. de dosis de DPT aplicadas
No. de dosis de toxoide tetánico aplicadas
No. de dosis de BCG aplicadas
No. de dosis de antiscarampiosa aplicadas
No. de consultas por diarrea aguda
Promedio de sobres de hidratación oral repartidos/consulta
No. de tratamientos antiparasitarios otorgados
No. de consultas por infecciones respiratorias agudas
No. de casos de tuberculosis pulmonar en tratamiento
No. de detecciones de hipertensión arterial realizadas

7. Se refiere a la capacidad de ejercicio o de gasto que tienen los Servicios Estatales de Salud para cumplir, en tiempo y forma, en el periodo anual con el presupuesto autorizado y las metas comprometidas, en relación con el modelo de operación adoptado para la aplicación completa del Paquete Básico.

No. de casos en control de hipertensión arterial
No. de detecciones de diabetes mellitus realizadas
No. de casos en control de diabetes mellitus
No. de detecciones de cáncer cervicouterino
No. de detecciones de cáncer mamario

Aun cuando por el momento los reportes generados por el SISPA no diferencian las unidades médicas que pertenecen al Programa de Ampliación de Cobertura, se encuentran en proceso los mecanismos que llevarán a tal diferenciación de la información. Se ha programado que esta información esté disponible en el cuarto trimestre de 1999.

La medición continua del funcionamiento del referido programa tiene como finalidad realizar los ajustes necesarios para mejorar el uso de los recursos disponibles para su operación. Asimismo, el análisis de las acciones, hace posible valorar, objetivamente sus avances y limitaciones, así como aquellos factores que intervienen en su realización.

Como parte importante de la evaluación se establece la realización de tres estudios de gran magnitud: el diagnóstico basal aplicado en 1995, el intermedio o de medio camino— realizado en 1998 y el final a efectuarse en el año 2000. Como complemento de estos estudios se estableció que en los años intermedios a la realización de los mismos, se efectuaran evaluaciones anuales con un nivel de complejidad menor al considerado para los tres estudios mencionados.

Entre los componentes considerados para la evaluación se incluyen la estimación del grado de avance en el mejoramiento de la capacidad operativa y de la calidad de la atención; la cobertura de los servicios, el avance de la infraestructura, la participación comunitaria, la capacitación del personal, así como la conservación y el mantenimiento de las unidades.

Las acciones del Programa de Ampliación de Cobertura tienen como objetivo ampliar la cobertura de servicios de salud a la población sin acceso regular a éstos y, en consecuencia, producir cambios en el estado de salud de la población a través del combate a los agentes que alteran sus condiciones de bienestar.

Para conocer el impacto del Programa de Ampliación de Cobertura se considera en primera instancia, el medir la cobertura de población que recibe los servicios de salud, y en segunda, conocer el estado de salud de la población objetivo, antes y después de llevar a cabo las acciones definidas en el Programa de Ampliación de Cobertura.

La complejidad de medir el impacto de las acciones del Programa de Ampliación de Cobertura depende de varios factores: que el nivel de salud de la población se asocia con aspectos sociales, económicos y geográficos, y no sólo con la disponibilidad de los servicios de salud; de la falta de registros de información o insuficiencia de los mismos; y, que los efectos de las acciones del programa se hacen evidentes a largo plazo.

Por lo anterior, se recomienda utilizar los siguientes indicadores, los cuales se obtendrán con periodicidad trimestral.

Indicadores de impacto
Cobertura de servicios de salud (miles de personas)
Promedio de consultas/embarazada
Promedio de consultas de grado nutricional/niño menor de 5 años
Porcentaje de casos de niños menores de 5 años con desnutrición
Porcentaje de casos de infecciones respiratorias tratadas con antibióticos
Porcentaje de tratamientos de tuberculosis pulmonar terminados
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

#### 11. Contraloría social

La participación responsable e informada de la sociedad es un requisito indispensable para la pertinencia, transparencia e impacto de dicho programa. Para lograr su eficaz desarrollo, las jurisdicciones sanitarias y los equipos de salud promoverán, en sus respectivos niveles de responsabilidad, el diálogo permanente con las autoridades de gobierno y con los representantes y líderes naturales de las comunidades.



Por contraloría social se entiende la participación de la población en diversos aspectos de la planeación, ejecución y evaluación de los servicios, través de los comités de salud y en reuniones comunitarias específicas. Algunos ejemplos de lo anterior son la participación de los comités de salud en el cuidado y administración de insumos en las casas de salud comunitarias, o la intervención de la población para definir las localidades, barrios y familias sobre las que se emprenderán acciones de saneamiento ambiental, letrización o educación para la salud.

También son mecanismos de contraloría social la opinión comunitaria sobre la actuación del personal de salud institucional y comunitario, la evaluación acerca de la participación de la propia población; la revisión con la comunidad sobre los resultados del Programa de Ampliación de Cobertura o el avance de los proyectos de letrización, potabilización del agua o producción de alimentos, entre otros aspectos.

La promoción y la contraloría social en salud exigen agilizar el funcionamiento de los comités locales y municipales de salud, para encauzar la acción social en la definición de los problemas y la búsqueda de aquellas soluciones que conjuguen los recursos comunitarios, gubernamentales, del sector salud y todos aquellos relacionados con el desarrollo del programa.

Los Comités de Salud son los representantes de la comunidad y su interlocutor en el ejercicio de la contraloría social. Por ello, se deberá constatar su representatividad y, a su vez, que estén debidamente representados en los comités municipales de salud. También se favorecerá la estrecha relación entre los ASC y los Comités de Salud, a fin de que se apoyen mutuamente en el desarrollo de sus actividades.

Para el mejor desempeño de estas actividades se desarrollarán programas de capacitación específicos para los comités y auxiliares de salud, que incluyan la jerarquización de los problemas, la planeación, ejecución y seguimiento de los proyectos, así como la gestión y el manejo de los recursos, adecuando la didáctica a la cultura y nivel educativo de sus integrantes, tal como se señaló en el capítulo relativo a capacitación.

Los comités mantendrán una doble vía de coordinación: con la comunidad, para informar a ésta de los avances del programa y del manejo de los recursos; con el personal institucional y las autoridades municipales, presentando las iniciativas comunitarias en salud, y gestionando los recursos necesarios. Los ASC deberán participar activamente en todas estas actividades.

Con las acciones de promoción y contraloría descritas, se persigue:

La participación organizada de la sociedad, de los sectores del bienestar social y de los gobiernos locales en el mejoramiento de los niveles de salud de la población objetivo de las comunidades consideradas, de acuerdo con los objetivos del Programa de Ampliación de Cobertura.

La articulación armónica del personal de salud—institucional y comunitario—con la población beneficiada por el programa, para imprimir mayor eficiencia y eficacia en las tareas establecidas.

El impulso a la descentralización de los servicios con la participación social en la vigilancia del manejo de los recursos y la evaluación de su destino final.

Responsabilidad estatal, jurisdiccional y local.

En el nivel estatal, este proceso se impulsa desde los propios órganos responsables de la salud pública en las entidades, lo mismo que en el seno de los COPLADE y, desde luego, a través de las acciones de coordinación y concertación directa con autoridades de gobierno, con otros sectores del bienestar y con organizaciones sociales, tanto altruistas como privadas. En el contexto jurisdiccional, las autoridades de salud establecen coordinación y formalizan acuerdos con sectores del bienestar, autoridades municipales, grupos de autoayuda y organizaciones no gubernamentales y comunitarias.

En el nivel local estas acciones corresponden a los responsables de las unidades de salud, al personal de los equipos itinerantes, a las ASC y a los comités de salud, los cuales interactúan con instancias semejantes a las del nivel jurisdiccional, existentes en las localidades.

#### TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Con la finalidad de dar continuidad a los Lineamientos contenidos en el presente Acuerdo, éstos serán aplicables, en lo conducente, en tanto no se emitan otros.

México, Distrito Federal, a los treinta y un días del mes de marzo de mil novecientos noventa y nueve.—El Secretario de Salud, **Juan Ramón de la Fuente**.— Rúbrica.

## SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

### ACUERDO a través del cual se establecen las Reglas de Operación e Indicadores del Programa de Becas de Capacitación para Desempleados.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.— Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

MARIANO PALACIOS ALCOCER, Secretario del Trabajo y Previsión Social, con fundamento en los artículos 16 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 6 fracciones I y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y 68 y 73 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1999, y

#### CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece como uno de sus objetivos, elevar el potencial productivo de la fuerza laboral y motivar su desarrollo para alcanzar el crecimiento sostenido de la producción. En congruencia con el referido Plan, el Programa de Empleo, Capacitación y Defensa de los Derechos Laborales 1995-2000 propone fortalecer los programas y las acciones tendientes a la capacitación de la fuerza de trabajo en activo y desempleada, así como el mejoramiento de la productividad en los centros de trabajo.

Que con el fin de contribuir al cumplimiento de lo señalado en los instrumentos antes mencionados, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social opera el Programa de Becas de Capacitación para Desempleados (Probecat), el cual se realiza en coordinación con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal, y tiene como objetivos incorporar a una parte de la población subocupada o sin empleo a procesos de capacitación para adquirir conocimientos y habilidades, actualizar, mejorar y/o reconvertir su adiestramiento a fin de que tenga acceso a un empleo y proveerle de un ingreso equivalente al salario mínimo regional durante el proceso de capacitación.

