Atención primaria en la seguridad social en México

La experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR

Preparado por el Centro Interamericano
de Estudios de Seguridad Social
con el apoyo financiero de la OIT

Oficina Internacional del Trabajo Ginebra

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Atención primaria en la seguridad social en México

La experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR

Preparado por el Centro Interamericano
de Estudios de Seguridad Social
con el apoyo financiero de la OIT

Oficina Internacional del Trabajo Ginebra

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 1987

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, a condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción hay que formular las correspondientes solicitudes al Servicio de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, solicitudes que serán bien acogidas.

ISBN 92-2-306286-1

Primera edición 1987

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en esta publicación no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.
La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.
Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implica aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, que también puede enviar a quienes lo soliciten un catálogo o una lista de nuevas publicaciones.

Impreso por la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza

INDICE

Página

INTRODUCCION 1

I. LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A GRUPOS MARGINADOS RURALES 3

LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1943 3

DISPOSICIONES NORMATIVAS POSTERIORES A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1943 .. 4

LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1973 8

ACUERDO QUE CREA LA UNIDAD DE COORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS 10

CONVENIO ENTRE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y LA CDORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS 11

II. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR 13

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR 13

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA 15

ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR 16

PROGRAMAS PRIORITARIDS 21

PRESUPUESTO, ASPECTOS PATRIMONIALES Y FINANCIEROS 22

III. DESARROLLO DEL PROGRAMA IMSS-CDPLAMAR 24

NUEVO MARCD JURIDICO DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL 24

SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR 24

INFORMACION ESTADISTICA 27

INTRODUCCION

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de su Programa IMSS-COPLAMAR, "ha conformado un modelo de atención integral a la salud, con el concurso de la comunidad. En principio, se busca que en cada localidad se elabore un diagnóstico de salud que ayude a identificar problemas y a formular un plan de salud que se revisa anualmente".

Lic. Ricardo García Sáinz
Director del Instituto Mexicano
del Seguro Social

CAPITULO I

LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A GRUPOS MARGINADOS RURALES

LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1943

Los antecedentes formales de orden jurídico de la seguridad social mexicana pueden precisarse en el año de 1917, cuando el Congreso Constituyente que promulga nuestra Carta Magna señala en el artículo 123 que: "Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular".

Estas disposiciones constitucionales, en la reforma de 1929, involucran, al considerar de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, que comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y de otros con fines análogos.

La primera Ley, publicada el 19 de enero de 1943, recogió e hizo realidad las aspiraciones ya expresadas, convirtiéndose en un eficaz instrumento de política social que hizo posible la aplicación práctica, ya nivel nacional, de un sistema estructurado y sustentado financieramente por tres sectores: los patrones, los trabajadores y el Estado Federal. El sistema nació como un servicio público y obligatorio a cargo de una institución descentralizada con libre disposición de su patrimonio.

Tal como se expresa en su exposición de motivos, la Ley de 1943 limitó su campo de aplicación a los asalariados del sector privado y a otros conjuntos de trabajadores dependientes cuyas actividades económicas y naturaleza de ocupación los hacían similares para efectos del aseguramiento, ya que de acuerdo con la doctrina clásica que privaba en esa época "el régimen del seguro social no es susceptible de aplicarse de un modo general o indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sino exclusivamente al sector de la población formado por las personas que trabajan mediante la percepción de un salario o un sueldo", precisándose en otro párrafo que "tal obligatoriedad comprenderá desde luego sólo a los trabajadores que presten servicios en empresas privadas, estatales, de administración obreara o mixta; a los miembros de cooperativas de producción y a los aprendices especiales contratados en ese carácter".

Por razones de orden administrativo y debido a la falta de instalaciones médico-asistenciales, la implantación del seguro social obligatorio fue fijada en forma gradual y paulatina, eligiéndose las circunstancias en consideración a su desarrollo industrial, situación geográfica, densidad de población asegurable y posibilidades de establecer los servicios.

La primera circunscripción elegida fue el Distrito Federal, en donde la aplicación de la Ley se inició el primero de enero de 1944.

La Ley original comprendió los siguientes riesgos protegidos:

- Los accidentes del trabajo
- Las enfermedades profesionales
- Las enfermedades no profesionales
- La maternidad
- La invalidez
- La vejez
- La cesantía en edad avanzada
- La muerte.

Agrupándose en cuatro ramos de seguro:

- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- Enfermedades no profesionales y maternidad
- Invalidez, vejez y muerte
- Cesantía involuntaria en edad avanzada.

Para cada uno de ellos se adoptó su propio régimen financiero, dentro del esquema general de aseguramiento.

Respecto a las prestaciones, éstas se establecieron tanto en especie como en dinero.

Las primeras consistían en:

a) Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutico hasta por 26 semanas.

b) Servicios de hospitalización.

c) Aparatos de prótesis y ortopedia, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

d) Asistencia obstétrica.

e) Ayuda para lactancia.

Las prestaciones en dinero comprendían:

- Subsidios por incapacidad temporal y maternidad.

- Ayudas para gastos de funerales y para lactancia.

- Pensiones, indemnizaciones y finiquitos.

El artículo 6.° de la Ley de 1943 facultaba el Poder Ejecutivo Federal a que, previo estudio y dictamen del Instituto Mexicano del Seguro Social, determinara las fechas y modalidades de implantación del seguro social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo, en las circunscripciones territoriales en donde ya estaba establecido el seguro para los trabajadores asalariados urbanos.

Fue muy clara la intención de la Ley respecto a las incorporaciones en el ámbito rural, Dejó abierta la posiblidad para que en el momento oportuno pudiesen llevarse a cabo nuevos programas de incorporación que respondiesen a situaciones concretas en un momento dado y por medio de ellas pudiese ampliarse el campo de aplicación de la seguridad social en México.

DISPOSICIONES NORMATIVAS POSTERIORES A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1943

El cumplimiento de lo expresado en el artículo 6.° de la Ley de 1943, el 27 de agosto de 1954 se publicó en el Diario Oficial el primer "Reglamento que establece las modalidades del régimen del seguro social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa".

El ensayo se realizó en los 13 municipios de mayor extensión agrícola, variedad de cultivos, tecnificación de los procesos, que además contaban con riego rodado y presas de abastecimiento o pozos profundos, créditos de bancos estatales y privados, subsidios para algunos cultivos, compra de futuros de cosecha y una suficiente red de caminos.

El seguro social obligatorio para los trabajadores del campo comprendió a todos aquellos que ejecutaban trabajos rurales propios y habituales de alguna empresa agrícola, ganadera, forestal o mixta, ya fuesen peones acasillados, trabajadores de temporada, eventuales para obra determinada o miembros de las sociedades locales de crédito agrícola o ejidal.

Se consideraron patrones rurales a los propietarios, poseedores, ejidatarios, colonos, arrendatarios y aparceros que empleaban trabajadores.

Las cotizaciones para patrones y trabajadores fueron fijadas por el Ejecutivo para cada municipio incorporado.

Destaca en este Reglamento la modalidad que establece el contemplar el número de hectáreas en producción y el tipo y condiciones de cultivo a que cada una se dedican, a fin de determinar las cotizaciones de patrones y trabajadores.

A los miembros de sociedades de crédito agrícola y ejidal se les aplicó el régimen de contribución bipartita en enfermedad general, maternidad, invalidez, vejez, cesantía y muerte, como clara muestra de apoyo del Gobierno Federal.

Posteriormente, en las reformas efectuadas en 1959, se incluye en el artículo 6.° la posibilidad de fijar fechas y modalidades de implantación del seguro social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo en las circunscripciones territoriales en donde ya está establecido este seguro para los trabajadores asalariados urbanos.

El artículo 8.° establece para la Banca Oficial la obligatoriedad de conceder créditos, independientes a los de avío o refacción, por las cantidades necesarias para satisfacer las cuotas del seguro social, donde se haya extendido o se extienda el régimen de los trabajadores del campo y determina con mayor claridad los capítulos que deben contener los Decretos que el Ejecutivo Federal expida a propuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social, el que a su vez habrá de basar sus recomendaciones en sus experiencias estadísticas, financieras y económicas. En suma, señala condiciones legales convenientes para continuar las promociones para la extensión del régimen del seguro social, incluyendo a los trabajadores del campo, ejidatarios, comuneros o pequeños propietarios.

En los decretos correspondientes fue preciso tomar en cuenta las necesidades sociales y las particulares características económicas de esos asegurados, las bases para el cobro de primas y prestaciones en dinero y las condiciones especiales conforme a las cuales debían otorgarse otro tipo de prestaciones.

Los artículos 6.° y 8.°, reformados el 31 de noviembre de 1959, recogieron las experiencias del plan de 1954 y dieron base para la expedición del "Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los Trabajadores del Campo", que, publicado el 18 de agosto de 1960, deroga al del 27 de agosto de 1954.

Este nuevo Reglamento comprende:

I. A los trabajadores asalariados del campo;

II. A los trabajadores estacionales del campo, y

III. A los miembros de las sociedades locales de crédito ejidal.

A los primeros se les aplica el esquema de los asalariados urbanos, según la relación clásica de patrón trabajador-salario-cuotas-prestaciones, utilizando el mecanismo de avisos patronales, en los ramos de seguro y con todas las prestaciones.

Para los estacionales del campo este nuevo reglamento toma en cuenta las características de las labores que ejecutan, dedicándoles disposiciones específicas que les otorgan a ellos y a sus familiares derechohabientes servicios médico-farmacéuticos y hospitalarios y subsidios en dinero para los casos de accidentes en el trabajo y otros riesgos determinados.

