



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN
EL SERVICIO DE PROMOCION DE LA SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2001 - 2004).

**TRABAJO RECEPCIONAL
INFORME DE SISTEMATIZACION DE
LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
MARIA DE LA LUZ CORTES TREJO**

DIRECTOR DEL TRABAJO: MTRO. GUMARO ARELLANO PEÑA

MEXICO, D. F.

2005

m. 345429





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Nuestra Máxima Casa de Estudios
que me brindó el placer del
conocimiento y el orgullo
de ser universitaria

A LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Por brindarme los elementos necesarios
para potenciar mis habilidades
y capacidades en el ejercicio
de mi profesión

Agradecer a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a donde se difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ma. de la Luz Cortés
Trejo

FECHA: 14- Junio - 2005

FIRMA: Ma. de la Luz Cortés

A DIOS

Agradezco al Ser más grande
que llegó a mi vida y que ha
marcado mi existencia

El me ha fortalecido en los
momentos más difíciles, me ha
quiado y me ha llenado
de bendiciones

Con su infinito amor y su
incondicional compañía me ha
brindado lo más hermoso
que puedo tener:
Mi familia y mi profesión

Gracias por estar junto a mí en este
importante momento y por permitirme
compartirlo con mis
Seres queridos

A MIS PADRES

LEONARDO Y GUADALUPE

Por el gran esfuerzo que implicó para
ustedes el darme la oportunidad de
convertir este sueño en realidad

Porque han sido el mejor ejemplo que
he tenido: un constante ejercicio de
tenacidad, amor, lealtad y
disciplina

A MI HERMANA SUSANA

A MIS SOBRINAS PAMELA Y ANA KAREN

Por su cariño y por estar siempre junto a mi

Gracias Pamela por tu paciencia y el apoyo
que me brindaste durante la
realización de este trabajo

A LUPITA

Mi mejor amiga con quien he compartido los
momentos más felices de mi vida, y quien
ha permanecido junto a mí en las
situaciones difíciles que he tenido que
enfrentar.

Gracias: Por enseñarme el verdadero valor
de la AMISTAD

A MARCO ANTONIO

Porque eres una de las personas importantes
en mi vida, a quien admiro.

Por tu apoyo, comprensión y por el amor que
me has brindado.

Algo más que tengo que agradecerle a la
vida es el haberte conocido.

A MI ASESOR
LIC. GUMARO ARELLANO PEÑA

Por haber contribuido con sus conocimientos
en la realización de este trabajo y por
compartir conmigo parte de su valioso tiempo.

A LOS PROFESORES:

DR. MANUEL SÁNCHEZ ROSADO
LIC. VICENTE INFANTE GAMA
LIC. ADELINA GONZÁLEZ RAMÍREZ
DR. DANIEL RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ

Que forman parte del jurado y quienes con
sus acertadas observaciones han
enriquecido mis conocimientos.

A LAS DRAS.: LUCIANA CORONA PÉREZ
ROSA LIDIA DE LA ROSA

Por su apoyo incondicional.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1 CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION EN EL DISTRITO FEDERAL

1.1	Sistema Nacional de Salud	4
1.1.1	Estrucluración	6
1.1.2	Objetivos	9
1.2	Instituciones de Atención a la Salud	10
1.3	Principales Enfermedades	15

CAPITULO 2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2.1	Antecedentes Históricos	19
2.2	Estructura Orgánica	26
2.3	Facultades y Atribuciones	30
2.4	Clasificación de las Prestaciones	32

CAPITULO 3 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

3.1	Concepto de Salud	35
3.2	Salud Pública	36
3.2.1	Funciones	37
3.2.2	Niveles de Prevención	38
3.3	Educación para la Salud	39
3.3.1	Importancia	40
3.3.2	Actividades en la Comunidad	41
3.3.3	Procedimientos	42
3.4	Atención Médica	43
3.4.1	Niveles de Atención	45

CAPITULO 4 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 (IMSS)

4.1	Antecedentes	47
4.2	Ubicación Geográfica	48
4.3	Organigrama	51
4.4	Servicios	53

CAPITULO 5 SERVICIO DE PROMOCION DE LA SALUD

5.1	Antecedentes	55
5.1.1	Marco legal	58
5.1.2	Políticas y Propósitos	62
5.1.3	Objetivos	63
5.2	Organización y Estructura	64
5.3	Líneas de Acción	67
5.3.1	Organización y Participación Comunitaria	67
5.3.2	Difusión y Capacitación	68
5.3.3	Detección y Prevención de los Factores de Riesgo para la Salud	70
5.3.4	Mejoramiento de la Alimentación	70
5.3.5	Protección y Mejoramiento del Ingreso Familiar	71
5.3.6	Mejoramiento Ambiental	72
5.3.7	Salud en el Trabajo, Hogar, Escuela y Vía Pública	73
5.3.8	Salud Mental y Adecuado Uso del Tiempo Libre	74

CAPITULO 6 PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

6.1	Concepto	76
6.1.1	Objetivos	77
6.1.2	Metas	78
6.1.3	Estrategias	85
6.2	Salud del Niño (menor de 10 años)	87
6.2.1	Promoción de la Salud	88
6.2.2	Nutrición	88
6.2.3	Prevención y Control de Enfermedades	88
6.2.4	Detección de Enfermedades	89
6.3	Salud del adolescente (10 a 19 años)	89
6.3.1	Promoción de la Salud	90
6.3.2	Nutrición	90
6.3.3	Prevención y Control de Enfermedades	90
6.3.4	Detección de Enfermedades	90
6.3.5	Salud Reproductiva	91