Que el Programa opera con recursos transferidos a los estados por la Federación y se rige por una normatividad que es necesario transparentar y hacer del conocimiento público, especialmente de su población objetivo, ya que debe ser observada por los Servicios Estatales de Empleo que son las instancias encargadas de su ejecución en las entidades federativas.

Que en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1999 se establece que las dependencias y entidades deberán elaborar sus reglas de operación e indicadores de evaluación de las transferencias de recursos que realicen, con el fin de asegurar que éstas se apliquen de manera efectiva para alcanzar los objetivos y metas contenidos en los programas autorizados, así como a la población objetivo de los mismos.

Que en términos del artículo 73 del Presupuesto de Egresos antes citado, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó las Reglas de Operación e Indicadores del Programa de Becas de Capacitación para Desempleados, emitidas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, para llevar a cabo su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*, he tenido a bien expedir el siguiente:

#### ACUERDO A TRAVÉS DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN E INDICADORES DEL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACIÓN PARA DESEMPLEADOS

UNICO.— La Secretaría del Trabajo y Previsión Social expide las Reglas de Operación e Indicadores del Programa de Becas de Capacitación para Desempleados, de acuerdo con lo previsto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1999, que son las siguientes:

#### REGLAS DE OPERACIÓN E INDICADORES DEL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACIÓN PARA DESEMPLEADOS

En términos de lo dispuesto por los artículos 68 y 73 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para 1999, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) presenta las Reglas de Operación e Indicadores del Programa de Becas de Capacitación para Desempleados (Probecat), el cual contribuye al cumplimiento de los objetivos generales trazados en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y de los específicos y líneas de acción del Programa de Empleo, Capacitación y Defensa de los Derechos Laborales.

El Programa opera de manera descentralizada en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; para ello, en el marco de los Convenios de Desarrollo Social que anualmente celebra el Ejecutivo Federal con los Ejecutivos de los estados, se firman anexos de ejecución en los que se establecen los lineamientos de operación del Probecat en las entidades federativas.

En este contexto, la STPS, por conducto de la Dirección General de Empleo (DGE), vincula a los agentes que intervienen en el mercado de trabajo, para elevar y mejorar las posibilidades de ocupación de la población desempleada y subempleada, con el propósito de coadyuvar al crecimiento económico y del empleo que requiere el país.

#### 1. Descripción general del PROBECAT

El Probecat tiene como objetivo proporcionar capacitación para el trabajo a la población desempleada y subempleada para que obtenga la calificación requerida por el aparato productivo, con el propósito de facilitar su acceso al empleo. El Programa hace especial énfasis en la atención de personas con mayores dificultades para incorporarse a las oportunidades de empleo, así como de integrantes de grupos productivos de escasos recursos. Las definiciones de los principales conceptos relacionados con el Programa se presentan en el Anexo 1.

El Probecat fue creado en 1984 y opera en el marco del Servicio Nacional de Empleo (SNE), el cual fue constituido en 1978 a partir de las reformas a la Ley Federal del Trabajo; está integrado por los Servicios Estatales de Empleo (SEE), dependientes de los gobiernos estatales, que se encargan de la ejecución de los programas, y por la STPS, que por conducto de la DGE proporciona métodos, procedimientos, asistencia técnica, recursos a los SEE para su operación, así como el monitoreo, seguimiento y evaluación del Programa.

Dentro de las funciones básicas del SNE se encuentran las de orientar a los buscadores de empleo hacia los puestos de trabajo vacantes, auxiliar a las empresas para cubrir sus necesidades de personal y proporcionar orientación y capacitación a las personas desempleadas para mejorar sus posibilidades de encontrar un empleo o trabajar por cuenta propia.

Los SEE son las instancias encargadas de la operación del Probecat en cada entidad federativa y dependen de los gobiernos de los estados. En conjunto, los SEE cuentan con 134 oficinas. Adicionalmente, se dispone de 51 unidades móviles con el fin de hacer llegar el servicio a zonas conurbadas de las ciudades, así como a pequeñas localidades y áreas rurales.

La coordinación de acciones entre el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas para la ejecución de dicho Programa, se lleva a cabo a través de la celebración de Anexos de Ejecución al Convenio de Desarrollo Social que anualmente firman estas instancias. En los citados Anexos de Ejecución se establecen las directrices y compromisos que asumen tanto la Federación, como los gobiernos de los estados, para el cabal cumplimiento y desarrollo del Programa en la entidad respectiva.

La STPS transfiere a los gobiernos de las entidades federativas los recursos para la operación del Probecat en lo relativo a becas, instructores, paquetes de herramientas, materiales de capacitación, así como para la ayuda de transporte que se otorgan a los becarios en el Programa. Los gobiernos de las entidades federativas contribuyen con recursos propios destinados a gastos de administración, tales como: personal



para promoción reclutamiento, concertación de cursos, así como papelería, luz, teléfono, entre otros conceptos. De igual manera, asumen otros gastos asociados a la operación del Programa como folletería para difusión, carteles, mensajes a través de radio y televisión a nivel local, viáticos y pasajes para el desplazamiento del personal a diversas localidades en el estado para la operación y supervisión del Programa.

Las empresas, en la modalidad mixta, asumen los gastos del pago de instructor y de los materiales requeridos en el proceso de capacitación y cubren un seguro de accidentes personales para los participantes en los cursos autorizados.

La contribución de los gobiernos de los estados y de las empresas se estima en un 17% del total del presupuesto del Programa, para el presente año. En ese sentido se favorece una política, para que anualmente se incremente la participación de los gobiernos estatales y de las empresas en el financiamiento del Programa.

## 2. Población objetivo

La población objetivo, en términos generales, a la que se dirige el Programa, se integra por el siguiente grupo: desempleados que sean buscadores activos de empleo y que tengan entre 16 y 65 años de edad, con o sin experiencia laboral, que sepan leer y escribir, cuenten con un nivel de instrucción máximo de preparatoria o equivalente, en algunos casos con primaria completa como mínimo, y que soliciten personalmente su incorporación al Programa en las oficinas de los SEE. Asimismo, se atienden personas que estén asociadas a un proyecto productivo y requieran capacitación para elevar su productividad. Es importante señalar que los aspirantes a obtener una beca no deben haber sido beneficiados anteriormente por el Probecat, lo cual se verificará en los registros administrativos de los SEE. Sólo las personas que cumplan con estas características podrán ser beneficiarias del Programa.

Dependiendo de la modalidad del Programa la definición específica de la población objetivo se modifica. El perfil de los becarios por modalidad de atención se presenta en el Anexo 2.

## 3. Modalidades de atención

El Programa opera con las siguientes modalidades de atención:

### 3.1. Capacitación escolarizada

La capacitación escolarizada se lleva a cabo en planteles educativos, los grupos se integran de 20 a 30 personas, y los cursos tienen una duración que varía de uno a tres meses, dependiendo de los contenidos de los programas de capacitación de las instituciones educativas. Durante el periodo de capacitación, los participantes seleccionados reciben una beca equivalente al salario mínimo regional y ayuda económica para transporte. Asimismo, se cubre a los planteles educativos el pago de los instructores, los materiales de capacitación y se proporciona servicio médico de nivel básico a los becarios.

### 3.2. Capacitación mixta

Consiste en la realización de cursos a petición expresa y en coordinación con el sector empresarial para satisfacer requerimientos específicos de personal capacitado. Para que las empresas puedan participar, deberán diseñar los contenidos temáticos del curso de acuerdo con sus requerimientos, impartir el curso con sus propios instructores o cubrir los honorarios de los instructores contratados, adquirir un seguro de accidentes para los becarios y, en algunos casos, proporcionar material didáctico y apoyo para transporte; asimismo, deberán comprometerse a contratar por lo menos al 70% de los egresados. Estas condiciones de participación deberán ser verificadas y evaluadas por los SEE.

Los grupos se conforman con un mínimo de 10 personas y la duración de los cursos en esta modalidad es de uno a dos meses, dependiendo de la especialidad y del programa de capacitación, para el desempeño de las funciones del puesto de trabajo; las prácticas ocupan como mínimo el 70% del tiempo total del curso.

Con el propósito de ampliar las posibilidades de colocación de los solicitantes de empleo, en 1997 se inició una nueva vertiente dirigida a las micro y pequeñas empresas que, para los propósitos del Probecat, se considera a aquellas con un máximo de 30 trabajadores. En estas acciones se aprovecha la infraestructura productiva de las micro y pequeñas empresas participantes como ámbito de capacitación para el trabajo. El Probecat cubre la beca y el pago del "monitor", quien es seleccionado y contratado por el SEE, y está encargado de vincular a las empresas con los becarios, apoyar en el reclutamiento de éstos, asesorar a grupos de 20 a 25 becarios, supervisar y llevar un control del proceso de capacitación, así como promover la colocación de los becarios.