Por la índole del trabajo estacional se dispone que el Estado debe contribuir al costo de los servicios que se prestan a los mencionados trabajadores y a sus familiares, mediante la aportación equitativa de una cuota distribuida entre el propio Estado y los patrones. Los patrones rurales en todas las jurisdicciones en que se epliquen las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos, y en las que se vaya realizando la extensión del régimen de seguridad social, quedarán liberados de las obligaciones que les impone la fracción II del artículo 197 de la Ley Federal del trabajo, al subrogarse en ellas el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las cuotas quedan a cargo sólo del patrón rural, sin descuento alguno a los estacionales. La mitad de la cuota total está a cargo del Estado y se fija por jornada-trabajador. Se mantiene el sistema de "coeficientes" por unidad de superficie y por tipo de cultivo. Los servicios médicos se otorgan mediante la presentación del "aviso de enfermedad", que el patrón rural expide a su trabajador estacional cuando éste lo requiere para sí o para sus familiares derechohabientes.

A los ejidatarios y pequeños propietarios agrícolas se les sigue aplicando el régimen de contribución bipartita, conservando el derecho a todas las prestaciones establecidas por la Ley.

El 14 de junio de 1961 aparece publicado en el Diario Oficial el Decreto del 7 de ese mismo mes y año, que incorpora al régimen del seguro social a los ejidatarios y pequeños propietarios no pertenecientes a sociedades locales de crédito ejidal o agrícola de los Municipios de Mexicali, Tecate, Tijuana y Ensenada, de Baja California y en el de San Luis Río Colorado, del Estado de Sonora.

Considerando que hasta esa fecha los ejidatarios y los pequeños propietarios agrícolas no pertenecientes a sociedades de crédito ejidal o agrícola habían estado excluidos de los beneficios del seguro social, el Decreto en cuestión tendía a subsanar esa deficiencia. Se disponía además que el régimen de seguros se ajustaría a las disposiciones de la Ley del Seguro Social y a sus Reglamentos. Por lo mismo, los asegurados conforme a las disposiciones de ese Decreto y a sus familiares derechohabientes, enumerados en el artículo 54 de la Ley del Seguro Social entonces en vigor, tenían derecho a todas las prestaciones establecidas en la misma Ley y para todas las ramas del seguro social, dentro de las condiciones y términos fijados para obtenerlas.

Por lo que se refiere a las ramas de enfermedades no profesionales, de maternidad, invalidez, vejez, cesantía y muerte, los asegurados quedaban sujetos al régimen de contribución tripartita.

Fundan y explican la necesidad de la Ley del 7 de diciembre de 1963, que incorporó al régimen del seguro social a los productores de caña y sus trabajadores, las peculiares relaciones contractuales entre los productores de azúcar y los productores de caña, no solamente por la existencia y fijación legal de zonas de abastecimiento para los ingenios - correlativas a la política crediticia que garantice la permanente actividad en el cultivo de la caña - sino por el suministro y adquisición de la caña de azúcar y por el sistema establecido de liquidaciones anuales de las ganancias, con base en el rendimiento de las mieles.

Los seguros sociales operan dentro de los principios del cálculo de probabilidades, la teoría del riesgo y una idea restringida de solidaridad frente a éste, pues sólo comprenden a los empleadores en relación con sus trabajadores, cuando existe, en el molde legal tradicional, un contrato de trabajo. La seguridad social, en cambio, implica la adopción de nuevas obligaciones y derechos que llevan a una ampliación de la solidaridad social frente a los riesgos comunes de toda una colectividad. A este nuevo concepto obedece el que esta iniciativa de Ley establezca la solidaridad de los industriales productores de azúcar con los productores de caña y los trabajadores a su servicio, bien sean asalariados permanentes o estacionales y, por lo tanto, la aportación de los industriales para la cobertura financiera del seguro social en beneficio de los productores de caña de azúcar y de sus trabajadores.

Es indudable que la industria azucarera nacional no puede tener un desarrollo sano si las condiciones económicas y sociales de quienes la abastecen en materia prima son insanas. Los industriales azucareros están inexorablemente ligados a las condiciones de vida que privan para los productores de caña- Además, se da un vínculo económico de tal naturaleza que la existencia y desarrollo de la industria descansan en el trabajo de los productores de caña. De esa solidaridad económica nace una solidaridad social de la que se derivan las obligaciones y derechos que en esta iniciativa de Ley se señalan, para que los productores de azúcar coadyuven, proporcionalmente, a la incorporación al régimen del seguro social obligatorio de la población campesina que los provee de materia prima para su industria.

Las reformas de diciembre de 197D, a la Ley del Seguro Social, tuvieron una ampliación mayor de los beneficios del seguro social en favor del sector campesino. Estas reformas permitieron considerar las particularidades económicas y sociales de los nuevos sujetos del

aseguramiento. Era indudable que las estructuras tradicionales del régimen del seguro social requerían de modificaciones en su aplicación al medio rural que las hicieran operantes y que permitieran proteger en los menores plazos al mayor número de personas.

Asimismo, es evidente que, si bien los mecanismos implantados hasta antes de esta reforma resultaban más o menos adecuados para satisfacer las demendas de la población urbana, no ocurría así para el caso particular del campesinado. La adaptación del régimen de seguridad social al medio rural tenía que hacerse aprovechando la experiencia adquirida por la propia institución y con el apoyo de nuevos programas que pudieran brindarle otras instituciones del Gobierno, para lograr una mejor coordinación en los esfuerzos comunes, así como la máxima economía de los recursos.

Dada la urgencia de adoptar medidas que permitieran resolver gradualmente y según las necesidades específicas de cada región, toda la gama de problemas que plantea la extensión de la seguridad social al campo, se consideró que resultaba socialmente más conveniente proceder a la inmediata implantación de nuevos métodos o de métodos susceptibles de ser perfeccionados y reglamentados, pero conforme la experiencia lo fuera indicando.

En párrafos anteriores hacíamos mención al hecho de que las reformas de diciembre de 1970 a la Ley del Seguro Social habían permitido tomar en cuenta las particulares condiciones económicas y sociales de los nuevos sujetos del seguro social.

Sin embargo, tal reforma va mucho más allá de la atención a las particulares condiciones de los nuevos asegurados, pues en realidad entraña una modificación básica al concepto mismo de la seguridad social, dándole un matiz distinto y superior, lo que ha resultado extremadamente provechoso, tanto para una mayor extensión y mejor aplicación de la institución de la seguridad social al campo, como en su operación en beneficio de los asegurados o por asegurar, en los centros urbanos.

Por lo que se refiere a las contingencias cubiertas, cabe observar que las diferentes modalidades adoptadas en los distintos decretos tienen relación con los estados de necesidad, sin que pueda observarse una variación notable, dado que el seguro principió a operar en todos los riesgos mayores que pueden afectar al asegurado y que en realidad son tradicionales en un sistema general del seguro social, si bien se observa la fijación de determinados complementos según las distintas zonas y, en algunos casos, según el infortunio padecido, lo que es particularmente observable en algunas ramas industriales, en ciertos centros de trabajo y en el caso de las enfermedades profesionales.

El 25 de febrero de 1972 se publica, en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto que incorpora a los beneficios del seguro social a los ejidatarios miembros de sociedades de crédito ejidal, de grupos solidarios o uniones de crédito dedicados al cultivo del henequén en 58 municipios del Estado de Yucatán. Es de significancia este Decreto, por ser la primera vez en que se decide aprovechar la experiencia estadística, administrativa y financiera del IMSS y dar apertura a la incorporación al régimen obligatorio, con modalidades en la naturaleza de las prestaciones. En el ordenamiento se define asimismo el régimen financiero atendiendo a la capacidad contributiva de la familia campesina y se establecen normas y procedimientos adecuados a las particulares condiciones del núcleo referido.

El Gobierno Federal, al poner en operación el Programa Henequenero, da vigencia a las reformas de diciembre de 1970, en las que se espresó la necesidad de tomar en cuenta las particularidades económicas y sociales de los nuevos sujetos de aseguramiento.

Al implantar el seguro social obligatorio en la zona henequenera, se otorgan a los ejidatarios miembros de sociedades de crétido los seguros de: enfermedades no profesionales, maternidad, vejez y muerte, señalando las modalidades en cuanto a la naturaleza de las prestaciones y las obligaciones económicas dentro de un régimen bipartito, para sufragar los gastos originados por el aseguramiento y acreditando a la sociedad de crédito, grupo solidario o unión de crédito a la que pertenezca cada asegurado, las obligaciones que establece la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos a cargo de los patrones.

Esta incorporación sienta las bases que habrán de permitir una más sólida y acelerada incorporación de nuevos grupos de ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, que con una organización económica les permita participar en un sistema de derechos y obligaciones del esquema modificado.

LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1973

La Ley del Seguro Social del 26 de febrero de 1973, publicada en el Diario Oficial el 12 de marzo, marca la más importante apertura en el proceso de extensión gradual del seguro social al campo. En realidad, el nuevo ordenamiento representa la piedra angular en todo el proceso legislativo relativo a la seguridad social en México y lo es porque las disposiciones normativas que se encontraban dispersas en diferentes decretos, reglamentos y demás disposiciones normativas se ven ahora ya consagradas y unificadas en el texto mismo de la Ley del Seguro Social.

El artículo 16 de esta Ley dispone que, a propuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Ejecutivo Federal fijará mediante decretos las modalidades al régimen obligatorio que se requieran para hacer posible el más pronto disfrute de los beneficios del seguro social a los trabajadores asalariados del campo, considerando por supuesto sus necesidades y posibilidades, las condiciones sociales y económicas del país, así como las propias de las distintas regiones.

Otra modalidad particularmente benéfica que contiene la Ley de 1973, para la realización de la seguridad social en el campo, radica en lo dispuesto en el artículo 23, al señalar que la obligación de la inscripción y demás operaciones que conciernen a los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola están a cargo de las instituciones nacionales de crédito ejidal y agrícola y los bancos regionales a que se refiere dicha Ley, así como del Fondo Nacional de Fomento Ejidal y otros organismos de naturaleza y finalidades similares.

Hasta ahora se han contemplado algunos aspectos sobresalientes de las normas contenidas en la Ley de 1973, relativas a su extensión al sector agrícola. Se verán ahora algunas proyecciones en el área social. Al establecer el esquema de solidaridad social, la nueva Ley permitió que los efectos redistributivos de las prestaciones del Instituto y el ejercicio de la solidaridad social organizada se llevara a los grupos de más profunda marginación económica y social.