6.4	Salud de la Mujer (20 a 59 años)	91
6.4.1	Promoción de la Salud	92
6.4.2	Nutrición	92
6.4.3	Prevención y Control de Enfermedades	92
6.4.4	Detección de Enfermedades	92
6.4.5	Salud Reproductiva	93
6.5	Salud del Hombre (20 a 59 años)	93
6.5.1	Promoción de la Salud	93
6.5.2	Nutrición	94
6.5.3	Prevención y Control de Enfermedades	94
6.5.4	Detección de Enfermedades	94
6.5.5	Salud Reproductiva	94
6.6	Salud del Adulto Mayor (mayores de 59 años)	95
6.6.1	Promoción de la Salud	95
6.6.2	Nutrición	95
6.6.3	Prevención y Control de Enfermedades	95
6.6.4	Detección de Enfermedades	96

CAPITULO 7 ESTRATEGIA METODOLOGICA DE INTERVENCION EN EL AMBITO MEDICO SOCIAL

7.1	Justificación	97
7.2	Conceptualización de la Metodología de Intervención	97
7.3	Etapas del Proceso de Intervención	99
7.4	Métodos, Técnicas e Instrumentos Utilizados durante la Experiencia Profesional	100

CAPITULO 8 DESCRIPCION DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

8.1	Antecedentes	101
8.2	Caracterización del Equipo Participante	102
8.3	Etapas, Funciones y Actividades en: el Servicio de Promoción de la Salud	104
8.4	Resultados y Productos	113

**CAPITULO 9 ANALISIS DEL DESARROLLO DE LA
EXPERIENCIA PROFESIONAL**

9.1	Con Relación a las Condiciones de Salud de la Población en el Distrito Federal	117
9.2	Con Relación al Marco Teórico	120
9.3	Con Relación a los Métodos Aplicados	122
9.4	Con Relación al Desarrollo de la Experiencia	124
9.5	Con Relación a los Resultados y Productos de la Experiencia	126

CONCLUSIONES	128
---------------------	-----

PROPUESTA	132
------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	145
---------------------	-----

INTRODUCCION

La salud es el bienestar físico, mental y social esencial para el ejercicio pleno de las capacidades del hombre, definido éste como un ser bio-psicosocial, donde se interrelacionan aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. La salud entendida de este modo es integral y dinámica. Por lo tanto, es de primordial importancia para el desarrollo de toda sociedad.

El mejoramiento en el nivel de salud, se ha considerado aspecto fundamental del bienestar social, debido a que actualmente en nuestro país se observa que las enfermedades más importantes están relacionadas con el comportamiento individual, lo que se denomina estilos de vida.

Estudios epidemiológicos demuestran que la mitad de la mortalidad dentro de las 10 principales causas de muerte pueden relacionarse con comportamientos perjudiciales para la salud, como por ejemplo: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol o alimentos, sedentarismo, etc.

Ante esto y como resultado de la problemática de salud de la población, del Instituto Mexicano del Seguro Social se ha derivado el Programa Institucional de Promoción de la Salud como una estrategia orientada a promover la participación comunitaria en forma consciente y responsable para propiciar la respuesta individual y colectiva en el autocuidado de la salud y lograr una mejor calidad de vida. Como un elemento de salud pública, incorpora factores psico-sociales y de riesgo como componente fundamental en el proceso salud-enfermedad, actúa sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados; crea un nuevo enfoque de la cultura de la salud que permite la prevención y el autocuidado a través de promover conocimientos, conductas, actitudes, organización y desarrollo individual, familiar, laboral y comunitario mediante la educación para la salud.

En dicho Programa Trabajo Social desempeña funciones importantes, relacionadas con la promoción de la salud mediante acciones de capacitación como sesiones educativas, cursos y grupos de ayuda; en beneficio de la salud de la población.

El presente trabajo pretende recuperar la experiencia profesional en Trabajo Social dentro del área de Promoción de la Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del IMSS; teniendo como base metodológica la sistematización que se define como un método en el que se integra teoría y práctica con el objeto de generar conocimiento a partir de la experiencia para mejorarla.

El modelo de sistematización para los efectos de este trabajo es el solicitado por la Sección Académica de

Tesis y Exámenes Profesionales de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

En el primer capítulo se describen las condiciones de salud de la población en el Distrito Federal y las principales enfermedades como consecuencia de los factores sociales, económicos, biológicos, ambientales, políticos y culturales; tomando como base que la salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud, por ejemplo: el aumento de algunas enfermedades se debe en gran parte, a cambios en el medio, a la conducta inadecuada de las sociedades industrializadas, contaminación ambiental, sobrealimentación, urbanización, estrés y aumento de la población.

De igual manera, la influencia de la información que se recibe a través de los medios de comunicación social, principalmente radio y televisión, ha sido un factor determinante en las condiciones de salud de la población. Debido a que la publicidad ha demostrado la capacidad que tiene para modificar el comportamiento de la población generando conductas consumistas por ejemplo: el cambio de la alimentación del niño del seno materno a la alimentación artificial.

Por otra parte, se menciona al Sistema Nacional de Salud, como parte importante en beneficio de la problemática de salud, así como a las Instituciones de Atención a la Salud que existen.

En el segundo capítulo se hace referencia al Instituto Mexicano del Seguro Social; se mencionan los antecedentes históricos, su estructura orgánica la cual esta conformada por una Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General. Así como la clasificación de las prestaciones, facultades y atribuciones de esta Institución.

En el tercer capítulo se exponen los conceptos teóricos relacionados con las actividades desempeñadas por Trabajo Social; como la definición de salud, aspectos importantes de la salud pública, la educación para la salud y la atención médica.

El cuarto capítulo presenta los antecedentes, ubicación geográfica, organigrama y servicios de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del IMSS, donde se desarrolla la experiencia profesional; específicamente en el área de Promoción de la Salud.