### 3.3 Autoempleo

La capacitación para el autoempleo se lleva a cabo en planteles educativos y es similar a la modalidad escolarizada en su forma y duración, aunque sus criterios de selección de becarios se ajustan para atender a personas con interés en trabajar de forma independiente; este tipo de capacitación está orientada a proporcionar a los capacitandos conocimientos y habilidades para desarrollar un trabajo por cuenta propia. Adicionalmente a la beca, con el propósito de facilitar su ocupación, en esta modalidad se selecciona a un conjunto de becarios para entregarles un paquete básico de herramientas, conforme a los lineamientos establecidos por la STPS, que se detallan adelante.

### 3.4 Iniciativas locales de empleo (ILE)

Este tipo de capacitación opera con trabajadores de escasos recursos agrupados en torno a un proyecto productivo y tiene como objetivo mejorar los conocimientos y habilidades de los integrantes del grupo para ejecutar el proyecto. La capacitación se proporciona en las instalaciones de las unidades económicas a un mínimo de cinco integrantes del proyecto productivo, con una duración que va de uno a dos meses, dependiendo del programa de capacitación autorizado por el SEE. El grupo productivo contrata al instructor y cubre sus honorarios y el Probecat otorga las becas a los participantes.

## 3.5. Pruebas piloto

La DGE diseña y autoriza pruebas piloto, a fin de responder a las condiciones del mercado laboral y crear los mecanismos que permitan atender a grupos de población diferentes a los que actualmente participan en el Probecat; para ello, puede establecer los lineamientos operativos y requisitos de participación de la población objetivo para dichas pruebas y llevarlas a cabo en forma selectiva, en coordinación con los SEE, ya sea a nivel local, regional y/o nacional. Asimismo, la DGE evalúa los resultados y dictamina su aplicación, rediseño o suspensión.

## 4. Apoyos específicos que otorga el programa y obligaciones de los becarios

Las becas que se otorgan a los desempleados son equivalentes a un salario mínimo regional, establecido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI). El monto de la beca se paga durante el tiempo que dure el curso de capacitación, el que puede ser de uno a tres meses. Para el caso de las modalidades escolarizada y autoempleo se proporciona, adicionalmente a la beca, una ayuda para transporte que varía según las zonas económicas que establece la CONASAMI: \$5.00 pesos diarios para la Zona A, \$3.50 pesos diarios para la Zona B y \$2.50 pesos diarios para la Zona C. Los apoyos para el transporte podrán ser actualizados por la DGE, de acuerdo al análisis de los salarios vigentes.

Asimismo, el Programa y las empresas participantes cubren los costos de capacitación, los cuales están integrados por los honorarios de los instructores y los materiales que se consumen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, dependiendo de la especialidad, en sus fases teórica y práctica, tales como material de escritura, soldadura, madera, tela, hilo, entre otros.

Por parte del centro capacitador o la empresa, los becarios reciben el curso de capacitación en el que están inscritos, durante seis a ocho horas diarias y de cinco a seis días de la semana, según la modalidad y

el curso. De acuerdo con las exigencias propias del curso, además de los materiales de capacitación, disponen de las herramientas y el equipo para sus prácticas en el centro capacitador o en la empresa. En el caso de la modalidad de autoempleo, son elegidos algunos de los becarios para recibir un paquete de herramientas que facilite su inserción al trabajo productivo por cuenta propia.

Los becarios reciben, por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o de los Servicios Médicos del Gobierno del Estado, por conducto de la unidad médica que corresponda a su domicilio, los servicios médicos del primer nivel de atención que consiste en consulta externa y medicamentos. Los servicios médicos son extensivos a los familiares derechohabientes de los becarios en los términos de la Ley del IMSS. En la modalidad mixta reciben adicionalmente, un seguro contra accidentes.

Al término del curso, el becario recibe la constancia que certifique su capacitación y la información sobre las oportunidades de empleo existentes, así como la orientación que requiere para trabajar por su cuenta o para formar un grupo de trabajo independiente.

Al recibir los beneficios antes mencionados, los becarios, en ningún caso, estarán obligados a realizar acciones o tareas que no estén relacionadas con el proceso de capacitación en el que participan.

Asimismo, los becarios son responsables de respetar el reglamento interno del centro de capacitación o empresa; informar al SEE al obtener un empleo, ya sea durante el curso o una vez concluido éste; no incurrir en ningún supuesto de baja; y presentar los exámenes teóricos y prácticos de conocimiento que aplique el instructor.

## 5. Mecánica de operación

Los SEE son las instancias responsables de operar el Programa, ejercer los recursos asignados, autorizar los cursos de capacitación en las modalidades escolarizada y mixta, y realizar las siguientes actividades de acuerdo con los lineamientos de operación relacionados en el Anexo 3.

### 5.1. Detección de las necesidades de capacitación

- Identificar las actividades económicas con mayor crecimiento y demanda de trabajo en la entidad y su ubicación a nivel regional. Esta información deberá validarse en el Comité Ejecutivo de Empleo.
- Levantar encuestas en las localidades en donde se ubican empresas que desarrollan esas actividades económicas, y procesar la información, a fin de obtener un listado de las ocupaciones más demandadas en orden de importancia. Esta información se deberá utilizar en la planeación anual de las acciones del Programa. Si es necesario, el SEE podrá incorporar nueva información a la detección de necesidades de capacitación durante la operación del Programa.
- Con base en la detección de necesidades, en el mes de noviembre, elaborar el plan de trabajo anual, el cual se someterá a la consideración del Comité Ejecutivo de Empleo. En este Programa se indicarán las metas correspondientes a las acciones del Probecat por modalidad de atención.

### 5.2. Concertación con instituciones capacitadoras

- Informar a las instituciones de capacitación sobre las Reglas de Operación del Probecat.
- Convocar a las instituciones capacitadoras para presentarles los requerimientos detectados. Para determinar dichos requerimientos se utilizará la información sobre las ocupaciones más demandadas, captada en la detección de necesidades.
- Definir con las instituciones los cursos, especialidades, fechas de inicio y término, horarios y número de capacitandos para cada plantel. Los instructores son contratados por las instituciones educativas de acuerdo a las normas y procedimientos de cada una de ellas.



### 5.3. Concertación con empresas

- a) Realizar visitas a empresas para promover las acciones de capacitación mixta.
- b) Informar a las empresas sobre la normatividad vigente del Programa, en particular, sobre los requisitos para que éstas puedan participar en la modalidad mixta.
- c) Identificar los giros y especialidades, con base en la información derivada de la concertación de acciones con micro y pequeñas empresas.
- d) Proporcionar a las empresas medianas y grandes, que para efectos del Programa son aquéllas de más de 30 trabajadores, el formato Solicitud de Acciones de Capacitación Mixta, publicado en el Diario Oficial de la Federación, para que presenten sus requerimientos de capacitación. Por otra parte, a las micro y pequeñas empresas se les proporcionará el formato de Carta Compromiso para que puedan participar en el Programa.
- e) Informar a la empresa, por escrito, la respuesta a su Solicitud de Acciones de Capacitación Mixta. La empresa podrá considerar aceptada su solicitud en caso de no recibir respuesta dentro de los siguientes diez días hábiles, después de haber sido recibida su solicitud por el SEE.
- f) Firmar, a través del órgano competente del gobierno del estado, un convenio de capacitación mixta con las medianas y grandes empresas conforme a los Lineamientos para la Descentralización de la Autorización Técnica de Cursos en las Modalidades Escolarizada y Mixta. Las micro y pequeñas empresas formalizarán su participación en una carta compromiso, conforme a los Lineamientos para la Operación de la Capacitación Mixta en las Micro y Pequeñas Empresas.

### 5.4. Reclutamiento y selección de monitores

- a) Aplicar para el reclutamiento y selección del "monitor" de la modalidad mixta en micro y pequeñas empresas el siguiente perfil:
  - i) Conocimiento del área de trabajo, con base en su formación profesional o técnica y/o de su experiencia laboral.
  - ii) Tener una experiencia mínima de dos años en el área de trabajo.
  - iii) Tener aptitudes para conducir procesos de enseñanza-aprendizaje, de coordinación, control y seguimiento.
- b) Revisar en la cartera de solicitantes de empleo del SEE, las personas que, de acuerdo a las áreas de atención, cumplan con el perfil requerido.
- c) Realizar promoción para captar candidatos idóneos, en caso que la cartera del SEE sea insuficiente.
- d) Los procedimientos y formatos para el proceso señalado se detallan en los Lineamientos para la Operación de la Modalidad de Capacitación Mixta en Micro y Pequeñas Empresas, emitido por la STPS.

### 5.5. Concertación con grupos organizados en proyectos productivos

- a) Difundir el objetivo, características, beneficios de la modalidad de apoyo a las Iniciativas Locales de Empleo (ILE) y los requisitos de participación.
- b) Atender a grupos interesados, proporcionándoles información, así como asistencia para la presentación de su solicitud de acuerdo con los siguientes formatos que se detallan en los lineamientos emitidos por la DGE, en el oficio circular del 22 de mayo de 1997:
  - I) Carta de solicitud de apoyo para la capacitación.
  - II) Perfil de los solicitantes, requerimientos de capacitación y recursos disponibles.
  - III) Programa de capacitación.