El Ejecutivo Federal podría definir con base an la nueva Ley las zonas de marginación profunda y en ellas establecer el esquema de solidaridad social sin costo directo. Este sistema se integra con servicios médicos en sus prestaciones fundamentales, con las curaciones y con las actividades socio-educativas que permitan coadyuvar al logro del desarrollo regional y se hará el pago de la seguridad social mediante jornadas de trabajo.

Por lo tanto, en el campo operan dos grandes esquemas, el que se ha dado en llamar esquema modificado y el esquema de solidaridad social.

Fundamentadas con el marco jurídico adecuado para extender los beneficios de la seguridad social a las mayorías desprotegidas del país, persisten sin embargo los problemas de carácter práctico y técnico para realizar los postulados doctrinarios y los anhelos populares largamente propugnados.

La firme decisión de las autoridades del país por extender los beneficios de la seguridad social generó la visualización de un nuevo camino, que permitiera adecuar la seguridad social a las diversas características socio-económicas de la familia rural, dando solución a las limitantes referidas para el régimen ordinario urbano y estableciéndose así lo que se ha calificado como esquema modificado del campo.

Sus diferencias fundamentales, comparado con el régimen ordinario urbano, se identifican en la naturaleza de las prestaciones y en la estructuración de las obligaciones económicas.

Se estructura un régimen financiero o con desfinaciamiento mínimo, dando la oportunidad institucional de incorporar a todo núcleo ejidal o comunal, con organizacional crediticia diversa y con capacidad de sufragar obligaciones.

No existe diferencia en la integración de la composición familiar de derechohabientes; tienen derechos el asegurado, la esposa o compañera, los hijos menores de 16 años o hasta

los 25, si estudian en planteles del sistema educativo nacional o si no pueden mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen, así como los padres del asegurado si dependen económicamente y viven con éste.

En el ramo de seguro de enfermedades y maternidad, se tiene derecho a la totalidad de prestaciones en especie.

No se tiene derecho, y ésa es la diferencia, a las prestaciones económicas que dicho seguro genera. La única prestación económica que comprende es la ayuda de funeral, en la muerte del jefe de la familia o asegurado, en los términos de la Ley.

Las prestaciones en dinero a corto plazo se eliminan, no por su costo en sí, sino porque en muchas zonas rurales del país el monto de los subsidios es superior al ingreso permanente que tienen los ejidatarios y comuneros y ello traería, según estudios del IMSS, como consecuencia el abuso en la demanda de servicios médicos, incrementándose el costo operativo.

El esquema modificado permitía la incorporación de aquella parte del sector rural con capacidad contributiva mínima. Sin embargo, permanecía marginada esa gran masa que constituye el polo de profunda marginación económica y social de México, parcialmente protegida por el esquema sanitario asistencial en el plano nacional.

Las posibilidades de solución para estos grupos parecían resumirse en tres caminos:

- Esperar su desarrollo económico
- Incrementar los recursos del esquema sanitario asistencial
- Ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social.

La política adoptada por el régimen de José López Portillo fue la de ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social mediante la creación de los servicios de solidaridad social.

La complementación de esta política tuvo que romper con varias limitaciones para poder otorgar los beneficios del seguro social a diversos estratos de población sin imponerles en un momento dado cargas económicas que no pudiesen soportar.

Por lo tanto, fue menester estructurar bases sólidas que permitiesen fundamentar esta decisión sin vulnerar el equilibrio financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social, en detrimento de sus finalidades primordiales. En consecuencia, el Gobierno Federal asume una mayor carga presupuestal tanto en el capítulo de inversiones como en el costo operativo en sí; a su vez, el Instituto destina aportaciones sustanciales, salvaguardando su equilibrio financiero y letitimando de una manera más justa el esquema de financiamiento entre asegurados, en el cual los grupos sociales de elevado ingreso contribuyen decisivamente en el financiamiento de la seguridad y la solidaridad social.

El programa de solidaridad social persigue los siguientes objetivos:

- Proporcionar asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria exclusivamente en favor de los núcleos de población que, por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutiva Federal determine como sujetos de solidaridad social.

- Crear al efecto una red nacional que refuerce la infraestructura sanitario-asistencial de México, con disponibilidad de recursos materiales, humanos y económicos, que hagan viable la prestación eficaz y oportuna de servicios de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, dental, así como de los principales auxiliares de diagnóstico y tratamiento, laboratorio, rayos X y farmacia.

- Fundamentar los servicios de solidaridad social en la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, visualizando en su marco operativo la más alta productividad de los recursos; en consecuencia, su menor costo y la debida coordinación y complementación con las diversas dependencias participantes en el logro y conservación de la salud, la seguridad y la solidaridad social.

Las obligaciones para los sujetos de solidaridad social quedan restringidas a la aportación de diez jornadas de trabajo por año, aplicables a obras que beneficien a su propia comunidad.

El trabajo en favor de la comunidad asegura el cumplimiento del objetivo final de los servicios de solidaridad social; que los sujetos beneficiados dispongan de medios y prestaciones que les permitan elevar su nivel de vida y puedan llegar así a ser sujetos de un esquema de protección más completo.

Los servicios de solidaridad social apelan precisamente a la solidaridad de los grupos asegurados para que apoyen a los sectores marginados, brinden a éstos una posibilidad concreta de disfrutar de los beneficios del sistema y propicien un régimen de seguridad social que busca actuar como redistribuidor de la riqueza, facilitar el crecimiento real y progresivo que permita al hombre alcanzar su plena productividad y suprimir las limitaciones materiales y culturales.

El régimen de José López Portillo estimó que el Instituto Mexicano del Seguro Social, al recibir cuotas acordes con la realidad económica del país y estabilizar su equilibrio financiero, estaba en posibilidad de derivar remanentes en beneficio de la solidaridad social.

ACUERDO QUE CREA LA UNIDAD DE COORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS

A principios de 1977, el Gobierno mexicano requirió de una nueva jerarquización de prioridades, a fin de reorientar su modelo de desarrollo. Para esto, el Ejecutivo Federal adoptó la decisión de llevar a cabo una política tendiente a abatir el estado de marginación de casi el 30 por ciento de la población nacional.

Para tal efecto, y entre otras medidas, se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), con objeto de estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados y sugerir la coordinación de las acciones de las dependencias o entidades de la administración pública, así como los programas dirigidos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos.

Tras analizar el problema, el Gobierno de la República planteó un esquema de trabajo que contemplaba la situación económica, política y social de este tipo de comunidades dentro de un amplio contexto de planeación a corto, mediano y largo plazos y que comprendía la adopción de los correspondientes instrumentos administrativos, a fin de realizar una serie de acciones encaminadas a que las zonas rurales marginadas contaran con los elementos materiales y de organización necesarios para lograr una participación más equitativa de la riqueza nacional.

A tal efecto, COPLAMAR formalizó su estructura con base en las siguientes funciones:

- Aprovechamiento adecuado de la potencialidad productiva de los grupos marginados en las zonas donde éstos se localizan.

- Promoción y diversificación de las fuentes de trabajo mediante la canalización de los recursos públicos y privados, así como la capacitación de los respectivos núcleos de población.

- Elevación del aprovechamiento de los recursos en las zonas marginadas mediante la difusión de modernas tecnologías.

- Remuneración justa del trabajo y de los productos que generan los grupos marginados y aplicación de mayores recursos en materia de alimentación, salud, educación y vivienda para los estratos más pobres.

- Respeto a las formas de organización de los grupos rurales marginados, propiciando su desarrollo para fortalecer su capacidad de negociación en las fases de producción, distribución y consumo.

- Elevación de la conciencia y la capacidad organizativa de los marginados, para que puedan influir en la orientación de las políticas nacionales y modificar las condiciones que hacen posible la excesiva acumulación de riqueza y la desigual atención por parte de los propios instrumentos gubernamentales.

El anterior planteamiento hizo necesario contemplar dos grandes ámbitos de actividad: uno que influyera en las causas de la depresión económica y la marginación interna del país, y otro que actuara en contra de los graves resultados de una marginación de siglos, que se manifiesta en las áreas rurales con profunda carencia en cuanto a alimentación, salud, educación, infraestructura de apoyo a la producción, etc.

A través de la unidad administrativa COPLAMAR, se iniciaron las tareas de un sistema de coordinación en cuya estructuración tomó parte la Secretaría de Programación y Presupuesto, con objeto de evitar la dispersión de acciones en las zonas marginadas y de establecer esquemas para el seguimiento de los programas interinstitucionales, cuyo desarrollo comprende la participación de las comunidades beneficiadas, la utilización de la experiencia adquirida y la penetración lograda por las instituciones integradas en COPLAMAR. Se creó asimismo el Sistema de Colaboración Programática para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, apoyado en los siguientes fundamentos:

- Celebración de convenios entre las entidades agrupadas en COPLAMAR y las dependencias de la administración pública federal.

- Integración territorial de proyectos mediante la planeación, ejecución y evaluación en cada zona, por las diferentes instituciones públicas, con participación de la comunidad y las unidades regionales de COPLAMAR, así como supervisión de los Comités Promotores del Desarrollo Socioeconómico que presiden los gobernadores de los Estados.

- Señalamiento de una asignación presupuestaria intransferible, para cumplir con los programas y proyectos en favor de las zonas deprimidas y los grupos marginados.

Es preciso destacar que la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados no fue un organismo ejecutor, sino promotor, de acciones complementarias en el campo. Por sí misma no realizó inversiones, no elaboró programas ni los ejecutó, siendo sólo las dependencias e instituciones competentes las encargadas de tales funciones, en cumplimiento del sistema sectorial de la administración pública federal.

Hasta antes de su desaparición, en abril de 1983, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados suscribió varios convenios generales de colaboración programática con diversas dependencias de la administración pública federal, a fin de que las comunidades marginadas llegaran a un mínimo de bienestar social.