En el quinto capítulo se aborda información relacionada con los antecedentes del servicio de Promoción de la Salud, el cual surge a partir del Programa Institucional de Fomento de la Salud, así mismo, se menciona el marco legal, las políticas y propósitos, objetivos, organización,

estructura y las líneas de acción en base a las cuales se realizaban las actividades planteadas por dicho programa.

El sexto capítulo se refiere a los Programas Integrados de Salud, que actualmente se implementaron en el IMSS. Estos Programas son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad.

Para tal fin, la Dirección de Prestaciones Médicas estableció cinco Programas Integrados:

- Salud del niño (menor de 10 años)
- Salud del adolescente (10 a 19 años)
- Salud de la mujer (20 a 59 años)
- Salud del hombre (20 a 59 años)
- Salud del adulto mayor (mayores de 59 años)

La conformación de estos grupos etáreos se debe a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa.

El séptimo capítulo comprende los principales aspectos de la estrategia teórico metodológica de Trabajo Social en el ámbito médico social, describiendo las etapas del proceso de intervención, los métodos, técnicas e instrumentos utilizados.

En el octavo capítulo se realizó la descripción del desarrollo de la experiencia profesional mencionando los antecedentes, la caracterización del equipo participante, etapas, funciones y actividades del Trabajador Social; finalizando con los resultados de la experiencia en el área de Promoción de la Salud.

El capítulo noveno lleva al análisis del desarrollo de la experiencia profesional de Trabajo Social, con relación a las condiciones de salud de la población en el Distrito Federal, el marco teórico, la metodología aplicada, el desarrollo de la experiencia y a los resultados obtenidos.

Finalmente se presentan las conclusiones del presente trabajo y como resultado de la sistematización, una propuesta para mejorar el desempeño de las funciones del Trabajador Social en el área de Promoción de la Salud de la Unidad De Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CAPITULO 1 CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION EN EL DISTRITO FEDERAL

El nivel de salud de la población está condicionado por factores sociales, económicos, biológicos, físico-químicos, políticos y culturales. Es decir, la salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual los factores que afectan el desarrollo socio-económico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud.

Actualmente la sociedad padece una de las más graves crisis económicas; ésta ha generado una serie de problemas que no son personales o de unos pocos, sino sociales y políticos que requieren acciones organizadas para ser resueltos. Dicha crisis ha dado lugar a la desigualdad en el nivel socio-económico de los sectores de la población, afectando las condiciones de vida y por consiguiente la salud del individuo.

Algunos factores que influyen en la problemática de salud y que se han derivado de la situación actual del país son:

A) El Desempleo: En esta materia el país se encuentra en una situación grave, porque sólo la mitad de la población económicamente activa cuenta con empleo regular, refugiándose el resto de la sociedad en el sector informal, con la consecuente evasión de impuestos.

"Del incremento en la población económicamente activa, 84.4 por ciento encontró algún tipo de ocupación formal o informal en el territorio nacional, el resto, 480 mil 483 personas, no han encontrado empleo y se han sumado al gran número de desocupados durante este gobierno, hasta alcanzar una dimensión que en junio de 2004 llegó a un millón 92 mil 692 habitantes afectados por el desempleo. Durante el gobierno del Presidente Vicente Fox hay 78.5 más desempleados que al comienzo de su sexenio, en diciembre de 2000, cuando este fenómeno afectaba 612 mil 209 habitantes en todo el territorio nacional".(1)

(1) López Gallo, Manuel. "Incrementa el Desempleo durante el Gobierno De Fox"; La Jornada, México D.F., 16 de agosto de 2004, pág. 2.

Actualmente, 63 por ciento de las personas con algún tipo de ocupación carecen de prestaciones, cuando en diciembre de 2000 esa proporción era de 61.3 por ciento. De los 42 millones 89 mil 401 individuos considerados como integrantes de la población ocupada en junio de 2004, 60 por ciento percibían hasta tres salarios mínimos o menos como remuneración por su trabajo.

"Al inicio del gobierno en curso, 36.4 por ciento de la población ocupada trabajaba en micro-negocios, pero tres años y medio después se elevó a 39.2 por ciento y este tipo de empleo casi duplica al de las empresas grandes. Es esta, la mayor forma de ocupación entre todas las existentes en el ámbito legal, aunque informal, de la economía."(2)

Por lo que respecta a los asalariados, 24 por ciento de la población desocupada en diciembre de 2000 se encontraba en esta situación por despido; pero en junio del presente año 28.7 por ciento del universo de desempleados habían perdido su trabajo por esa causa.

"En cuanto al Distrito Federal, las cifras recientes que registra el gobierno de la ciudad arrojan una tasa de desempleo de 4.5 por ciento (aproximadamente 180 mil personas), de las cuales más de 50 por ciento tienen un grado de escolaridad superior."(3)

B) La Vivienda: Es otro de los problemas que repercute sobre la salud. Actualmente se estima que en la zona metropolitana de la ciudad de México, gran parte de la población vive en habitaciones con no más de dos cuartos; por otro lado, existen asentamientos irregulares ubicados en terrenos no legalizados y que generalmente no tienen todos los servicios, lo que da lugar a condiciones insalubres a las que está expuesto el individuo.

C) Otro aspecto importante que se vincula con la salud es el deterioro ecológico a través de la contaminación ambiental.

Los niveles de contaminación en el Distrito Federal y los daños producidos por ella, alcanzan cifras muy significativas en comparación con otras ciudades. Esto se

(2) Anda Gutiérrez, Cuauhtémoc. "Desempleo y Micro - negocios"; La Jornada, México D.F., 30 de agosto del 2004, pág. 5.