- c) Recibir propuestas de capacitación debidamente requisitadas, con base en los formatos anteriormente señalados, los que deberán incluir el domicilio de la sede del grupo y croquis de la localización de éste.
- d) Revisar la documentación y verificar en campo la información proporcionada.
- e) Evaluar las propuestas de acuerdo con los siguientes criterios:
  - i) Congruencia y pertinencia de los contenidos del curso con los objetivos del proyecto productivo.
  - ii) Apoyos adicionales con los que cuente el proyecto productivo, que contribuyan a su factibilidad técnica y económica.
  - iii) Disponibilidad de instalaciones, materiales e instructor requeridos para la impartición de la capacitación, de acuerdo al número de becarios inscritos.
- f) Emitir la validación de la propuesta.

### 5.6. Autorización y registro de las acciones de capacitación

- a) En el caso de las modalidades escolarizada y mixta, autorizar los cursos de capacitación que se ajusten a la normatividad establecida; para ello, el SEE deberá elaborar el formato de Autorización de Acciones, el cual será firmado por el titular del SEE o el responsable del Probecat.
- b) En el caso de las modalidades de autoempleo e ILE, enviar a la DGE, para su revisión y, en su caso, autorización, el formato de Autorización de Acciones, con la documentación que sustente cada uno de los cursos propuestos. La DGE deberá autorizar las propuestas de cursos en un plazo no mayor de tres días hábiles, a partir de la recepción de la documentación citada. En caso de no dar respuesta en dicho plazo, se considerará aprobada la solicitud. La DGE podrá solicitar información adicional, vía fax, en cuyo caso el plazo anterior volverá a iniciarse al recibir la información adicional solicitada. Esta mecánica se modificará una vez que se lleve a cabo la descentralización de estas autorizaciones técnicas, lo cual se prevé para el segundo semestre de 1999, mediante la expedición de los lineamientos respectivos por parte de la DGE.

- c) En todos los casos, enviar a la DGE, vía correo electrónico, la relación de cursos para su registro, de acuerdo con la información contenida en el formato de Autorización de Acciones, por lo menos con diez días hábiles de anticipación al inicio de los cursos para las modalidades escolarizada, autoempleo e ILE, y con cinco días hábiles de anticipación para la modalidad mixta. Los SEE tendrán diez días hábiles a partir de la fecha de inicio de los cursos registrados para informar por escrito a la DGE, la cancelación de cursos que no hayan iniciado.

### 5.7. Transferencia y comprobación de recursos

- a) Obtener de la DGE la autorización y/o registro, según corresponda de los cursos del Probecat. Cabe mencionar que el proceso para transferir, liberar, ejercer y comprobar los recursos inicia cuando el SEE obtiene dicha autorización.
- b) Con base en la inversión comprometida, la cual se integra con el monto de las becas, gastos de capacitación, ayuda de transporte y paquetes de herramientas, en su caso, asentada en el formato de Autorización de Acciones, la DGE hace las provisiones de pago considerando la programación mensual de los recursos presupuestales autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Corresponde al SEE elaborar las Autorizaciones de Pago para liberar los recursos destinados al pago de becas.
- c) El banco corresponsal entrega los recursos a los SEE y, posteriormente, el SEE deberá efectuar los pagos con base en las nóminas de becarios, facturas y recibos correspondientes.

- d) La documentación comprobatoria de gasto permanece en resguardo del SEE para las revisiones que juzgue conveniente la STPS, así como los órganos de control estatal y/o federal.
- e) Los documentos antes señalados y el aviso de reintegro de los recursos no ejercidos de cada Autorización de Pago, sirven de base para elaborar el Detalle de Gasto que se envía a la STPS para la comprobación de los recursos ejercidos.
- f) Los procedimientos y formatos para el proceso señalado se detallan en los Lineamientos para Administrar los Recursos Presupuestales de los Programas del Servicio Nacional de Empleo, emitidos por la STPS.

### 5.8. Reclutamiento y selección de becarios

#### 5.8.1 Reclutamiento

- a) Convocar a la población objetivo de cada modalidad mediante diversas acciones de promoción y difusión, como campañas publicitarias en prensa, radio, volanteo, entre otras. En estas acciones podrán participar los centros capacitadores y las empresas; cabe señalar que, en caso de que las empresas y los planteles educativos propongan aspirantes a una beca, éstos deberán cubrir los requisitos de participación en el Programa y ser canalizados al SEE correspondiente.
- b) Registrar a los candidatos a becarios en las oficinas del SEE, en forma inmediata, mediante el llenado del Registro Personal, el cual deberá contener los datos de la Clave Única de Registro de Población (CURP). En caso de que el candidato no cuente con dicha Clave, se promoverá su tramitación, de acuerdo con los mecanismos que para el efecto instrumenten las instancias competentes a nivel estatal. En las localidades que no cuenten con oficinas del SEE, el registro de los aspirantes podrá realizarse en las instalaciones de los centros capacitadores y empresas participantes.
- c) Integrar el expediente del becario con el registro personal, copia de la identificación oficial y copia del acta de nacimiento. En caso de no contar con este último documento, se podrá considerar como válida una constancia firmada por las autoridades municipales. Asimismo, el solicitante de empleo deberá firmar el registro personal, bajo protesta de decir verdad.

#### 5.8.2 Selección

- a) Entrevistar individualmente a los becarios y, con base en la información del registro personal, seleccionar al aspirante que cumpla con todos los requisitos establecidos para cada modalidad de atención en el Anexo 2 de estas Reglas.
- b) Encauzar a los aspirantes a los cursos de capacitación de acuerdo con sus intereses, habilidades y experiencia y a la situación del mercado de trabajo.
- c) Verificar que el perfil e intereses del candidato sean compatibles con el curso y, en el caso de la modalidad mixta, respondan también a los requerimientos de las empresas.
- d) Verificar que el solicitante de empleo no haya sido beneficiado anteriormente por el Probecat, de acuerdo a los registros administrativos existentes en los SEE.
- e) En caso de que el solicitante de empleo no sea admitido por la falta de uno o más requisitos, podrá volver a solicitar su incorporación al Programa en cuanto lo cubra.

### 5.9. Registro, control y baja de becarios

#### 5.9.1 Registro de becarios

- a) Registrar de manera inmediata al solicitante, una vez que haya sido seleccionado y a condición de que existan cursos disponibles.



- b) Elaborar la relación de becarios para cada curso, por plantel o empresa, en la que se deberán indicar los siguientes datos: modalidad, especialidad, horario, fecha de inicio y término del curso y nombre de los becarios. Su elaboración deberá iniciarse 15 días antes del curso y podrá concluirse, dependiendo de la modalidad, hasta diez días después de iniciado el curso.
- c) Informar, en las oficinas del SEE, a los aspirantes que fueron seleccionados, por lo menos cinco días antes del inicio de los cursos, la fecha en que deberán presentarse a la capacitación y el plantel o la empresa en el que quedaron inscritos.
- d) Turnar copia de los listados preliminares de becarios, cuando menos dos días antes del inicio del curso, a los planteles o empresas y, durante el curso, cotejarlos con las listas de asistencia.
- e) Cubrir los lugares disponibles o los lugares vacantes por abandono de becarios, con personas seleccionadas que no hayan sido incluidas en algún otro curso, dentro de los siguientes plazos:
  - i) Cuando se traten de cursos de tres meses, durante los primeros diez días hábiles.
  - ii) En los cursos de dos meses, en los primeros cinco días hábiles.
  - iii) En los cursos de un mes no se harán sustituciones.
- f) Elaborar credenciales a los becarios que estén inscritos en cursos con una duración mayor a un mes y en zonas urbanas. Las credenciales deberán ser entregadas durante los primeros diez días hábiles, después de haber iniciado el curso.
- g) Elaborar y enviar al IMSS o a los servicios médicos del gobierno del estado, la relación de los becarios inscritos como definitivos, diez días hábiles después de haber sido elaborada la lista definitiva de becarios, a fin de que, en caso necesario, reciban la atención médica de primer nivel.
- h) En caso que no exista el curso o bien, que no haya cupo en el grupo seleccionado, proponer al solicitante su integración a otra especialidad o integrarlo al Programa cuando se imparta el próximo curso en esa especialidad.

#### 5.9.2. Baja o suspensión de becarios

- a) Dar de baja a los becarios por las siguientes causas:
  - i) Faltar injustificadamente los primeros tres días del curso.
  - ii) Dejar de asistir al curso el viernes y lunes siguiente por más de una vez, sin causa justificada.
  - iii) Faltar injustificadamente durante cuatro días al mes o seis días durante el curso.
  - iv) Faltar cinco días hábiles consecutivos sin causa justificada.
  - v) Infringir el reglamento interior del plantel capacitador o de la empresa.
- b) Los instructores de las instituciones de capacitación y de las empresas serán los responsables de llevar el control de las asistencias de los becarios y deberán reportar mensualmente a los SEE las faltas registradas en los listados de asistencia.