CONVENIO ENTRE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y LA COORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS

Para continuar la ampliación del ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social y la consolidación de un sistema de cooperación comunitaria, en beneficio de los núcleos de población marginados que deban considerarse como sujetos de solidaridad social, en los términos de los decretos respecticos, con fecha 25 de mayo de 1979 se suscribió entre el IMSS y COPLAMAR un convenio en virtud del cual se estableció el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

Entre los antecedentes contenidos en el convenio se menciona que: "De acuerdo con la Ley del Seguro Social (artículos 232, 237, 238 y 239, entre otros), el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene facultades para organizar, establecer y operar unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente

en favor de los núcleos de población que, por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habitan.

"La realización de dichos trabajos, para que cumpla con su objetivo esencial, tiene que ser eficaz, en cuanto que alcance realmente un beneficio la colectividad, y eficiente, en la medida que utilice los recursos en todas sus posibilidades, para lo cual es indispensable un conocimiento muy claro de las necesidades comunitarias a satisfacer y de la dimensión y capacidad de los elementos humanos y materiales de que disponga el núcleo sujeto de solidaridad social, por lo que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha estimado indispensable coordinarse con COPLAMAR de la Presidencia de la República, cuyos objetivos y funciones están dirigidos a los núcleos de población que por su situación socio-económica constituyan el campo de acción de la solidaridad social".

Las obligaciones de las partes signantes del Convenio fueron las siguientes:

El Instituto Mexicano del Seguro Social se comprometió:

- A la instalación y operación de unidades médicas rurales, y clínicas hospital de campo.
- A la prestación de los siguientes servicios en las unidades médicas rurales de este programa:
  - . Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud.
  - . Consulta externa general.
  - . Asistencia farmacéutica.
  - . Atención materno-infantil y planificación familiar.
  - . Educación para la salud.
  - . Orientación nutricional.
  - . Promoción del saneamiento.
  - . Inmunizaciones.
  - . Control de enfermedades transmisibles.
- A otorgar, en las clínicas hospital de campo, los siguientes servicios:
  - . Consulta externa de la especialidad de medicina familiar.
  - . Medicina preventiva y atención odontológica.
  - . Asistencia farmacéutica.
  - . Consulta externa y hospitalización en las divisiones básicas de la medicina.

COPLAMAR, por su parte, se comprometió a:

- Gestionar, ante las dependencias y entidades de la administración pública federal y ante los gobiernos estatales y municipales, el apoyo para la realización de los trabajos comunitarios en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, ayuda alimenticia, recursos económicos, etcétera.
- Promover, cuando fuera necesario, ante las entidades que agrupa o ante otras que tengan capacidad para organizar el trabajo comunitario, la celebración de convenios específicos que hagan posible la prestación adecuada de los servicios comunitarios.

CAPITULO II

ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

Es evidente que el proceso de transformación económica, política y social que los gobiernos revolucionarios han alentado a partir del triunfo de la revolución de 1910, se ha enfrentado a factores internos y externos que en su caso, han propiciado logros o representado obstáculos para llevar adelante los postulados de bienestar y justicia social que el movimiento revolucionario propugnó.

Para muchos, un factor importante de carácter interno que generó consecuencias negativas fue la adopción de una política de desarrollo económico que enfatizaba en el crecimiento industrial como vía de solución. Esta política consideraba que la industria en crecimiento sería capaz de absorber a la población campesina desplazada por una economía agropecuaria sin estímulos, ya que por entonces, la obtención de alimentos básicos en el mercado internacional resultaba más barata que la producción de ellos en el agro nacional.

De esta situación se desprendió un crecimiento en los sectores industrial, comercial y de servicios y un estancamiento considerable en el desarrollo del sector agropecuario.

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

En la década de los setenta se cuestiona el rumbo político y el modelo económico que sigue el país y en especial se analiza la necesidad de revertir el proceso y de estimular al sector agropecuario. Para ello se instrumentan tres medidas fundamentales, la promulgación de nuevas leyes de Reforma Agraria, de Crédito Rural y del Seguro Social.

La extensión del régimen a los núcleos de población de las áreas rurales tropezó con restricciones inherentes a la situación que prevalecía. En efecto, para lograr una transformación cualitativa, además del crecimiento cuantitativo, el proceso de desarrollo ha tenido que afrontar serios obstáculos, entre los que destacan: el crecimiento insuficiente de las infraestructuras básicas nacionales; la escasez de recursos de diversa índole; las dificultades para llevar la tecnología moderna de las zonas más avanzadas a las regiones atrasadas; la relación desfavorable de intercambio y los problemas de dependencia derivados de la coyuntura internacional.

Cabría destacar algunos elementos de mayor significación, tales como: la relación desfavorable de intercambio de los productos agrícolas y urbanos, las modalidades del desarrollo económico-social-rural, las condiciones de salud y saneamiento ambiental, la precaria tecnificación del sector y su bajo nivel de productividad, el régimen de tenencia de la tierra y sus tipos de explotación, el acelerado crecimiento demográfico, la baja prioridad asignada a las explotaciones agrícolas para la concesión de créditos y como campo de inversiones, el aislamiento y disposición geográfica de las comunidades y su consiguiente incomunicación, la diversidad de idiomas y de patrones culturales, el estado general de higiene y salud pública, los niveles de analfabetismo, los bajos ingresos, la frecuencia del trabajo ocasional, la limitación de la asociación profesional y las dificultades a nivel operativo para la utilización de métodos y procedimientos administrativos acordes con las necesidades actuales. La escasa participación en la política y en el desarrollo económico, social y cultural constituía también un serio obstáculo para la incorporación de los núcleos rurales a la seguridad social.

Los factores enunciados habrían constituido problemas insuperables para los programas de extensión si se hubiera pretendido solucionarlos con apego a los conceptos tradicionales, ya que en el mejor de los casos, sólo habría sido posible ampliar la cobertura en escalas mínimas y únicamente en ciertas regiones, resultando insuficiente para proteger siquiera el equivalente del incremento demográfico.

Tradicionalmente se ha definido a la población rural en atención a la actividad económica a que se asocia: agricultura, ganadería, avicultura y silvicultura. Otro criterio para definirla es el que atiende al número de habitantes de las localidades; así se considera que la población rural es la que reside en regiones con menos de 2 500 habitantes. En México se estima un número de 97 580 poblaciones, de las cuales 95 410 tienen menos de 2 500 habitantes, en ellas radica la población dedicada preferentemente a las actividades antes señaladas.

Esta marcada asociación entre la ocupación en el sector primario y la dispersa distribución de la población, es una de las características asignadas al concepto marginalidad. La marginalidad se caracteriza entre otras cosas, por la participación de un sector importante de la población económicamente activa en ocupaciones no relevantes al funcionamiento del sistema económico. El proceso de marginalización se da, como es el caso de México, cuando individuos con ocupaciones marginales tienden a crecer en relación con la fuerza global de trabajo, y a su vez, su contribución relativa al producto nacional es menor.

Cabe aclarar que en el sentido más amplio, el uso del concepto marginación sirve para caracterizar a la población que ha quedado fuera de los beneficios del desarrollo nacional y de la riqueza generada, pero no necesariamente al margen del proceso en que esa riqueza se genera, ni mucho menos de las condiciones que la hacen posible.

Esta población se encuentra en el subdesarrollo por la imposición de un modo de producción capitalista, sin haber logrado un grado suficiente de industrialización. Las relaciones capitalistas entre el país industrializado y el subdesarrollado, generan en éste la destrucción de la agricultura de auto consumo, sin que surja otro sistema de producción. La estructura tradicional de producción agrícola en sí misma no es señal de subdesarrollo; lo son el actuar dentro de un sistema que genera explotación, corrupción e injusticias graves.

Se estima, en coincidencia con estudios llevados a cabo en el campo mexicano, que los progresos económicos sólo se logran con cambios trascendentales en las estructuras sociales. No basta con invertir grandes cantidades de dinero y controlar el crecimiento demográfico, es absolutamente necesario modificar las relaciones sociales y las estructuras de poder.

Por lo que respecta a los problemas inherentes a la construcción y funcionamiento de las unidades médicas, deben tomarse en cuenta todo tipo de experiencias a efecto de encontrar soluciones arquitectónicas y técnico constructivas que, además de abatir los costos, respondan a las necesidades de un modelo de atención médica adecuado a las características culturales de la población y a su comportamiento en relación con la demanda de sercicios.

Otro factor que participa del problema del funcionamiento adecuado de las instalaciones lo representa sin duda la disponibilidad, adiestramiento y contratación del personal médico y paramédico.

La complejidad administrativa y los altos costos de operación son otros factores limitantes a la extensión de los servicios médicos de la seguridad social en las zonas rurales. Mayores cargas contributivas a los sectores que se benefician del desarrollo, mayores aportaciones del Gobierno Federal y la estructuración de un modelo de atención médica adecuado a las características de la población, permiten actuar sobre los efectos de estos problemas.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

Es evidente que el modelo de seguridad social es un reflejo del modelo de desarrollo de un país; cualquier moficación de éste tendrá sus efectos en el primero; de ahí la necesidad de dar a los cambios sociales el sentido adecuado en función de las metas que se pretenden.

En nuestro país en años recientes, el proceso de desarrollo ha encarado como meta mantener sostenidamente un esfuerzo productivo creciente, un mayor producto nacional, objeto de una distribución equitativa que de manera convergente determine necesariamente la elevación del nivel de vida de las mayorías.

No obstante la claridad de objetivos, nuestro país se desarrolla en forma desequilibrada, situación que se traduce en problemas de marginación que obliga a reconocer la existencia de un México urgano con altas tasas de crecimiento económico y un México rural, con indicadores bien definidos del estancamiento secular, que prevalece en muchas zonas del país. Fácilmente se puede distinguir mediante estratificaciones muy gruesas, a los que tienen, de los que no tienen; es decir, la existencia de un México que participa de los beneficios del desarrollo y de la cultura nacional, de otro ajeno a ambos. Estas diferencias son particularmente agudas al identificarse con la población rural.

Esta situación determinó que el Gobierno de la República elaborase un Plan Global de Desarrollo que pretendía revertir el proceso y procuraba borrar tan hondas diferencias, a efecto de asegurar un desarrollo que por equilibrado, fuera más justo.