(3) Cabrera Parra, José. "Crece el Desempleo en el D.F."; La Jornada, México D.F., 20 de septiembre del 2004, pág. 6.

debe principalmente a la falta de control de los gases y los contaminantes generados por la industria y los vehículos automotores.

"La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que unas 700 mil muertes anuales podrían prevenirse en países en desarrollo si disminuyeran los niveles de tres contaminantes: Monóxido de carbono, partículas suspendidas y ozono."(4)

Los efectos de dichos contaminantes son graves en grupos de alto riesgo como son los niños, los ancianos, así como en los pacientes con enfermedades respiratorias como asma y bronquitis crónica.

Por otra parte, la industria causa daño ecológico al transformar material biodegradable en no biodegradable. Considerando que un producto biodegradable es aquel que se desintegra naturalmente, por procesos químicos y biológicos, en lapsos relativamente cortos de tiempo (días o meses). Los que no lo son pueden demorarse años y hasta siglos. Esto se ve claramente ejemplificado con el problema de la basura. Son productos no biodegradables que contaminan el suelo e impiden el desarrollo de sus respectivos ecosistemas, al alterar el crecimiento de plantas y por consiguiente de los animales que se alimentan de ellas.

Así mismo, la industria utiliza combustibles que generan toda clase de gases contaminantes, con las consecuencias conocidas (polución, contaminación atmosférica, alteración de la composición gaseosa natural de la atmósfera, etc.), envenenando así los suelos y el agua. Esto, aunado a la deforestación, los niveles elevados de ruido y otras sustancias y compuestos, hacen que aumente el índice de envenenamiento del ambiente.

Con base, en los datos anteriores se observa que la salud es uno de los aspectos donde la crisis también ha incidido.

La disminución en cantidad y calidad de los aspectos mínimos de bienestar (alimentación, educación, sanidad ambiental) más las repercusiones directas de la austeridad (en las medidas de seguridad de los centros laborales, en los servicios de salud, etc.), han impactado severamente la calidad de vida de la mayoría de la población, en particular la de escasos recursos económicos.

La falta de crecimiento del sector encargado de la atención sanitaria, tanto en cantidad como en calidad, y el desempleo y subempleo que impiden el acceso

(4) González López, Humberto. "Contaminación y Salud"; La Jornada, México D.F., 28 de agosto del 2004, pág. 9.

de la población a los servicios de seguridad social, son indicadores que llevan a confirmar que la salud es un problema, no sólo social sino político, donde los condicionantes sociales ya mencionados y el sistema socioeconómico contribuyen a poner limitaciones a los procesos democratizadores del acceso a la salud.

1.1 Sistema Nacional de Salud

A partir de los años setenta se generó una etapa de desarrollo social en México que llevó a un reconocimiento estatal de las grandes carencias en materia de salud, alimentación, vivienda, empleo, educación y seguridad social. Esto provocó que se realizaran una serie de planteamientos y alternativas oficiales enfocadas a programas y políticas de los problemas de salud. Así mismo, se formularon un gran número de programas y planes oficiales que pretendían impulsar una serie de políticas de bienestar social. Algunas de estas propuestas se quedaron a nivel declarativo y otras se tradujeron en hechos concretos.

En julio de 1973, se realizó la Primera Convención Nacional de Salud, con participación de las instituciones del sector salud, de gobiernos estatales, municipales y locales, de instituciones de enseñanza superior, de estudiantes y organizaciones de trabajadores; en las cuales se definieron las bases y estrategias para la formulación del Plan Nacional de Salud.

La Secretaría de Salud, coordinó los trabajos de la Convención, a través de un Consejo Directivo; presidido por el Secretario de Salud, e integrado con representantes de otras Secretarías de Estado, de las Instituciones de Seguridad Social, de Enseñanza Superior y Academias Médicas. El Consejo señaló los campos de estudio y las responsabilidades de las instituciones y los grupos para analizar los problemas y elaborar los trabajos que habrían de ser presentados en la Convención.

El análisis de los problemas, necesidades y recursos comprendió todo el territorio nacional. En cada una de las 32 entidades federativas del país, bajo la dirección del Gobernador del Estado, se estructuró un organismo con representantes del Sector Salud y de otros que estimularon a la población a investigar los problemas de salud de las

comunidades, a valorar los recursos y a plantear soluciones factibles, cuyo resultado fue la elaboración de planes estatales de salud. Trabajaron con los mismos propósitos grupos a nivel municipal y local de gobierno, ya que la buena planificación en la materia reduce los daños a la salud y su repercusión económica.

Los planes presentados en la Convención por cada una de las Entidades Federativas y las 216 ponencias que trataron los problemas fundamentales de salud del país, formularon propuestas sobre metas, acciones y procedimientos para lograr avances significativos en cuanto a la salud del pueblo. Se estimó que la solución requiere no sólo de la acción que afronta hoy los problemas, sino el que se tenga en cuenta, para el futuro, la actitud de prevención y previsión, estableciendo objetivos y metas con margen y acotaciones al ritmo de la transformación que impera en el país.

Las conclusiones y proposiciones de la Convención constituyeron la base para la elaboración del Plan Nacional de Salud, que se inició al terminar la reunión, utilizando la experiencia de los programas que se realizaron anteriormente, así como un mejor conocimiento de los problemas y prioridades de salud, de los propósitos de progreso que existen en la nación y de la disponibilidad de recursos humanos y económicos para la ejecución del plan.

Durante el sexenio 1976-1982 se creó por primera vez un organismo para la planeación de la salud: la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente Secretaría de Salud). Anteriormente, cada rama de las dependencias de salud generaba sus planes y programas sin suficiente coordinación entre sí.