#### 5.10. Seguimiento de la capacitación

- a) Verificar, a través de visitas periódicas, que serán por lo menos dos al mes, que los centros de capacitación, empresas y proyectos productivos que realicen cursos, impartan los programas de capacitación acordados. En lo particular, revisar lo siguiente:
  - i) Que los cursos se impartan en los horarios y días acordados.
  - ii) Que los instructores asistan diariamente y cubran el temario en los tiempos establecidos.
  - iii) Que los cursos cuenten con los materiales didácticos e insumos de capacitación que requieren, dentro de un plazo máximo de cinco días hábiles después del inicio del curso.
  - iv) Que se entregue a los SEE, cinco días hábiles antes de que finalice cada mes, la lista de asistencia de los becarios y, en su caso, los motivos de las bajas.
- b) Revisar los casos de becarios que contravengan la normatividad del Programa, a fin de determinar su continuación o baja del curso.

#### 5.11. Pago de la beca, ayuda para transporte y deducciones

- a) Pagar los apoyos bajo los siguientes criterios:
  - i) Cubrir el pago de la beca y la ayuda de transporte, a partir de la fecha en que el becario se incorpore al plantel o empresa. Los apoyos se pagarán en forma mensual, salvo en los casos que el SEE tenga la capacidad operativa, y así lo decida, de efectuarlos de manera quincenal o semanal.
  - ii) En el caso de sustitución de becarios, podrán recibir la parte proporcional de los apoyos en el primer mes, a condición de que hayan asistido cuando menos dos semanas.
  - iii) Asistir, cuando menos, las dos primeras semanas, contadas a partir de su incorporación a un curso.
  - iv) En el caso de que el becario cause baja, sólo se pagará el monto correspondiente a los días asistidos.
- b) Las deducciones del monto mensual total de la beca y la ayuda de transporte se harán según los criterios siguientes:
  - i) Faltar injustificadamente al curso representará un descuento a razón de un salario mínimo diario.

- ii) Faltar injustificadamente el viernes y el lunes siguiente representará un descuento equivalente a cuatro salarios mínimos diarios.
- iii) Faltar injustificadamente a una clase o materia impartida durante el horario de instrucción, será causa de descuento a razón de un salario mínimo diario.
- c) En caso de falta, sólo se aceptarán incidencias médicas que expida el IMSS o los servicios estatales de salud. Por otras causas, el SEE podrá expedir justificaciones de faltas o incidencias a un becario, las cuales no deberán ser de más de tres días por mes. Asimismo, el SEE podrá justificar faltas o incidencias en localidades que carecen de centros de salud a cargo del IMSS o de instituciones estatales de salud.

#### 5.12. Asignación de paquetes de herramientas

Los paquetes de herramientas se asignan con base en el documento: *Lineamientos y procedimiento para la asignación de paquetes de herramientas a los becarios de la modalidad de autoempleo del Probecat*. Estos paquetes tendrán un costo mínimo de \$2,000.00 pesos y un máximo de \$5,000.00 pesos, dependiendo de la especialidad. Los criterios para la selección de los beneficiarios, son:

- a) Participar como becario en las siguientes especialidades de la modalidad de autoempleo: Artesanías en madera; Carpintería; Tapicería; Soldadura eléctrica, herrería y balconería; Reparación de refrigeración doméstica y comercial; Preparación de alimentos regionales; Plomería; Pintura automotriz; Corte de pelo y cultura de belleza; Mecánico automotriz y afinación de motores a gasolina; Hojalatería; Electricidad; Electricidad automotriz; Diseño y fabricación de muebles y Corte y confección. La DGE podrá, mediante oficio o circular, modificar la relación de las especialidades para estos efectos.

- b) Tener dependientes económicos y que su ingreso sea el de mayor importancia en la economía familiar.
- c) Manifestar interés de trabajar por cuenta propia.
- d) Tener experiencia laboral en la especialidad en la que fueron capacitados.
- e) Haber demostrado un desempeño destacado durante el desarrollo del curso.

#### 5.13. Canalización del egresado al proceso de colocación

- a) Informar y orientar a los egresados del Probecat que se presenten al SEE, sobre las diferentes alternativas de colocación.
- b) En los cursos de capacitación mixta, verificar, en un plazo no mayor de quince días, que la empresa entregue al SEE constancias de incorporación al empleo de por lo menos el 70% de los becarios egresados, así como la información de permanencia en el empleo de los egresados contratados.

#### 6. Lineamientos generales de programación y presupuestación

La programación y presupuestación del Probecat es responsabilidad de la STPS. Anualmente, se incorpora al programa operativo de esta Secretaría el presupuesto que, una vez aprobado por la H. Cámara de Diputados, es asignado y transferido a las entidades federativas para su ejercicio.

Dada la dimensión y dinamismo demográfico de las entidades federativas, así como las características de sus mercados de trabajo, los recursos requeridos son distintos en cada una; asimismo, la capacidad operativa de cada SEE para ejercer los recursos presupuestales del Probecat difiere en función de su estructura administrativa, de los apoyos recibidos por parte del gobierno estatal, de sus estrategias de promoción y concertación con el sector productivo, entre otros factores; además de situaciones administrativas específicas que afecten el funcionamiento de los SEE.

Tomando en cuenta esos elementos, la asignación anual por entidad federativa del presupuesto del Probecat aprobado por la H. Cámara de Diputados, se realiza con base en los siguientes lineamientos metodológicos:

- a) Presupuesto base. El punto de partida para la asignación lo constituye el presupuesto ejercido en el año de operación precedente, el cual es reflejo, en este Programa en especial, de la capacidad operativa de los SEE, de su penetración en el mercado laboral, cobertura geográfica, servicios a la población, posibilidades de concertación con empresarios y organizaciones sociales. Cabe señalar que en el caso de aquellas entidades federativas cuyo presupuesto ejercido incluyó transferencias extraordinarias por contingencias o programas especiales, se toma como presupuesto base, el promedio entre el presupuesto ejercido sin dichas transferencias y el ejercido durante el año anterior de operación.
- b) Ajuste por inflación. Al presupuesto base por entidad federativa se aplica un incremento equivalente al aumento, durante el año anterior, en los costos unitarios del Programa, tales como: beca del beneficiario, pago del instructor, materiales para la capacitación y ayuda para transporte.
- c) Situaciones administrativas específicas. En el caso de aquellas entidades federativas en las cuales se tenga previsto reestructuraciones administrativas o cualquier otra circunstancia administrativa que implique dificultades prácticas para ampliar la capacidad de operación de los SEE, de acuerdo con la experiencia observada, la STPS puede no ampliar los recursos en términos reales.
- d) Asignación por condiciones del mercado de trabajo. Debido a las diferencias observadas en las capacidades operativas de los SEE, la distribución por entidad federativa del presupuesto ejercido no necesariamente corresponde con la distribución de la demanda de capacitación por parte de la población desempleada. A fin de corregir gradualmente este desbalance, se distribuye el incremento



real del presupuesto global del Probecat a partir de la importancia relativa de las poblaciones objetivo del Programa en cada entidad federativa, de acuerdo con los siguientes criterios por modalidad de capacitación:

- i) **Escolarizada.** En el caso de esta modalidad, se toma en consideración el volumen de población desocupada urbana, estimado con base en las encuestas oficiales a hogares, y los atributos de edad, escolaridad y experiencia laboral, definidos por la normatividad del Programa.
  - ii) **Mixta.** Para esta modalidad, en su vertiente de acción con empresas medianas y grandes, el criterio utilizado es el crecimiento del empleo formal durante el año anterior, de acuerdo con los registros del IMSS. En el caso de las actividades de capacitación mixta en micro y pequeñas empresas, el criterio considerado es el número de establecimientos con menos de 50 trabajadores registrados ante el IMSS.
  - iii) **Autoempleo.** La importancia relativa asignada a cada entidad federativa corresponde al volumen de población desocupada urbana, estimado con base en las encuestas oficiales a hogares y los atributos de edad, escolaridad y experiencia laboral definidos por la normatividad del Programa.
  - iv) **Iniciativas Locales de Empleo.** A partir de las características de esta modalidad, el criterio considerado es el volumen de población subocupada rural, estimado con base en las encuestas oficiales a hogares.
- e) **Ajuste por desempeño.** Una vez estimada la asignación estatal del incremento real del presupuesto, se realiza un ajuste, de acuerdo con el índice de desempeño resultante de la evaluación de las actividades realizadas por los SEE durante el año precedente. Esta evaluación incorpora diversos indicadores agrupados en seis categorías: colocación, acciones de capacitación, ejecución del gasto, fortalecimiento institucional, desempeño del Comité Ejecutivo de Empleo y los servicios de información. Dicha metodología se hace, por escrito, del conocimiento de los SEE. El seguimiento de los indicadores por parte de la DGE tiene como finalidad fomentar el mejoramiento de la calidad, efectividad y eficiencia en los servicios que se ofrecen a la población, así como del ejercicio de los recursos y propiciar la transparencia de éstos.