La seguridad social fue incluida en la tendencia apuntada y al efecto se elaboró un programa, cuyos objetivos fundamentales fueron los siguientes:

- Extender sustancial y significativamente la cobertura real de los servicios de solidaridad social.

- Establecer las condiciones que propiciaran la utilización eficaz y eficiente de todos los recursos - instalados y por instalar - destinados a los servicios de solidaridad social, de manera que todos ellos sirvieran a la población marginada, en su íntegra capacidad.

- Promover la participación efectiva de los integrantes de los núcleos de población, en obras de beneficio colectivo.

Para alcanzar los objetivos antes referidos, el programa estableció las siguientes metas:

- Integrar una red de servicios de solidaridad social.

- Establecer los mecanismos de coordinación necesarios con el Gobierno Federal en general y con COPLAMAR en particular, a fin de garantizar por una parte la obtención de los recursos financieros que el programa requería y por otra, la adecuada promoción y control de las obras de beneficio comunitario cuya determinación se estimara conveniente realizar.

- Elaborar en materia de salud, bajo la responsabilidad de COPLAMAR y del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el concurso de las comunidades, los programas de obras de beneficio colectivo cuyo desarrollo debía promoverse.

- Implantar un sistema que acreditara los trabajos comunitarios, que evitara al Instituto Mexicano del Seguro Social los problemas relacionados con el control individual de la vigencia de derechos y que propiciara que el personal médico y paramédico de la Institución, se olvidara de las responsabilidades administrativas ajenas a su función esencial y dedicara todos sus esfuerzos y posibilidades al mejoramiento, prevención y cuidado de la salud de los miembros de las comunidades.

ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

Ante la situación esbozada, debieron tomarse trascendentales decisiones y delinear estrategias a efecto de resolver el problema de la atención médica a los grupos marginados, como ya se dijo, con un programa articulado al Plan Global de Desarrollo a través de acciones que, se pensó influirían sobre las causas y los efectos inmediatos de la marginación.

Administración del Programa IMSS- COPLAMAR

A fin de acelerar la extensión de los servicios médicos a zonas marginadas sobre bases firmes de administración, organización y control que garantizaran la eficiencia del programa, hubo de tomarse una decisión de gran relevancia que encaraba tres alternativas: Primero, crear un órgano exprofeso que se encargara de administrar todos los aspectos del programa, segundo, encargar su administración al esquema sanitario asistencial tradicional y tercero sustentarlo en la estructura jurídica-administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Crear un órgano exprofeso hubiera elevado considerablemente los costos de operación; no se contaría fácilmente con el personal especializado para garantizar la eficiencia del programa y la inclusión de este nuevo órgano en el contexto de la Administración Pública Federal requeriría de reformas legales y administrativas que impedirían la celeridad requerida.

- Si el Estado Mexicano hubiera asumido la responsabilidad de atender con presupuesto propio los requerimientos de la asistencia social que incluye la atención médica a indigentes a través de la Secretaría de Salud, le hubiera dado a la atención médica un enfoque asistencial que no incidía sobre las causas de la indigencia sino sobre los efectos más inmediatos, que no pretendía superar el estado de debilidad social, sino que se inscribía en medidas paliativas, no acordes con el concepto de solidaridad social, manejado por el mismo Estado.

- Sustentar el programa en la estructura jurídica-administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social resultó la alternativa más adecuada. La bondad de esta elección se fundamentó en el aprovechamiento de la estructura administrativa, cuya eficiencia ha sido ampliamente demostrada.

El Instituto Mexicano del Seguro Social contaba con personal administrativo, técnico y científico, capacitado para llevar adelante el programa con la celeridad que el caso requería. Merced a su facultad para captar recursos propios, disponía del acerbo financiero en forma inmediata, en tanto que el Gobierno Federal tendría que realizar las transferencias correspondientes, por los procedimientos establecidos.

La instrumentación de esta decisión requirió el establecimiento de estrategias que garantizaran a corto plazo el logro de metas cuantitativas y cualitativas.

La administración del programa de extensión de los servicios médicos a zonas marginadas, se apoya en el proceso de descentralización administrativa que opera en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al conferir la responsabilidad de la operación del programa a sus Delegaciones Estatales y Regionales. Se establece el manejo local con recursos humanos, materiales y financieros que se sujetan a las normas y reglamentos establecidos para la atención médica otorgada a los derechohabientes.

El proceso de planeación y la determinación de las normas de administración y operación que rigen el programa, se mantienen en el nivel central mediante la constitución de un órgano específico que coordina los planes y acciones de las distintas áreas operativas del Instituto Mexicano del Seguro Social que concurren en apoyo del programa: Area de Construcciones y Conservación, Area de Servicios Médicos, Area de Medicina Preventiva, Area de Abastecimiento y Area de Contraloría. Este órgano denominado Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, se ha integrado con personal proveniente de las distintas áreas que conforman el Instituto y que por lo tanto conocen sus mecanismos de operación y los aspectos técnicos y normativos.

El proceso administrativo que por un lado, centraliza la planeación, la determinación de normas y la coordinación y, por otro, descentraliza la operación, se apoya en un adecuado sistema de supervisión y control que se integra en tres niveles: central, de coordinación y delegacional.

- El nivel central compete a la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social y a su Subdirección General de Finanzas, apoyando la administración de los recursos financieros que el Instituto aplica al Programa IMSS-COPLAMAR.

  Este órgano de control de alto nivel es el encargado de definir los criterios para integrar y controlar el presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social, de acuerdo con los lineamientos señalados por la Secretaría de Programación y Presupuesto, Dependencia encargada por el Gobierno Federal del control administrativo y financiero del presupuesto nacional.

- El segundo nivel de supervisión y control está a cargo de la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR y actúa en el nivel central, vigila el estricto cumplimiento de normas y acciones de las áreas centrales involucradas en el programa y en el nivel delegacional, mediante la supervisión directa del cumplimiento de la norma institucional, así como una supervisión programada o por excepción que se realiza con equipos multidisciplinarios que visitan las unidades operativas.

- El tercer nivel compete a las delegaciones estatales y regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social, que incorporan a su operación y control rutinarios, todas las acciones inherentes al Programa IMSS-COPLAMAR.

  En este nivel y directamente en las unidades de operación, personal que depende administrativamente de la delegación y normativamente de la Coordinación General de nivel central, ejerce una supervisión cuya característica primordial es la asesoría y capacitación permanente que se imparte al personal operativo, acción que garantiza el apego a la norma y en gran medida la calidad de la atención médica prestada.

Modelo de Atención Médica

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

El sistema se estructura en tres niveles de acuerdo a prioridades, recursos y tecnología disponibles. El primer nivel se orienta a resolver frecuentes problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla, aunada a la participación activa de la comunidad. En este nivel se ofrece la mayor parte de los servicios, se establece el contacto directo médico-paciente y las acciones de salud se otorgan a todos los habitantes del área de influencia en cada unidad de atención, denominadas unidades médicas rurales. Puede decirse que de este nivel se resuelve el 85 por ciento de la demanda de atención.

Dado el conocimiento, grado de organización y de penetración que la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados alcanzó en las zonas donde actuaba, fue posible organizar, promover y ejecutar programas de mejoramiento comunitario que involucraban a los usuarios del servicio médico, en los aspectos de educación para la salud y programas de medicina preventiva que directamente aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de su Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva.

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

El segundo nivel comprende servicios de especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, que requieren de una tecnología más compleja. Este segundo nivel se otorga, a través de clínicas hospital de campo que cuentan con los servicios de especialidad, hospitalización y auxiliares de diagnóstico (laboratorio de análisis clínicos y rayos X), a los pacientes derivados de las unidades médicas rurales que se integran en sistemas regionales donde se realizan además programas básicos de salud y medicina preventiva; en este nivel se resuelve el 12 por ciento de la demanda de atención.

El tercer nivel se refiere a servicios médicos de alta especialidad que sólo se otorgan en las grandes urbes y que resuelve el 3 por ciento de la demanda de atención. Este nivel no se presta a través del Programa IMSS-COPLAMAR sino que, por coordinación institucional con la Secretaría de Salud, se proporciona en los hospitales de alta especialidad con que cuenta la mencionada Secretaría.

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

Con el propósito de otorgar un servicio oportuno y eficiente, se requiere que las unidades estén en localidades accesibles que constituyan centros de concentración de actividades: religiosas, comerciales, educativas, etc., y que por otro lado, su población sea considerada en su mayoría como marginada. De ahí que se plantee el rango de una población entre 500 y 2 500 habitantes.

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

En cuanto a la zona de influencia de la unidad médica rural, cabe destacar que aunque se considera en promedio una población por atender de 5 000 personas, es necesario tomar en cuenta que por el aislamiento de algunas regiones y su inaccesibilidad se puede establecer un rango cuyo límite inferior se acerque a los 2 500 habitantes y su límite superior no rebase los 8 000.

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

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

Por lo que se refiere a las clínicas hospital de campo, el Instituto Mexicano del Seguro Social determina y desarrolla un proceso metodológico para que su ubicación responda a la necesidad de organizar servicios integrales de salud en zonas que no cuentan con este recurso, así como para que sirvan de apoyo a la mayoría de las unidades médicas rurales en operación.

Se ha establecido que en la operación productiva de las clínicas hospital de campo, se otorguen integrados en una sola unidad, los servicios de: medicina general, medicina interna, cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia, dental, rayos X, farmacia y laboratorio.

Asimismo, se requiere que la localidad sede de la clínica hospital de campo cuente con una densidad de población no menor de 5 000 personas y no mayor de 10 000; que esté intercomunicada por dos o más caminos, de preferencia pavimentados o de terracería y además que cuente con agua, luz y drenaje, servicios indispensables para el óptimo funcionamiento del hospital. También es aconsejable que en la localidad sede no exista un recurso de salud semejante o superior al que se propone.

La zona de influencia de la clínica hospital de campo está determinada por un número aproximado de 40 unidades médicas rurales.