Los programas implementados en este sexenio fueron: el Plan Nacional de Planificación Familiar, el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano, el Programa Comunitario Rural, el Programa de Acción del Sector Público, el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social, el convenio IMSS-COPLAMAR. Este último cubrió, en alguna medida, el gran déficit de infraestructura que tenía el país en esos años. Sin ese esfuerzo, actualmente existiría un déficit de cobertura de muchos millones más de habitantes sin atención.

Este periodo fue de gran inversión, al poner en práctica varios programas que tendieron a favorecer a la población rural; sin embargo, al paso del tiempo y por falta de eficiencia para desarrollar una infraestructura

adecuada, tuvieron pocas posibilidades de traducirse concretamente en la práctica. Incluso algunos de esos programas se modificaron por completo y otros fueron abandonados.

Como resultado de la necesidad de integrar los servicios de salud, dar un uso más productivo de sus recursos, ampliar el acceso de los mexicanos a los servicios y así garantizar, para todos, el derecho a la salud; nace el actual Sistema Nacional de Salud el cual se fundamenta jurídicamente en el derecho a la protección de la salud, establecido en el artículo 4to. de la Constitución Política. Es un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática que pretende armonizar los programas de servicios de salud que realice el Gobierno Federal, con los que lleven a cabo los gobiernos de los estados y sus municipios y los sectores social y privado.

El Sistema Nacional de Salud esta constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Su mayor prioridad es ampliar la cobertura de los servicios; núcleos rurales y a los urbano desprotegidos, al tiempo que armoniza los programas del Gobierno Federal de los sectores público y privado, elevar la calidad de los servicios médicos así como darle difusión a las acciones médico preventivas y de salud pública a toda la población nacional.

Con el propósito de consolidar al Sistema Nacional de Salud y apoyar su aplicación en todo el país, la Secretaría de salud ha puesto en práctica las siguientes medidas estratégicas: la coordinación del sector, la dirección y coordinación de los programas de todas las instituciones que proporcionan servicios de salud en todo el país.

1.1.1 Estructuración

El Sistema Nacional de Salud, está integrado por:

- 1.- Las entidades federales del Sector Salud, a las cuales se aplica la obligatoriedad.
- 2.- Los gobiernos de las entidades federativas, que se

vinculan a través de la coordinación con el Gobierno Federal.

- 3.- los sectores social y privado, que se incorporan mediante la concertación e inducción con apoyo en la consulta popular.

La ley General de Salud establece que las autoridades sanitarias son:

- El Presidente de la República.
- El Consejo de Salubridad General.
- La Secretaría de Salud.
- Los Gobiernos de las Entidades Federativas, incluyendo el del Gobierno del Distrito Federal.

El Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente del Presidente de la República. Está integrado por un presidente que será el Secretario de Salud, un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine. Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el Presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos, a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias.

Las obligaciones de este Consejo con relación al Sistema Nacional de Salud son:

- Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.
- Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud.
- Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud (este cuadro lo componen los medicamentos, las materias primas para elaborarlos, los productos biológicos, los reactivos, el equipo e instrumental médico, el material de curación y la información científica).

- Participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.
- Analizar las disposiciones legales en materia de salud.

La Secretaría de Salud: En ella recae la coordinación del Sistema Nacional de Salud, sus funciones son:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud.
- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
- Impulsar la descentralización de los servicios de salud.
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud.
- Coordinar el proceso de programación de las actividades del Sector Salud.
- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud, coadyuvando a que la formación y distribución de estos recursos para la salud sean congruentes con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.
- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Los Gobiernos de las Entidades Federativas: Su relación con el Sistema Nacional de Salud está en función de la planeación, organización y desarrollo de los sistemas estatales de salud, conforme se establezca en los acuerdos de coordinación que celebren los gobiernos de las entidades federativas con el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud.

1.1.2 Objetivos

De acuerdo con el artículo 6° de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud tiene ocho objetivos:

1.- "Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

2.- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.

3.- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en los aspectos económico y social.

4.- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.

5.- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

6.- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar los servicios de salud.

7.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

8.- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud".(5)

Es importante señalar, que dentro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud se establece la igualdad; que se refiere a proporcionar los servicios de salud a toda la población, por igual, sin importar edad, sexo, ocupación o credo. Sin embargo, hasta ahora persiste la desigualdad en el acceso y en la prestación de servicios de salud. Se busca incrementar la eficiencia sectorial pero no se ha logrado abolir las desigualdades entre "población asegurada" y población abierta, lo cual limita la democratización efectiva en materia de prestación y acceso a los servicios de salud.

Otro de los objetivos que no ha sido cubierto de manera satisfactoria, es el séptimo, que se refiere a la modificación de hábitos que influyen negativamente en la salud. Esto como consecuencia de la poca participación no sólo del personal médico, sino también de la comunidad.

Actualmente se desarrollan múltiples actividades de promoción y educación para la salud; sin embargo, no se ha logrado el impacto deseado, debido a que el individuo y su familia no se han responsabilizado del autocuidado de su salud, por lo que es importante dar mayor impulso a las acciones educativas.

1.2 Instituciones de Atención a la Salud

La atención médica en nuestro país se proporciona a través de los siguientes sistemas:

- A) Seguridad Social
- B) Asistencia Pública
- C) Atención Privada
- D) Medicina Tradicional

- A) Seguridad Social

Estos servicios son los que amparan a los trabajadores que cuentan con una relación laboral formal. Estas

(5) Herrera Madrigal Irene, "La Salud", Edit. CEE, Mexico 1998, pág.44

instituciones son sostenidas por la aportación de los patronos y por las cuotas de todos los Trabajadores y son:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); otorga atención a obreros y empleados que no pertenecen al Gobierno Federal.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); atiende a empleados del Gobierno Federal, al personal administrativo y académico de la Universidad Nacional Autónoma de México y al personal de los Poderes Legislativo y Judicial.
- Existen también otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal como: Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.