Los lineamientos metodológicos anteriores derivan en la siguiente expresión funcional del procedimiento para la asignación estatal del presupuesto:

$$P_i = f(P_o, I, CM_i, D_i)$$

Donde:

- $P_i$  Presupuesto asignado a la entidad federativa  $i$ .
- $P_o$  Presupuesto base de la entidad federativa  $i$ .
- $I$  Incremento promedio de los costos unitarios del Programa.
- $CM_i$  Incremento real del presupuesto base de la entidad federativa  $i$  por condiciones del mercado de trabajo.
- $D_i$  Ajuste en el presupuesto base de acuerdo al desempeño del SEE de la entidad federativa  $i$  en el año anterior.
- f) **Autorizaciones durante el ejercicio.** La aplicación de los criterios anteriores permite determinar la asignación anual del presupuesto destinado al Probecat por entidad federativa, a partir de la cual la STPS comunica una autorización inicial a los gobiernos estatales, que no es menor al 50% del presupuesto asignado. Con base en el avance programático-presupuestal de cada SEE,

las perspectivas de desembolso para el segundo semestre y la evaluación de los indicadores de desempeño, a finales del primer semestre, se ajusta la asignación original y se comunica a los gobiernos estatales una segunda autorización presupuestal. En el segundo semestre del año, se evalúa el ejercicio de los recursos de cada SEE y en aquellos casos en los que se prevé que no se lograrán cumplir las metas previstas, se reasignan los recursos a aquellos SEE que, de acuerdo con su ritmo de gasto, se espera que puedan rebasar sus metas originales.

#### 7. Esquemas periódicos de monitoreo de la operación

Para el monitoreo de la operación se cuenta con la información de los siguientes indicadores, que miden el impacto, eficiencia y calidad del Programa y cuyas fórmulas aparecen en el Anexo 4.

- a) **Índice de colocación de becarios a los tres meses de haber egresado.** Mide el impacto de la capacitación de los becarios en la obtención de un empleo, en todas las modalidades del Programa. Cabe señalar que en el caso de las ILE, la permanencia en el proyecto productivo se considera similar a la colocación medida en el resto de las modalidades. Este indicador se obtiene mediante una encuesta trimestral que levanta el SEE, a una muestra representativa de los egresados del Programa a nivel nacional, que se calcula con base en el número total de inscritos. Los resultados se obtienen dos meses después de que se levanta la información de la encuesta.
- b) **Ejecución de los recursos para la capacitación mediante el Probecat.** Mide la capacidad de ejecución de los recursos en la operación del Probecat, con base en la programación calendarizada del gasto autorizada por la SHCP.
- c) **Satisfacción de los becarios en cuanto a la atención recibida.** Mide el grado de satisfacción de los usuarios en cuanto a la atención recibida. La información se obtiene mediante una encuesta, que es aplicada por personal del SEE, en la que se consulta la opinión de los becarios sobre la calidad de la atención y los servicios recibidos por el Programa.

- d) **Satisfacción de las empresas que requieren cursos de capacitación mixta para cubrir sus vacantes.** Mide el grado de satisfacción de los representantes de las empresas a las que les fueron autorizados cursos de capacitación mixta. Se identifica la oportunidad en la autorización de los cursos, la atención brindada por el personal del SEE y el seguimiento que realiza el SEE a los cursos de capacitación. Para obtener la información se aplica una encuesta a los representantes de las empresas que participan en este tipo de capacitación.

Con base en los resultados de estos indicadores, que se hacen del conocimiento de los SEE para retroalimentar su operación, se busca impulsar medidas correctivas para el mejoramiento de la calidad de las acciones del Programa.

#### 8. Coordinación con otras dependencias

La eficacia de las acciones del Programa está asociada al grado de comunicación que exista con otras instituciones y con el sector productivo; por tal razón, en cada entidad federativa se han constituido Comités Ejecutivos de Empleo (CEE), como parte de los compromisos establecidos en los Anexos de Ejecución de los Convenios de Desarrollo Social, en los que participan representantes de cámaras y asociaciones empresariales, empresas, organismos gubernamentales, sindicatos e instituciones de capacitación, entre otros.

Los Comités participan en la orientación de las acciones de capacitación de los SEE de acuerdo con las necesidades específicas del aparato productivo y en las actividades económicas con mayores posibilidades de empleo, impulsan la vinculación con otras dependencias estatales interesadas en el mercado de trabajo e informan sobre las necesidades de capacitación mixta en las empresas; con ello, es posible orientar los recursos federales de acuerdo con las necesidades específicas de cada región.

Los CEE colaboran con los Consejos Estatales de Productividad y Competitividad (CEPROC), constituidos por dependencias gubernamentales federales y estatales, asociaciones de empresarios y trabajadores e instituciones educativas, entre otros, en los que se analiza el mercado de trabajo regional y se definen orientaciones de la política laboral en las entidades federativas. En los CEPROC, el Delegado Federal del Trabajo en la entidad es el representante de la STPS con capacidad de decisión.

Adicionalmente, la STPS celebró unas Bases de Coordinación con la Secretaría de Educación Pública y un Convenio de Cooperación Educativa con el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), a efecto de concertar acciones para fortalecer los procesos de capacitación y ampliar la cobertura del Probecat. En ambos instrumentos se establecieron los compromisos para el desarrollo de programas de capacitación y de formación de recursos humanos que permitan atender las demandas del sector productivo.

Mediante la celebración de los convenios respectivos, la STPS garantizará que no se dupliquen los esfuerzos del Probecat con otros apoyos federales equivalentes dirigidos a la misma población beneficiaria. En este sentido, en el caso en que se presente concurrencia de esfuerzos federales con el Probecat, se retira el programa que haya llegado con posterioridad.

#### 9. Contraloría social en la operación y vigilancia del programa

En coordinación con la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) se realizan en todo el país acciones de Contraloría Social en el Probecat, orientadas a impulsar la participación organizada y responsable de los becarios en el control, vigilancia y evaluación del Programa. Para tal fin, los SEE ofrecen pláticas sobre el Programa a los becarios, apoyados con material informativo, sobre sus derechos y obligaciones, las características de los cursos del Programa y los mecanismos para participar en las acciones de Contraloría Social.

Asimismo, se coloca un cartel en el lugar en donde se desarrolla la capacitación, con información sobre las características del curso, como: nombre, horario, en su caso relación de los materiales de apoyo, monto de la beca y, en su caso, de la ayuda para transporte, nombre del instructor, relación definitiva de participantes seleccionados, fechas próximas de pago, así como los teléfonos y direcciones en donde se puede obtener información adicional o presentar quejas sobre irregularidades.

Las instancias ante las cuales el becario puede presentar sus peticiones, sugerencias, quejas y denuncias son: los SEE, los órganos de control estatal, la Unidad de Contraloría Interna en la STPS, la DGE y la SECODAM. Cabe señalar que en el caso de las oficinas ubicadas en el Distrito Federal, se cuenta con números telefónicos sin costo para los becarios del interior del país que son difundidos continuamente.

#### 10. Interpretación y modificación de las Reglas de Operación del PROBECAT

La STPS será la única facultada para su interpretación en la esfera administrativa. Estas Reglas podrán ser modificadas, en su oportunidad, para adecuarlas con las necesidades específicas de capacitación de la población objetivo y de acuerdo a las particularidades de los mercados de trabajo regionales.

#### ANEXO 1

#### GLOSARIO DE TERMINOS

**Buscador activo de empleo.**

Persona en edad de trabajar que, sin estar ocupada, busca incorporarse a alguna actividad económica.

**Capacitación**

Proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y hábitos de trabajo sobre una ocupación, un puesto de trabajo o una unidad de competencia laboral.



**Grupos productivos de escasos recursos**

Productores organizados en formas asociativas de producción colectiva que operan con escasos recursos económicos y materiales.

**Población desempleada objetivo**

Subconjunto de la Población Económicamente Activa que incluye a las personas de entre 16 y 55 años de edad, que se encuentran sin trabajo, están disponibles para trabajar y buscan trabajo.

**Población subempleada objetivo**

Productores de 16 a 65 años de edad, que forman parte de un grupo productivo de escasos recursos y sus condiciones de ingreso y de vida son precarias.

**Convenio de capacitación mixta**

Es el documento mediante el cual el gobierno de la entidad federativa y la empresa que solicita los cursos de capacitación, establecen una serie de compromisos para el desarrollo de dichos cursos. Cabe señalar que existe una variante de este Convenio en el que participa un centro de capacitación y se presenta cuando la empresa acuerda que una parte de los cursos se realice en las instalaciones del propio centro de capacitación.

**Carta compromiso**

Documento mediante el cual el micro y/o pequeño empresario manifiesta al SEE su conformidad para aceptar que el aspirante propuesto por el "monitor", tome el curso de capacitación de que se trate en las instalaciones del propio micro y/o pequeño empresario.