De la amplia gama de medicamentos que compone el cuadro básico del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Programa ha diseñado una dotación básica para las unidades médicas rurales y las clínicas hospital de campo, obedeciendo más que a razones de tipo económico, a las características de la patología regional. En resumen, se pretende evitar la dotación innecesaria de medicamentos que no son de uso común y dotar los que respondan al perfil epidemiológico regional.

Características del Personal

Uno de los problemas más serios a los que se enfrentó e infortunadamente aún se enfrenta la extensión de los servicios médicos a las zonas marginadas, es la tendencia del personal médico a no abandonar los centros urbanos.

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

En México, los estudiantes de medicina deben cumplir con un año de servicio social para obtener su título y cédula profesional. Este servicio debe ser realizado en algún lugar de la República y avalado por alguna institución de salud.

El reclutamiento para el personal médico de las unidades médicas rurales comienza cuando la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR envía a la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social la relación de plazas que deben ser ocupadas. El Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante un convenio con las escuelas de medicina del país, sancionado por la Secretaría de Salud, designa mediante sorteo, las plazas para realizar el servicio social. Una vez designado este personal es sometido a un breve curso de inducción al puesto e instalado en la unidad médica rural correspondiente. Aquí, el médico realiza su servicio social bajo la supervisión constante de un asesor auxiliar médico. La asesoría permanente se apoya en un cuerpo de manuales técnicos que le orientan en el desempeño de su trabajo.

El personal auxiliar de enfermería de este Programa tiene una característica especial: se seleccionan dos jóvenes de la localidad sede de la unidad médica rural, con escolaridad primaria o secundaria y con el requisito indispensable de ser bilingües, cuando se trata de comunidades indígenas. Se someten a un curso de adiestramiento en algún hospital de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social durante dos meses y la aspirante mejor calificada obtiene el puesto de base, en tanto que la otra, se contrata en forma especial para cubrir ausencias, vacaciones y días de descanso.

Este personal paramédico recibe un adiestramiento continuo de parte del médico en servicio social, en las actividades de auxiliares del área médica.

Hay un aspecto de singular relevancia en las funciones que realiza este personal auxiliando al médico, generalmente ajeno al medio, a entender los valores culturales y las actitudes de la población nativa relacionados con la salud, la medicina, la higiene, además de la insustituible labor de traducción. Asimismo, se garantiza la continuidad en los trabajos comunitarios relacionados con la salud, dado que este personal tiene contratación indefinida en tanto que el médico tiene un contrato temporal.

Las plazas que por diversas causas no lograran cubrirse en la forma descrita, se ocupan mediante contrataciones temporales de profesionistas que ejercen en forma privada o realizan sustituciones en el Instituto, a fin de mantener siempre la presencia del médico en la unidad.

Al concluir la etapa del servicio social, la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR recluta a los médicos que mejor han desempeñado su función y les ofrece una contratación como asesores auxiliares médicos para realizar funciones de supervisión y asesoría.

Después de un año de fungir como asesores auxiliares médicos, presentan exámenes para realizar la residencia de medicina familiar. Durante esta residencia el postgraduado presta sus servicios en una clínica hospital de campo ya sea del Programa IMSS-COPLAMAR o de esquemas de aseguramiento para grupos campesinos. Al cumplir un año de trabajo profesional en clínicas hospital de campo y terminar su residencia, su contratación como médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en centros urbanos está asegurada.

En esta forma se plantea a grandes rasgos la carrera institucional que estimula al médico a trabajar en zonas marginadas por lo menos tres años.

La dotación de recursos humanos de una clínica hospital de campo cuya capacidad instalada oscila entre 25 y 70 camas, se integra con un cuerpo de gobierno compuesto de un director, que es cirujano general, un administrador, una jefe de enfermeras y un residente de conservación.

El resto del personal lo integran los médicos residentes mencionados, médicos pasantes en servicio social, médicos internos de postgrado, odontólogos, químico, enfermeras y trabajadores sociales, todos ellos en servicio social; personal auxiliar de área médica, administración, diagnóstico, conservación y servicios generales. Se puede observar que estas clínicas hospital de campo son verdaderos centros de formación del personal para las distintas áreas del régimen ordinario urbano, con las ventajas de que durante este aprendizaje en campo, se crea en muchos trabajadores una nueva actitud de medicina social del profesional, generalmente formado dentro de la filosofía de una medicina liberal mercantilista.

La Coordinación Médica del Programa IMSS-COPLAMAR, definió el contenido del modelo educativo para estos médicos, haciendo énfasis en aquellos temas que por su trascendencia tenían un peso importante e incluyó temas sobre antropología médica y social, medicina preventiva, planificación familiar y programas relacionados con la atención médica de la familia campesina o indígena.

Determinación de Localidades a Incorporar

El Programa IMSS-COPLAMAR hizo posible que los beneficios de los programas de solidaridad social, llegaran a un número cada vez mayor de campesinos e indigentes, a través de su numerosa red asistencial de unidades médicas.

La prestación de los servicios y básicamente la resolución de los problemas de salud en zonas marginadas, motivó al Estado Mexicano a tomar la determinación de ampliar el ámbito de cobertura del Programa, decidiéndose la construcción de un número muy importante de unidades médicas rurales y clínicas hospital de campo, y a reordenar el ámbito de cobertura del sistema sanitario asistencial realizando la integración al Programa IMSS-COPLAMAR, de centros de salud operados en el medio rural por la Secretaría de Salud, con lo que se pretende lograr la anhelada meta de tener recursos de salud instalados para proteger a la totalidad de la población rural del país.

Organización y Funcionamiento de los Comités de Salud y de Promoción de Trabajo Comunitario

COPLAMAR tiene la responsabilidad de promover la integración de los comités de trabajo comunitario en los diversos campos de acción previstos. Del mismo modo, recabará la comprobación del cumplimiento de los programas de las dependencias del Gobierno Federal y de los Gobiernos de los Estados.

En los aspectos de salud e higiene, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha asumido la responsabilidad de promover los trabajos comunitarios correspondientes y de establecer el registro adecuado de los mismos para sumarlo a los informes generales que COPLAMAR tiene la obligación de recabar. Para lograr lo anterior, los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social responsables de las unidades médicas rurales, crearán los comités de salud del Programa IMSS-COPLAMAR, tanto en las localidades donde se ubican las propias unidades, como en aquellas que están dentro del área de influencia de las mismas, conforme a los decretos que determinan a los sujetos de solidaridad social.

Los miembros de los comités de salud trabajarán dentro de la comunidad en un plano de igualdad en la promoción, planeación, programación y organización de las actividades relacionadas con la salud, propias de su carácter y que la asamblea de la comunidad había decidido coordinadamente con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El comité de salud fungirá como promotor de la comunidad ante las diversas dependencias municipales, estatales y federales que realizan actividades relacionadas con la salud.

Asimismo, elaborará conjuntamente con el personal médico y paramédico del Instituto Mexicano del Seguro Social un calendario anual de actividades en el que se incluyan, entre otras, reuniones periódicas de capacitación, difusión y asesoría en el desempeño de las funciones específicas que les corresponden.

El médico responsable de la unidad médica rural llevará un registro de las actividades que realizan los comités de salud, así como la contabilización de las jornadas de trabajo comunitario, o de sus equivalentes a favor de las comunidades y entregará el informe relativo al representante del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado, en la fecha en que lo solicite, quién a su vez lo hará llegar al representante de COPLAMAR en la entidad.

PROGRAMAS PRIORITARIOS

En las unidades médicas del Programa Nacional de Solidaridad Social, integrado por el Programa de Solidaridad Social I.M.S.S. y el de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, IMSS-COPLAMAR, se han venido desarrollando los Programas de Atención Preventiva, Atención Curativa y Capacitación de la Población; integrados por los nueve subprogramas siguientes:

PROGRAMAS	SUBPROGRAMAS
Atención Preventiva	Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
	Control de Enfermedades Transmisibles.
	Detección Oportuna de Enfermedades.
	Planificación Familiar Voluntaria.
	Salud Bucal.

Atención Curativa	Consulta Externa General.
	Consulta Externa Especializada.
	Hospitalización General.
Capacitación de la Población	Educación para la Salud.

Los Programas y Subprogramas enunciados se desarrollan bajo las normas y procedimientos que la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido a través de sus Jefaturas de Servicios Médicos, Medicina Preventiva y Planificación Familiar.

PRESUPUESTO, ASPECTOS PATRIMONIALES Y FINANCIEROS

Conviene destacar que el papel del presupuesto público como instrumento de redistribución del ingreso es tanto más trascendente cuanto más directamente se aplica en la producción y distribución de bienes y servicios para la población. Conforme a esta tésis, el régimen de López Portillo amplió los programas de atención a la población marginada y de escasos recursos, a través de las estructuras institucionales existentes, con la finalidad de no incurrir en mayores gastos de carácter administrativo por la creación de organismos operativos específicos.

Para alcanzar los objetivos que se propuso COPLAMAR, se partió del hecho de que cada una de las zonas deprimidas o grupos marginados enfrentan situaciones adversas que tienen que ver tanto con la seguridad y la garantía de los derechos individuales y sociales, como con las características del medio físico y la estructura de las relaciones económicas. Entre los factores de bienestar social a que se abocó COPLAMAR se encuentran la alimentación, vivienda, educación, salud y saneamiento ambiental.

La estructura de la distribución del ingreso se observaba más crítica al medirse por medio del acceso a bienes de consumo y servicios, particularmente de la población marginada. De aquí que en la estrategia de distribución planteada por el Estado se propusiera además de la creación de empleos, otras medidas económicas y sociales. Entre las primeras destacan la estabilidad de precios y el aumento de la productividad. Sin embargo, conocidas las limitaciones del efecto real de medidas económicas aisladas, se optó también por las de carácter social. Estos programas se enfocaron a producir directamente servicios que facilitaran a la población el acceso a niveles mínimos de bienestar.