B) Asistencia Pública

Dentro de los que destacan los servicios que proporciona la Secretaría de Salud a la población que no tiene acceso a la seguridad social, ni a la atención privada.

Este tipo de atención médica se otorga en instituciones públicas de salud a todas las personas que lo requieran de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Es importante enfatizar que para la determinación de las cuotas de recuperación de este servicio se toma en consideración el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas, por otro lado, se fundarán en principios de solidaridad social; es decir, se dispensará del cobro al usuario que carezca de recursos para cubrirlos, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

Este servicio público es sostenido por los impuestos que paga la población.

Las instituciones que prestan estos servicios son:

La Secretaría de Salud, por medio de los Centros de Salud, Hospitales Generales y de los Institutos Nacionales de Salud tales como:

- Hospital Infantil de México

- Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional de Cardiología
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Instituto Nacional de Nutrición
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
- Instituto Nacional de Pediatría
- Instituto Nacional de Perinatología

Existen otros servicios asistenciales como los del Gobierno del Distrito Federal y los que tienen algunos Estados y Municipios; el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Actualmente, el Seguro Popular de Salud, es parte también de la Asistencia Pública.

El Seguro Popular de Salud, considerado como el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud, tiene la finalidad de garantizar gradualmente el derecho a la Protección Social en Salud a todos los mexicanos que no cuenten con esta y decidan afiliarse voluntariamente.

El Gobierno Federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias, aportan los recursos necesarios para financiar de manera solidaria la atención médica que se brinda a las familias afiliadas.

El monto de las cuotas familiares se establece en función al ingreso de cada familia, sin embargo, la insuficiencia o carencia de éste, no será limitante para tener acceso al Sistema, ya que estas familias quedan exentas de pago.

El Seguro Popular de Salud, según información del Gobierno Federal, garantiza que las familias afiliadas reciban consultas médicas en el Centro de Salud, o en caso necesario, consultas de especialidad, cirugía, y atención hospitalaria; así como medicamentos y estudios de laboratorio.

La inscripción ofrece la protección en salud a los integrantes de la familia; es decir, el padre, la madre, los hijos menores de 18 años. También incluye al padre y la madre del titular o de su cónyuge, mayores de 64 años que vivan en el mismo hogar. Además a los menores de 18 años

que tengan parentesco de consanguinidad con el titular, y vivan en el mismo hogar, tales como nietos, hermanos y sobrinos.

Se podrán incluir también a los hijos solteros de 18 a 25 años, que comprueben ser estudiantes, o que sean discapacitados y dependan económicamente de sus padres.

A las familias afiliadas se les hará entrega de la constancia de inscripción, que incluye los nombres de los integrantes de la familia afiliada y el período de vigencia. El titular podrá dar de alta a los hijos que nazcan durante el lapso de vigencia del Seguro, presentando en el Módulo de Afiliación y Orientación, la CURP o el acta de nacimiento del recién nacido.

Las personas afiliadas, recibirán la Tarjeta Única de Salud que lo identifica como beneficiario del Sistema y le proporciona acceso a todos los servicios cubiertos por el mismo. También, deberá recibir la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda de acuerdo a su edad y sexo.

Los requisitos para la afiliación son:

- No ser derechohabiente de la Seguridad Social.
- Solicitar la afiliación voluntariamente.
- Copia de un comprobante de domicilio.
- Copia de la CURP o acta de nacimiento.
- Copia de identificación oficial del titular con fotografía.
- Cubrir la cuota familiar.

Es importante mencionar que el Seguro Popular de Salud se creó en 2001, período en el cual se llevó a cabo una prueba piloto en cinco estados del país: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. En 2002 fueron afiliadas 296 familias en 20 entidades federativas. Para el 2003, el Sistema operó en 24 estados, logrando que 614 mil familias se afiliaran; y en 2004 se han incorporado 1.5 millones de familias.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuyo reglamento interno fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2004, coordina y vigila la operación del Sistema.

Transición del Seguro Popular de Salud:

Implantación

2004 al 2006

C) Atención Privada

Se divide en:

Servicios Sociales: Son los que prestan, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos. Los bancos, las aseguradoras y algunas empresas prestan este servicio.

Servicios Privados: Son los que prestan personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.

D) Medicina Tradicional

En México existe un sistema mixto de atención a la salud en el que coexisten la medicina moderna y la medicina tradicional.

Para amplios sectores de la sociedad mexicana, y en particular para los indígenas, la medicina tradicional constituye el principal recurso para la atención a la salud; para otros no menos numerosos es un alternativa complementaria a la medicina científica.

La medicina tradicional mexicana es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinado a la prevención y curación de la enfermedad. Y es el resultado de un complejo proceso histórico en el que persisten conocimientos indígenas ancestrales.

La medicina tradicional es ejercida por terapeutas socialmente reconocidos (curanderos, hueseros, hierberos, parteras). Se estima que existen en el país un terapeuta tradicional por cada 500 a 1500 habitantes según un estudio de 1984 de IMSS - COPLAMAR.

Los terapeutas tradicionales han sido un grupo fuertemente cohesionado, un factor de identidad cultural y un recurso curativo de amplio reconocimiento social.

1.3 Principales Enfermedades

Los principales motivos de consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 2, durante el 2004 son:

Grupo etáreo: Niños de 0 a 9 años.

PADECIMIENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
- Infecciones respiratorias agudas	4921	4558	9479
- Control niño sano	1721	1742	3463
- Caries dental	652	510	1162
- Enfermedades infecciosas intestinales	528	466	994
- Conjuntivitis	180	154	334
- Parasitosis intestinal	3720	3682	7402
- Infecciones en vías urinarias	154	230	384
- Traumatismos	19	24	43
- Anemias	97	103	200
- Asma	106	114	220

Grupo etáreo: Adolescentes 10 a 19 años.

PADECIMIENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
- Infecciones agudas respiratorias	1380	1472	2852
- Caries dental	442	546	988
- Enfermedades infecciosas intestinales	211	332	543
- Control del embarazo	-	317	317
- Crecimiento y desarrollo	68	73	141
- Parasitosis intestinal	1432	1249	2681
- Infecciones en vías urinarias	78	172	250

- Convulsiones	36	84	120
- Planificación Familiar	57	95	152
- Conjuntivitis			

Grupo etáreo: Adulto 20 a 59 años.

PADECIMIENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
- Infecciones respiratorias agudas	4548	8232	12780
- Hipertensión arterial	2900	7473	19373
- Diabetes Mellitus	3769	5671	9440
- Caries dental	2107	4132	6239
- Supervisión embarazo normal	----	5104	5104
- Enfermedades infecciosas intestinales	1517	2506	4023
- Dorsalgias	1384	1939	3323
- Infección en vías urinarias	670	2226	2896
- Luxaciones-esguinces	870	1447	2347
- Gastritis	418	893	1311

Grupo etáreo: Adulto mayor de 60 años.

PADECIMIENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
- Hipertensión Arterial	8284	18067	26351
- Diabetes Mellitus	6203	9257	15460
- Infecciones respiratorias agudas	1160	1956	3116
- Enfermedades del corazón	934	994	1928
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	823	818	1641
- Caries dental	759	1008	1769
- Artrosis	673	1560	2233
- Diarrea-gastroenteritis	356	674	1030
- Dorsalgias	337	472	780
- Trastornos urinarios	331	697	1028

JERARQUIZACION DE LA PROBLEMÁTICA EN SALUD

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Infecciones respiratorias agudas
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Caries dental
- Artrosis
- Trastornos urinarios
- Control del embarazo
- Tumores malignos
- S.I.D.A.
- Enfermedades del corazón
- Gastritis y duodenitis
- Accidentes y violencias
- Epilepsia- crisis convulsivas
- Trastornos neuróticos
- Padecimientos vulvovaginales
- Lumbalgias
- Crecimiento y desarrollo (6)

Con base en lo anterior, se observa que las enfermedades que ocupan los primeros lugares como son: diabetes, hipertensión arterial, infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y caries dental; están relacionadas con el comportamiento del individuo, es decir, con su estilo de vida.

Dichas enfermedades se han prevalecto como consecuencia de factores relacionados con el desarrollo socioeconómico como: la contaminación ambiental, en el caso de las infecciones respiratorias agudas; el estrés, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad; lo que ha dado lugar a que la diabetes y la hipertensión arterial se presenten en las personas a una edad más temprana.

En cuanto a la caries dental es también un problema de salud pública, debido a que en la población escolar (niños y adolescentes) se ha notado un gran incremento de esta problemática; generada por hábitos de higiene bucal inadecuados y por el tipo de alimentación.

(6) IMSS, Equipo Directivo U.M.F. 2, "Diagnóstico de Salud y Situacional", Diciembre 2004, p.p. 27-31.

El actual panorama epidemiológico centrado en las enfermedades crónico degenerativas y las necesidades de salud de la población, requiere de capacitación para que la comunidad transforme su realidad en una cultura favorable para la salud.

2.1 Antecedentes Históricos

El desenvolvimiento de las comunidades siempre estuvo impregnado de orientaciones económicas más o menos exteriorizadas; la historia demuestra que desde sus orígenes, la humanidad fue desarrollándose de manera tal que generaba desigualdades entre sus miembros. Así, el comercio determinó ciertos grados de riqueza y por ende, diferentes posibilidades de atender a la satisfacción de las necesidades básicas.

En un principio, se entendía que resolver el problema de la pobreza era una obligación de los particulares, ya sea la familia, fundaciones religiosas, corporaciones, gremios, etc. Sin embargo, pronto se constató la insuficiencia de esos mecanismos y se comenzó a elaborar una incipiente normativa de beneficencia que reconoció la responsabilidad del Estado en la creación de ese problema y por lo tanto trasladó a fondos públicos el costo de los paliativos adoptados. De esta manera se procuraba postergar los descontentos, controlar en cierta forma la agitación social y reducir los conflictos.

En definitiva, desde el Estado, el sector privado mantenía su modelo y trasladaba a la hacienda pública el peso de atenuar las graves consecuencias que derivaran de su aplicación.

Las nuevas técnicas de producción dieron lugar al surgimiento o acentuación de ciertos riesgos, e incrementaron las necesidades de protección.

Resultó fácil comprobar al poco tiempo, que el trabajador carecía prácticamente de capacidad de ahorro suficiente como para proveer lo necesario para cubrir sus múltiples contingencias y las de aquellos que de él dependían.

Cuando en 1883 Otto Bismarck, Canciller alemán, instituye el primer seguro social amplio de enfermedad, despierta el interés por el mecanismo no sólo en los trabajadores y el Estado, sino también en los empleadores. Este seguro, constituyó una expresión de solidaridad que contribuyó a evitar problemas, posibilitar mejores relaciones laborales y otorgar mayor tranquilidad a la

comunidad; su expansión era lenta e iba abarcando paulatinamente la protección de los riesgos de más preocupación de los sectores productivos.