## ANEXO 2

## PERFIL DE LOS BECARIOS Y BENEFICIOS POR MODALIDAD DE ATENCIÓN

**1. Capacitación escolarizada****Requisitos:**

- Ser buscador activo de empleo
- Tener entre 18 y 55 años de edad
- Tener acreditada la primaria completa o bien aprobar el examen que aplique el SEE para validar los conocimientos de este nivel educativo
- Escolaridad máxima de preparatoria o equivalente
- Tener una experiencia laboral mínima de tres meses

**Beneficios:**

- Beca mensual equivalente al salario mínimo regional
- Apoyo para transporte
- Servicios médicos básicos
- Material didáctico y de capacitación

**2. Capacitación mixta****Requisitos:**

- Ser buscador activo de empleo
- Tener entre 16 y 55 años de edad
- Saber leer y escribir
- Escolaridad máxima de preparatoria o equivalente

**Beneficios:**

- Beca mensual equivalente al salario mínimo regional
- Apoyos económicos o en especie concertados con la empresa
- Seguro contra accidentes de trabajo
- Servicios médicos básicos
- Contratación inmediata de un mínimo de 70% de los egresados

**2.1 Mixta en micro y pequeñas empresas****Requisitos:**

- Ser buscador activo de empleo
- Tener entre 16 y 25 años de edad o mayor de acuerdo con las necesidades de la empresa
- Saber leer y escribir
- Escolaridad máxima de preparatoria o equivalente

**Beneficios:**

- Beca mensual equivalente al salario mínimo regional
- Asesoría personalizada por parte del monitor durante el tiempo de capacitación
- Servicios médicos básicos

**3. Iniciativas locales de empleo****Requisitos:**

- Estar organizado en torno a un proyecto productivo
- Tener entre 16 y 65 años de edad
- Saber leer y escribir
- Escolaridad máxima de preparatoria o equivalente

**Beneficios:**

- Beca mensual equivalente al salario mínimo regional

**4. Capacitación para el autoempleo****Requisitos:**

- Ser buscador activo de empleo y/o tener interés por trabajar independientemente

- Saber leer y escribir
- Escolaridad máxima de preparatoria o equivalente
- Tener entre 16 años y 55 años

**Beneficios:**

- Beca mensual equivalente al salario mínimo regional
- Apoyo para transporte
- Servicios médicos básicos
- Orientación para instalar un taller propio
- Paquete de herramientas, si es seleccionado.

## ANEXO 3

DOCUMENTOS NORMATIVOS  
PARA LA EJECUCIÓN DEL PROBECAT

- a) Anexo de Ejecución al Convenio de Desarrollo Social que el Ejecutivo Federal celebra con los gobiernos de los estados para la operación del Programa.
- b) Acuerdo Desregulatorio de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación del día 31 de julio de 1997.
- c) Acuerdo por el que se dan a conocer los formatos oficiales de los trámites a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 1 de abril de 1998.
- d) Lineamientos para Administrar los Recursos Presupuestales de los Programas del Servicio Nacional de Empleo del 15 de julio de 1998.
- e) Lineamientos para la descentralización de la autorización técnica de los cursos del Probecat en las modalidades escolarizada y mixta del 1 de julio de 1998.
- f) Lineamientos para la operación de la modalidad de capacitación mixta en micro y pequeñas empresas del 1 de marzo de 1998.
- g) Lineamientos y procedimiento para la asignación de paquetes de herramientas a los becarios de la modalidad de autoempleo del Probecat del 1 de agosto de 1998.
- h) Sistema de Estímulos e Incentivos al personal de los Servicios Estatales de Empleo del 1 de noviembre de 1998.
- i) Oficio circular emitido por la Dirección General de Empleo el 22 de mayo de 1997, en el cual se establecen los lineamientos de operación y documentación soporte de las modalidades Iniciativas Locales de Empleo y Autoempleo.
- j) Oficio circular emitido por la Dirección General de Empleo el 9 de marzo de 1999, en el cual se envía el programa de trabajo y se establecen los lineamientos para las acciones de Contraloría Social en el Probecat para 1999.

**Nota:** los lineamientos de los incisos d) a la j) están disponibles para su consulta en la DGE y en los SEE.



ANEXO 4

INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL PROBECAT

RESUMEN DE INDICADORES

INDICADOR	TIPO	FORMULA
Índice de colocación de becarios a los tres meses de haber egresado	Impacto	$\frac{\text{Becarios colocados}}{\text{Total de becarios}}$
Ejecución de los recursos para la capacitación mediante el Probecat	Capacidad de ejecución	$\frac{\text{Presupuesto ejercido del Probecat}}{\text{Presupuesto programado del Probecat}}$
Satisfacción de los becarios en cuanto a la atención recibida	Calidad	Calificación promedio (1 a 4) en donde: 1 es insatisfactorio y 4 es completamente satisfactorio.
Satisfacción de las empresas que requieren cursos de capacitación para cubrir sus vacantes	Calidad	Calificación promedio (1 a 4) en donde: 1 es insatisfactorio y 4 es completamente satisfactorio.

TRANSITORIO

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

México, Distrito Federal, a diecinueve de abril de mil novecientos noventa y nueve.- El Secretario del Trabajo y Previsión Social, Mariano Palacios Alcocer.- Rúbrica.

Lunes 3 de mayo de 1999 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) 31

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

ACUERDO número A/020/99 del Procurador General de la República, por el que se delega en los servidores públicos que se indican, la facultad para decretar el aseguramiento previsto en el artículo 181 del Código Federal de Procedimientos Penales, cuando se practique sobre bienes relacionados con las operaciones del sistema financiero.

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

ACUERDO No. A/020/ 99

ACUERDO DEL PROCURADOR GENERAL DE LA REPUBLICA POR EL QUE SE DELEGA EN LOS SERVIDORES PUBLICOS QUE SE INDICAN, LA FACULTAD PARA DECRETAR EL ASEGURAMIENTO PREVISTO EN EL ARTICULO 181 DEL CODIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES, CUANDO SE PRACTIQUE SOBRE BIENES RELACIONADOS CON LAS OPERACIONES DEL SISTEMA FINANCIERO.

JORGE MADRAZO CUELLAR, Procurador General de la República, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 21 y 102 apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 181 del Código Federal de Procedimientos Penales; 1o., 2o., 3o., 8o., 14, 15 y 42 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, y 1, 2, 3, 8, 9 fracción VII, y 56 de su Reglamento, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República y su Reglamento, la Institución del Ministerio Público de la Federación está presidida por el Procurador General de la República;

Que el artículo 181 del Código Federal de Procedimientos Penales establece que los instrumentos, objetos o productos del delito, así como los bienes en que existan huellas o pudieran tener relación con éste, serán asegurados a fin de que no se alteren, destruyan o desaparezcan;

Que de conformidad con los artículos 2o. fracción V y 8o. fracción I inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, corresponde al Ministerio Público de la Federación realizar el aseguramiento de los instrumentos, objetos y productos del delito;

Que el artículo 180 del Código Federal de Procedimientos Penales, establece que los requerimientos que formule el Procurador General de la República o el servidor público en quien se delegue esta facultad, de información o documentos relativos al sistema financiero, se hará por conducto de las Comisiones Nacionales Bancaria y de Valores, de Seguros y Fianzas, y del Sistema de Ahorro para el Retiro, en sus respectivas competencias;

Que de conformidad con el Acuerdo número A/007/99, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 1999, los titulares de las unidades administrativas de esta Institución mencionados en el artículo primero del citado Acuerdo, son los únicos servidores públicos de la Procuraduría General de la República facultados para formular los requerimientos de información o documentos relativos al sistema financiero a que se refiere el artículo 180 del Código Federal de Procedimientos Penales, y

Que en virtud de que el Ministerio Público de la Federación al decretar el aseguramiento de bienes relacionados con las operaciones del sistema financiero requiere de información o documentos relativos a los mismos, es necesario uniformar los criterios para la aplicación de los artículos 180 y 181, cuando se trate de cuentas, derechos, documentos y demás bienes relacionados con operaciones del sistema financiero, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

PRIMERO.- Se delega la facultad para decretar el aseguramiento prevista en el artículo 181 del Código Federal de Procedimientos Penales, cuando se practique sobre cuentas, valores, títulos de crédito, derechos,

documentos y cualesquiera otros bienes relacionados con las operaciones del sistema financiero, en los titulares de las unidades administrativas de la Procuraduría General de la República siguientes:

- I. Subprocuraduría de Coordinación General y Desarrollo;
- II. Subprocuraduría Jurídica y de Asuntos Internacionales;
- III. Subprocuradurías de Procedimientos Penales "A", "B" y "C";
- IV. Subprocuraduría Especial;
- V. Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos contra la Salud;
- VI. Unidad Especializada en Delincuencia Organizada, y
- VII. Unidad administrativa facultada para conocer del delito de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita.

SEGUNDO.- La facultad que se delega establecida en el artículo anterior se entiende sin perjuicio de las reglas de suplencia que deberán observarse en el caso de ausencia de servidores públicos de esta Institución, previstas en el artículo 56 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Quedan sin efecto las disposiciones que contravengan el presente Acuerdo.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, Distrito Federal, a quince de abril de mil novecientos noventa y nueve.- El Procurador General de la República, Jorge Madrazo Cuéllar.- Rúbrica.

ACUERDO del Tribunal Superior Agrario por el que se crea el Tribunal Unitario Agrario del Distrito 44, con sede en Gómez Palacio, Estado de Durango; se determina su ámbito de competencia territorial y se modifica la competencia territorial de los Tribunales Unitarios Agrarios de los Distritos Sexto, Séptimo y Vigésimo con sedes, respectivamente, en Torreón, Estado de Coahuila, Durango, Estado de Durango y Estado de Nuevo León.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Tribunal Superior Agrario.- Secretaría General de Acuerdos.