La superación de la marginación social se concebía como resultado de una acción de amplitud tal, que rebasaba las posibilidades de la actuación aislada de cualquier dependencia de la Administración Pública Federal. En cambio, la gestión de COPLAMAR permitía coordinar la acción de diversos organismos conforme a un plan conjunto, para lo cual se planteaba un sistema de colaboración programática que descansaba en tres elementos básicos:

- Celebración de convenios programados entre las entidades agrupadas en la Coordinación y el resto de las Dependencias de la Administración Pública Federal. Las primeras aportaron su experiencia profesional y técnica específica, su penetración territorial, su comunicación permanente con las comunidades, un enfoque integrado de las necesidades y sus recursos humanos y materiales. Las segundas aportaron su capacidad programadora, de ejecución y operación en el área de su competencia legal, así como sus recursos humanos y materiales.

- Integración territorial de proyectos mediante su planeación, ejecución y evaluación en cada zona por parte de las diferentes instituciones públicas, trabajando conjuntamente con la participación de la comunidad, de las unidades regionales de COPLAMAR y con la supervisión de los Comités Promotores del Desarrollo Socio-Económico (COPRODES).

- Señalamiento de una asignación presupuestal destinada de manera intransferible a cumplir con los programas convenidos y los proyectos elaborados por las propias dependencias y entidades en favor de las zonas deprimidas y los grupos marginados, asignación que será ejercida por las mismas instituciones responsables de su ejecución.

En México, se pensó, la seguridad social habrá de tener sus mayores efectos redistributivos a través de los esquemas de solidaridad social que benefician a las mayorías.

En base a la Ley del Seguro Social, el Programa de Solidaridad Social del Instituto Mexicano del Seguro Social en operación desde 1975 por acuerdo presidencial, hace concurrir a la Institución con el 40 por ciento de los gastos de operación con cargo a sus remanentes y el 60 por ciento restante lo aporta el Gobierno Federal.

Al firmarse el Convenio IMSS-COPLAMAR y a fin de imprimir una mayor celeridad a la extensión de los servicios, el Gobierno Federal determinó aportar el 100 por ciento del presupuesto destinado al Programa.

La alta prioridad conferida por el Gobierno Federal a este Programa ha tenido como resultado una gran fluidez en las aportaciones de fondos fiscales para su inversión y operación.

CAPITULO III

DESARROLLO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

NUEVO MARCO JURIDICO DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL

El 20 de abril de 1983 el ejecutivo federal emite un decreto mediante el cual, al desaparecer COPLAMAR el Instituto asume totalmente la responsabilidad del Programa lo que implica organizar la participación comunitaria con base en la ley de seguro social, es decir, como contraprestación por los servicios recibidos, dando especial atención a las actividades que en forma directa influyen sobre el estado de salud de la población y sobre el mejoramiento del medio familiar y comunitario.

En 1983 también se da a conocer el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y el 8 de marzo de 1984 se publica en el diario oficial de la Federación el decreto de descentralización de los servicios de salud a población abierta. Asimismo, a partir del 1.º de julio de 1984 entra en vigor la ley general de salud. Estos ordenamientos jurídicos contienen disposiciones que rigen las actividades del Programa IMSS-COPLAMAR, que aunados a los emitidos por la ley del IMSS, ley de planeación y otros en materia de salud, constituyen el marco jurídico de los servicios de solidaridad social.

SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

En la actualidad el Programa IMSS-COPLAMAR se fundamenta en dos sistemas básicos. Atención a la salud y acción comunitaria.

Atención a la salud

Hasta el año 1985 la operación del Programa IMSS-COPLAMAR se basó en 3 246 unidades de primer nivel y 65 hospitales rurales "S" de segundo nivel; con estos recursos se atendió a una población adscrita de 13 896 142 personas en las 31 entidades federativas.

En el último trimestre de 1985 y primero de 1986 se descentralizaron a 12 gobiernos de los estados, los servicios de salud del Programa IMSS-COPLAMAR, por lo que durante 1986 el Programa operó en 19 entidades federativas, 2 404 unidades de primer nivel y 50 hospitales rurales "S" que constituyen el segundo nivel de atención, logrando una población adscrita a estas unidades de 9 544 258 personas.

El Programa de Descentralización del Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos de los estados se ha detenido con objeto de valorar su operación en los estados que lo han recibido, y estudiar la conveniencia de que este proceso continúe o no. En el ejercicio de 1986, la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR enfatizó en la consolidación de los servicios de salud de las 19 entidades federativas donde opera el Programa IMSS-COPLAMAR, por lo que remarcó las estrategias para aplicar en toda su extensión el modelo de atención integral a la salud y el Programa Institucional de Fomento a la Salud; esto permitió que durante el año 1986 el Programa IMSS-COPLAMAR haya extendido sus servicios de salud con recursos humanos capacitados de la propia comunidad ya sea como técnicos rurales de salud, asistentes rurales de salud o promotoras voluntarias rurales de salud.

Un buen número de unidades del Programa IMSS-COPLAMAR se encuentran enclavadas en pequeñas comunidades de menos de 500 habitantes, aisladas, donde los medios de comunicación no permiten su integración al desarrollo nacional. Consecuentemente, son poblaciones donde existen falta de servicios, carencia de satisfactores, saneamiento básico y un panorama epidemiológico en el que predominan las enfermedades transmisibles.

Lo anterior da como resultado un medio hostil para los médicos pasantes, quienes socializados y formados en zonas urbanas, con frecuencia se resisten a ejercer su año de servicio social en este tipo de poblaciones; la repercusión para el Programa IMSS-COPLAMAR, se evidencia en el déficit de pasantes en las unidades médicas rurales.

Así, se ha observado que existe un buen número de unidades donde permanentemente se tienen problemas para contratar pasantes o en donde se presentan renuncias frecuentes.

Por otra parte, el personal médico profesional que se ubica en ellas, resulta por lo general subutilizado, ya que, por su nivel académico y su desconocimiento de la cultura, no logra la completa identificación y comunicación con la población.

Ante este problema la coordinación general del Programa IMSS-COPLAMAR y la subdireción general médica a través de la jefatura de servicios de enseñanza e investigación, han determinado la formación de personal auxiliar técnico. Al técnico rural de salud se le capacita, para que cuente con las habilidades y conocimientos que le permitan en ausencia del médico realizar actividades educativas, promover la participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud y proporcionar atención médica en relación a un limitado número de enfermedades frecuentes en su medio, atendidas con un cuadro básico de medicamentos específicos. Su función práctica en cuanto a la atención médica es diagnosticar lo evidente, limitar el daño a la salud, reconocer los padecimientos que requieren la atención de personal más capacitado y derivarlos oportunamente a la unidad médica de campo más cercana para su manejo.

Con lo anterior se pretende dotar a las unidades médicas rurales de difícil acceso o baja cobertura, de un recurso humano estable técnicamente capacitado para proporcionar atención primaria a la salud y quien por ser originario de la propia comunidad, se identifique plenamente con los patrones sociales y culturales de la región.

Al técnico rural de salud se le capacita para que obtenga los siguientes conocimientos:

- Filosofía, objetivos y organización del Programa de Solidaridad Social por cooperación Comunitaria.

- Importancia de la participación de la comunidad para la resolución de sus problemas de salud.

- Bases de la atención primaria de salud.

- Método para elaborar el diagnóstico de salud.

- Terminología elemental empleada en el área de salud.

- Acciones de salud que se requieren para la atención del embarazo, parto, puerperio y planificación familiar.

- Acciones de salud que se requieren para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, tomando en cuenta edad, sexo y estado fisiológico.

- Actividades que se requieren para promover una nutrición apropiada, enfocándose a los grupos de alto riesgo, las embarazadas y los menores de cinco años.

- Identificación de la población en riesgo de sufrir enfermedades prevenibles por vacunación y conocimiento de las técnicas de aplicación de biológicos respectivos.

- Importancia y los procedimientos necesarios para realizar la detección oportuna, la prevención y tratamiento de las principales enfermedades locales, así como de los traumatismos y urgencias médicas frecuentes.

- Problemas de salud en los que no debe intervenir, ya que requieren otro nivel de atención.

- Lineamientos para la derivación oportuna de pacientes a la unidad de apoyo más cercana.

- Importancia y las técnicas de saneamiento del medio ambiente familiar y comunitario.

- Técnicas de integración y manejo de grupos necesarios para las actividades de promoción para la salud.

- Procedimientos administrativos de la prestación en servicios, canalización de pacientes y sistemas de información.

Ante el hecho de que el país se encuentra lejos de lograr la cobertura total de las poblaciones rurales a través de los servicios de solidaridad social, la subdireción general médica a través de la jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación y la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, dispuso la formación de recursos humanos que sean el enlace entre el paciente, la comunidad y el sistema de atención a la salud, asimismo, que respondan a las necesidades reales de la comunidad en materia de salud y que se responsabilicen de las actividades designadas a ampliar la cobertura de servicios para mejorar la calidad de la atención primaria a la salud en las áreas de influencias de las unidades médicas rurales.

Desde 1984 se iniciaron los cursos para la formación de asistentes rurales de salud. Actualmente el sistema cuenta con 829 egresados, los cuales están ubicados en sus propias comunidades y realizan las actividades para las que fueron preparados.

Los resultados hasta el momento son satisfactorios. La experiencia obtenida tanto en el desarrollo de los cursos, como en la operación de los asistentes, permiten plantear modificaciones al programa original que tienen como objetivo aumentar la calidad de los egresados para mejorar su desempeño dentro del modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-COPLAMAR.

Los cursos para la formación de asistentes rurales de salud tienen los siguientes propósitos:

- Formar uno o dos asistentes rurales de salud por cada una de las unidades médicas de campo del Programa IMSS-COPLAMAR.

- Incorporar al equipo de salud de las unidades médicas de campo, un recurso humano capaz de comprender y atender las necesidades comunes y elementales de salud de la comunidad.

- Disponer de un recurso humano de extracción y residencia en las propias localidades, técnicamente capacitado para desarrollar actividades de promoción y prevención para la salud.

- Contar con un recurso humano habilitado para el manejo, organización y capacitación de grupos en la comunidad para lograr su participación en la solución de sus problemas de salud.