ACUERDO DEL TRIBUNAL SUPERIOR AGRARIO POR EL QUE SE CREA EL TRIBUNAL UNITARIO AGRARIO DEL DISTRITO 44, CON SEDE EN GOMEZ PALACIO, ESTADO DE DURANGO; SE DETERMINA SU AMBITO DE COMPETENCIA TERRITORIAL Y SE MODIFICA LA COMPETENCIA TERRITORIAL DE LOS TRIBUNALES UNITARIOS AGRARIOS DE LOS DISTRITOS SEXTO, SEPTIMO Y VIGESIMO CON SEDES, RESPECTIVAMENTE, EN TORREON, ESTADO DE COAHUILA, DURANGO, ESTADO DE DURANGO Y MONTERREY, ESTADO DE NUEVO LEON.

El Tribunal Superior Agrario, en uso de las atribuciones que le confieren los artículos 5o. y 8o. fracciones I, II y X de la Ley Orgánica de los Tribunales Agrarios, en relación con el artículo 46 del Reglamento Interior de los propios tribunales, y

previo el análisis del volumen de trabajo, en materia de justicia agraria, que se tiene en los Estados de Durango, Nuevo León y Coahuila, ha tenido a bien emitir el siguiente:

Acuerdo que crea el Tribunal Unitario Agrario del Distrito 44 con sede en Gómez Palacio, Estado de Durango; se determina su ámbito de competencia territorial y se modifica la competencia territorial de los Tribunales Unitarios Agrarios de los Distritos Sexto, Séptimo y Vigésimo, con sedes, respectivamente, en Torreón, Durango y Monterrey-Saltillito.

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 5o. de la Ley Orgánica de los Tribunales Agrarios, y para los efectos de esta ley, el territorio de la República se dividirá en Distritos, cuyos límites territoriales determinará el Tribunal Superior Agrario, pudiendo modificarlos en cualquier tiempo;

Que en los términos del artículo 8o. fracciones I y II de la citada Ley Orgánica, el propio Tribunal Superior tiene la atribución de fijar el número y límite territorial de los Distritos en que se divide el territorio de la República, así como la de establecer el número y sede de los Tribunales Unitarios que existirán en cada uno de los Distritos;

Que en el artículo 18 de la misma Ley Orgánica se establece la competencia de los Tribunales Unitarios Agrarios para conocer, por razón de territorio, de las controversias que se les planteen con relación a tierras ubicadas dentro de su jurisdicción;

Que en el artículo 46 del Reglamento Interior de los Tribunales Agrarios se previene que el Tribunal Superior Agrario hará la división del país en distritos de justicia agraria en los que ejercerán su jurisdicción los Tribunales Unitarios, tomando en cuenta los volúmenes de trabajo y requerimientos de este importante servicio público;

Que analizando dichos volúmenes y requerimientos, y con el fin de proporcionar una rápida y eficaz atención a los ejidatarios y comuneros demandantes de justicia agraria, se ha llegado a la conclusión de que en la ciudad de Gómez Palacio es necesario el establecimiento de un tribunal que conozca de los asuntos de "La Laguna", y atendiendo al apreciable incremento de los expedientes atendidos en Monterrey-Saltillito, Torreón y Durango, se hace necesario un ajuste que modifica la competencia territorial de los Distritos Sexto, Séptimo y Vigésimo.

Por las razones antes expresadas y con fundamento en los preceptos legales citados se emiten los siguientes puntos de

ACUERDO

PRIMERO.- Se crea el Tribunal Unitario Agrario del Distrito 44 que tendrá su sede en la ciudad de Gómez Palacio, Estado de Durango, el que iniciará sus funciones el día primero de agosto de este año de mil novecientos ochenta y ocho.

SEGUNDO.- La competencia territorial del Distrito 44 comprenderá los siguientes municipios del Estado de Durango: General Simón Bolívar, Gómez Palacio, Lerdo, Mapimi, Nazas, San Juan de Guadalupe, San Luis del Cordero, San Pedro del Gallo, Santa Clara, Tlahualilo y Cuencame.

TERCERO.- Se modifica la competencia territorial del Tribunal Unitario Agrario del Sexto Distrito, que conservará su sede en la ciudad de Torreón, Coahuila, y que comprende los siguientes municipios del Estado de Coahuila: Francisco I. Madero, Matamoros, San Pedro, Torreón, Viesca, Cuatro Ciénegas, Ocampo, Parras y Sierra Mojada.

CUARTO.- Se modifica la competencia del Tribunal Unitario Agrario del Vigésimo Distrito, con sede principal y alterna en las ciudades de Monterrey y Saltillo, respectivamente, que seguirá comprendiendo todos los municipios del Estado de Nuevo León, y en cuanto a los de Coahuila, abarcará los siguientes: Abasolo, Acuña, Allende, Arteaga, andela, Castaños, Escobedo, Frontera, General epeda, Guerrero, Hidalgo, Jiménez, Juárez, amadrín, Monclova, Morelos, Múzquiz, Nadadores, ava, Piedras Negras, Progreso, Ramos Arizpe, abinas, Sacramento, Saltillo, San Buenaventura, an Juan de Sabinas, Villa Unión y Zaragoza.

QUINTO.- El Tribunal Unitario Agrario del Distrito éptimo, con sede en la ciudad de Durango mprende, del Estado del mismo nombre, los uncipios siguientes: Canatlán, Canelas, Coneto e Comonfort, Durango, Guadalupe Victoria, uanacavi, Hidalgo, Indé, Mezquital, Nombre de ios, Ocampo, El Oro, Otáez, Pánuco de Coronado, eñón Blanco, Poanas, Pueblo Nuevo, Rodeo, San ernardo, San Dimas, San Juan del Río, Santiago 'apasquiaro, Súcil, Tamazula, Tepehuanes, Topia, icente Guerrero y Nuevo Ideal.

SEXTO.- El Tribunal Unitario Agrario del Vigésimo Distrito hará formal transferencia al tribunal homólogo del Sexto Distrito, de los expedientes que tenga actualmente en archivo y tramitación que correspondan a los municipios de Cuatrociénegas, Ocampo, Parras y Sierra Mojada, del Estado de Coahuila.

SEPTIMO.- El Tribunal Unitario Agrario del Distrito Sexto hará formal transferencia al Tribunal de nueva creación del Distrito 44, una vez que inicie

sus funciones, de todos los expedientes archivados y en tramitación que correspondan a la competencia territorial que se le marca, con excepción de "Cuencame, entregando también los recursos humanos y materiales correspondientes.

OCTAVO.- El Tribunal Unitario Agrario del Distrito Séptimo hará formal transferencia al Tribunal del nuevo Distrito 44, una vez que inicie su funcionamiento, de todos los expedientes archivados y en tramitación que correspondan al Municipio de Cuencame, Estado de Durango.

NOVENO.- Publíquese este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación y en uno de los periódicos de mayor circulación en los estados de Durango, Coahuila y Nuevo León.

Así lo aprobó el Tribunal Superior Agrario en sesión celebrada el día tres de junio de mil novecientos noventa y ocho.- El Magistrado Presidente, Luis O. Porte Petit Moreno.- Rúbrica.- Los Magistrados: Rodolfo Veloz Bañuelos, Marco Vinicio Martínez Guerrero, Luis Angel López Escutia y Ricardo García Villalobos.- Rúbricas.- La Secretaria General de Acuerdos, Martha A. Hernández Rodríguez.- Rúbrica.



# ACTA DE EXAMEN PROFESIONAL

En Gómez Palacio, Dgo., a las 16:00 horas del día 10 del mes de Septiembre de mil novecientos noventa y ocho, se reunieron en la Escuela de Arquitectura del Instituto Superior de Ciencia y Tecnología de la Laguna, Asociación Civil, los señores profesores examinadores Arq. Juan Manuel Ruiz de Esparza, Arq. Rafael Chávez Núñez y Arq. Mario Gerardo Méndez Fierro.

bajo la presidencia del primero y con carácter de secretario el último, para proceder al examen profesional de Arquitecto del alumno (a) ALBA GRISSELLE SANCHEZ MOCTEZUMA

quien presentó como tesis un trabajo cuyo título aparece al margen. Los señores sinodales replicaron al sustentante y terminada la réplica, después de debatir entre sí en forma reservada y libre, resolvieron: Aprobarla por Unanimidad de Votos.

Acto continuo el presidente del jurado le hizo saber el resultado de su examen y le tomó la Protesta Profesional.

ARQ. JUAN MANUEL RUIZ DE ESPARZA  
PRESIDENTE

ARQ. MARIO GERARDO MENDEZ FIERRO  
SECRETARIO

ARQ. RAFAEL CHAVEZ NUÑEZ  
PRIMER VOCAL

La suscrita, Directora de la Escuela de Arquitectura, certifica: Que las firmas que aparecen en la presente Acta, son auténticas y las mismas que usan los C.C. Profesores mencionados en ella.

Gómez Palacio, Dgo., a 10 de Septiembre de 1998.

ARQ. ROSA MA. JAIME CERNA  
DIRECTORA

El C. Secretario General del Instituto Superior de Ciencia y Tecnología de la Laguna, A.C., certifica: Que la firma que antecede de la C. Directora de la Escuela de Arquitectura, es auténtica y la misma que usa la referida Directora.

DR. GABRIEL DE JESUS SARRALDE HUITRON  
SECRETARIO GENERAL

Vo.Bo.

LIC. MANUEL PADILLA MUÑOZ  
RECTOR