- Contar con un recurso humano que asesore a los habitantes de las localidades del área de acción intensiva de las unidades médicas de campo, en la realización de obras y servicios para el saneamiento del medio ambiente familiar y de la comunidad.

Al asistente rural de salud se le capacita en los siguientes conocimientos:

- Bases de la atención primaria de salud.

- Organización del Programa IMSS-COPLAMAR.

- Procedimientos administrativos de la prestación de servicios.

- Terminología elemental empleada en el área de salud.

- Técnicas de enseñanza.
- Bases de la higiene personal y del saneamiento familiar comunitario.
- Realización de encuestas para colaborar en la realización de diagnósticos de salud locales.
- Programas de educación para la salud.
- Reconocimiento de los síntomas y signos de peligro que se presenten en las enfermedades, traumatismos o intoxicaciones más frecuentes de su comunidad.
- Estructura y dinámica de la comunidad.
- Técnicas de aplicación de las diferentes vacunas.

En cuanto a las promotoras rurales voluntarias, brazo ejecutor de acciones de los comités de salud y responsables directas de participar en la vigilancia y el cuidado de la salud y el bienestar de un grupo de familias, incluida la propia, se ha observado un incremento en su número hasta llegar a 47 326.

Acción comunitaria

El principio fundamental de la participación comunitaria es la organización y capacitación para poder desempeñar las tareas o jornadas que tienen que aportar como contraprestación a los servicios de atención que reciben, los cuales no tienen ningún costo económico para el sujeto de solidaridad social. El punto de partida es el compromiso individual y familiar del autocuidado de la propia salud, la higiene personal, el saneamiento y mejoramiento de la vivienda.

Tienen gran importancia las acciones relacionadas con: el manejo adecuado del agua para consumo humano; la disposición sanitaria de excreta y basuras, el mejoramiento de la vivienda, la letrinización; los huertos y hortalizas familiares; las granjas de especies menores, y la participación en tareas colectivas de mejoramiento de la comunidad, tales como: caminos, carreteras, accesos, escuelas y edificios públicos. Esta participación comunitaria es fundamental; sin la participación de la colectividad difícilmente se pueden mejorar las condiciones de salud de una población.

En relación a las actividades de acción comunitaria, se puede informar que se observa un incremento favorable de la participación de la cumunidad, habiéndose duplicado el número de familias participantes en relación a 1985.

Resaltan dentro de estas actividades, las relacionadas con actividades de excreta humana, disposición sanitaria de basura y desechos, la vigilancia del agua para consumo y de la fauna nociva.

Como se observa, el Programa IMSS-COPLAMAR, en nuestros días, tiene como objetivo prioritario e institucional la promoción de fomento a la salud y la superación de la calidad de vida de la población rural marginada. La participación social tiene las características de ser voluntaria, organizada y continua en la identificación y modificación de los factores condicionantes que determinan los daños a la salud, así como de realizar acciones que propician el bienestar individual, familiar y colectivo.

INFORMACION ESTADISTICA

Con el concurso del personal institucional y el comunitario aunado a los recursos físicos y técnicos asignados durante 1986, el Programa IMSS-COPLAMAR cumplió con la mayor parte de las metas trazadas; de tal forma que en ese año, el conjunto de trabajadores

del IMSS (10 664 personas) y las 47 326 promotoras sociales rurales voluntarias activas, los 829 asistentes rurales de salud capacitados; los 10 056 terapeutas tradicionales y los miembros que integran los 8 591 comités de salud activos y 562 consejos municipales de salud, todos ellos, trabajadores de la salud, hicieron posible que en 1986, la población adscrita al Programa llegara a 9,54 millones de solidariohabientes; a los cuales se otorgaron 4 221 214 consultas y se atendieron 21 682 partos, en las unidades médicas de primer nivel de atención: por lo que respecta a los hospitales rurales, se otorgaron 1 059 374 consultas de medicina familiar y dental, así como 351 318 consultas de especialidades y urgencias; en este mismo orden de ideas y en relación a los servicios en hospitales rurales se obtuvieron los siguientes resultados: 101 094 egresos, 47 768 intervenciones quirúrgicas; 41 945 partos atendidos, 847 687 estudios de laboratorio y 169 947 estudios de rayos X.

Es importante resaltar el comportamiento de los egresos hospitalarios en el último trienio, los cuales se han incrementado en un 40 por ciento, que corrobora la mayor difusión y aceptación de los servicios, mejor calidad en la atención médica proporcionada y mayor capacidad resolutiva de estas unidades hospitalarias.

Por lo que respecta a las actividades de prevención y fomento a la salud, en todas las unidades médicas del sistema se aplicaron 8 057 329 dosis de productos biológicos, se atendieron en odontología preventiva a 630 846 personas, se efectuaron 2 615 920 detecciones de padecimientos crónico-degenerativos, se practicaron 285 098 sesiones de educación higiénica, con un total de 4 263 866 personas asistentes y se otorgaron 430 432 tratamientos familiares. Se investigaron a 1 017 379 niños para detección de desnutrición; dentro de los cuales se diagnosticaron el 34,03 por ciento como desnutridos (346 250), de éstos se logró la recuperación en el 47,76 por ciento de los niños atendidos con los recursos propios de cada familia.

La planificación familiar voluntaria, especialmente en mujeres en riesgos obstétricos, alcanzó una cobertura de 15 831 mujeres aceptantes.

A través de la organización comunitaria - particularmente los comités de salud y las promotoras rurales - se pudo lograr que las comunidades dieran impulso a las actividades de saneamiento ambiental y mejoramiento de la vivienda, incidiéndose con ellos en las principales causas condicionantes de las infecciones de vías respiratorias y digestivas, mismas que, pese a los avances registrados, todavía constituyen un importante motivo de enfermedad y muerte en el medio rural. Con el apoyo de sus recursos y en otros casos con el apoyo de los recursos aportados por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, la comunidad - empleando técnicas y materiales de construcción acordes con las características culturales de la localidad - realizó en 1986:

38 992	Acciones para la protección y limpieza de fuentes de abastecimiento de agua.
53 996	Obras para la disposición sanitaria de excreta humana.
18 228	Obras para la eliminación sanitaria de basura y desechos.
29 456	Obras para el control de la fauna nociva y transmisora.

Como complemento a las actividades de los centros de nutrición, se estimuló la producción local de alimentos, lo que permitió la instalación de 96 185 huertos familiares o comunales, y de 78 392 granjas de especies menores.

Respecto a la vivienda, se realizaron en el ámbito de trabajo del Programa 399 300 obras de mejoramiento, lo que representa con relación a 1985 un incremento de 41,4 por ciento.

Las obras señaladas, las de años previos y el esfuerzo sostenido de proporcionar educación para la salud, hizo posible que al concluir 1986:

366 148 Familias hicieron un uso adecuado del agua para consumo humano.

313 170 Familias dispusieron sanitariamente sus excretas.

397 625 Familias eliminan adecuadamente la basura y los desechos producidos en el hogar.

589 851 Familias participaron en la producción de alimentos para complementar su dieta.

704 188 Familias participaron en el control de la fauna nociva y transmisora.

Con relación al total de familias del ámbito de trabajo del Programa, el número de las que participaron en las actividades prioritarias mencionadas llegó a 24 por ciento, lo cual sobrepasa en 11 por ciento el logro obtenido durante 1985. La tendencia descendente en la participación observada en el período 84-85 pudo revertirse en 1986. El logro obtenido es adecuado si consideramos las dificultades que entraña modificar, en las comunidades rurales hábitos y costumbres ancestrales perjudiciales para la salud, especialmente cuando el cambio propuesto se sustenta en el respeto a la voluntad de la población, la que determina si lo lleva o no a la práctica.

Respecto al alcoholismo, en el curso de 1986 se realizaron 14 571 sesiones sobre su prevención y control; se captaron 20 178 casos nuevos de este padecimiento, de los cuales prácticamente la mitad fue objeto de tratamiento por complicaciones inherentes a su enfermedad, y 4 431 se incorporaron a grupos de alcohólicos anónimos ya existentes. De manera simultánea se integraron 721 nuevos grupos de autoayuda, los que, aunados a los 1 001 formados en 1985, hacen un total de 1 722 grupos en operación.

Labor importante dentro del programa ha sido el impulsar la formación de grupos de promoción social, cuyo número tuvo un incremento en el período que nos ocupa; estos grupos se ocupan de aquellas acciones de fomento a la salud relativas a la alfabetización, la recreación y la cultura que contribuyen al bienestar familiar y al mejoramiento de la calidad de vida. Adicionalmente, de modo conjunto con la coordinación general de prestaciones sociales del IMSS, se procedió a organizar en los albergues de los hospitales rurales de Rincón de Romos, Aguascalientes, y Guadalupe Victoria, en Durango, centros comunitarios de fomento a la salud, donde además de las acciones de promoción y protección a la salud, se están realizando actividades culturales, recreativas y de capacitación en artes y oficios que ayudan a proteger o a incrementar el ingreso familiar. Esta experiencia ha comenzado a extenderse al resto de los albergues.

Por último, en coordinación con la Unidad de Promotores Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social, se logró que la comunidad construyera siete nuevos albergues en hospitales rurales carentes de ellos, los cuales, aunados a los diez ya existentes, hacen un total de 17. Esto significa que el 35 por ciento de los hospitales rurales disponen de un local donde la comunidad puede ofrecer su apoyo solidario, alimentando y hospedando a las familias de los pacientes hospitalizados que lo requieren. Asimismo se ha iniciado la construcción de diez albergues más en un número similar de hospitales del Programa.

El Programa IMSS-COPLAMAR une sus metas con las del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y con las del Programa Nacional de Salud, en los que se asienta como propósito mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rezagados a causa de un desarrollo social desequilibrado, propiciando el autocuidado y la promoción de condiciones que mejoren los niveles individual y comunitario de salud a través de acciones educativas y sanitarias; lo que constituye el instrumento más eficaz del régimen para transitar de la sociedad actual a una sociedad más igualitaria.