Sin embargo, la industrialización introduce cambios importantes en la relación entre los distintos estratos de las comunidades, las que reaccionan demandando mayor protección. De esta manera, la agitación social adquiere formas más violentas y determina enfrentamientos que obligan al Estado a intervenir.

Nace entonces la "Seguridad Social", la que se logra consolidar después de la Segunda Guerra Mundial.

Es importante puntualizar que los países atravesaban por crisis económicas derivadas de la situación bélica; así, pueden apreciarse los efectos devastadores de las concepciones y modelos económicos seguidos fundamentalmente en Europa y Estados Unidos, las caídas de mercados de valores, el desempleo masivo y los innumerables problemas planteados por la mecánica del comercio internacional.

Para atenuar las consecuencias negativas de esa situación, se recurre a implementar una seguridad social que se vislumbra como instrumento para contribuir al mejoramiento de las relaciones laborales y a obtener cierta estabilidad política. De esta manera se van cubriendo necesidades y riesgos otorgando mayor participación al Estado.

Por otra parte, respecto a los antecedentes de la Seguridad Social en México, se encuentran a principios de este siglo, en los últimos años de la época porfiriana; en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del Seguro Social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se menciona la utilidad social del establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares.

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes; la iniciativa de seguro obrero suscitó la inconformidad de los patrones que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar.

En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que: "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares".(7)

En 1935 el Presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados; tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería de ser analizado detalladamente.

Por indicación del mismo Presidente Lázaro Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, Licenciado Ignacio García Téllez, quien para esa fecha había sido: Diputado Federal, Gobernador Interino de Guanajuato, Rector de la Universidad Nacional Autónoma y, durante el régimen cardenista, Secretario de Educación, Presidente del PNR, secretario particular del Jefe del Ejecutivo y para esa fecha, Secretario de Gobernación.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y cubriría los siguientes

(7) Poder Ejecutivo Federal, "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", México 2003, pág. 107.

riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

Aprobado el proyecto por un Consejo de Ministros, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938; pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante pues a los Legisladores les pareció conveniente que se elaborará un documento más completo.

Por otra parte, a partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez derrotadas las potencias nazifascistas había que buscar instituciones tanto nacionales como internacionales que procuraran además de la paz y la tranquilidad mundiales la seguridad de que todos los hombres pudieran vivir libres tanto de temores como de necesidades.

Por lo anterior, hacia 1942 confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Manuel Avila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó al Licenciado Ignacio García Téllez.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana; se trataba de proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia, además de contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales. El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la Seguridad Social es garantizar el derecho a la salud, la atención médica, la protección de los medios para subsistir y otorgar servicios sociales necesarios para lograr el bienestar individual y por consiguiente, también el colectivo.

Como instrumento básico de la Seguridad Social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al iniciarse las actividades del nuevo organismo, su primer director, Vicente Santos Guajardo y una planta de empleados mínima, se dedicaron, entre otras cosas, a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba la instrumentación de las diversas ramas de aseguramiento; a estudiar las experiencias de otros países en el campo de la Seguridad Social; a difundir el sentido y las posibilidades de la Seguridad Social y a realizar una intensa labor de convencimiento, tanto en los trabajadores como entre el sector patronal, acerca de los alcances de la ley y de las ventajas que reportaría a unos y a otros su aplicación.

Sin embargo, durante algunos meses continuaron las manifestaciones de inconformidad y los ataques contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la Seguridad Social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo; poco a poco se fueron atenuando las posiciones más violentas ante la actitud decidida del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos.

El Distrito Federal fue la primera entidad de la República en que se implantaron los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con el acuerdo del Presidente de la República, Manuel Avila Camacho, previa la proposición que en tal sentido le presentó al H. Consejo Técnico del Instituto. La ley respectiva señaló que sería facultad del Poder Ejecutivo determinar, a propuesta del Instituto, las fechas de implantación de los diversos ramos del Seguro Social, así como las circunscripciones territoriales en que deberían aplicarse de acuerdo con las posibilidades, la densidad de la población asegurable, desarrollo industrial, situación geográfica y demás características de cada región. En consecuencia el propio Poder Ejecutivo Federal quedó facultado para fijar fechas y modalidades para la inscripción al Instituto de empresas y trabajadores.

Con fecha 15 de mayo de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que estableció que a partir del 1 de enero de 1944 se implantaran en el Distrito Federal, los tres seguros obligatorios; de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de enfermedades no profesionales y maternidad, de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. El propio decreto autorizó al Instituto Mexicano del Seguro Social para proceder, en el Distrito Federal, a efectuar la primera inscripción general de empresas y de trabajadores asegurables, fijando el 1 de

julio de 1943 como fecha para que los patrones recogieran las cédulas de afiliación, las cuales deberían devolver, con los datos respectivos, dentro de los plazos fijados por el Instituto.

En diciembre de 1943 el Licenciado Ignacio García Téllez es nombrado nuevo Director del Instituto Mexicano del Seguro Social y unos cuantos días después, el 1 de enero de 1944, se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

Antes de que concluyera 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara; el Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y financieras, había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios.

Implantado el régimen en su modalidad urbana en los principales centros de la población, se decidió iniciar paulatinamente el aseguramiento de los trabajadores del campo.

En el periodo de 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo socio-médico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la Ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la Institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos.

Durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro

Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la Seguridad Social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la República.

El aspecto más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una Seguridad Social Integral. En estos términos se entiende la facultad otorgada al Instituto Mexicano del Seguro Social, de ampliar su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad para pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. Se convirtió, en 1979, en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al desaparecer el organismo Coplamar, toma el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de Seguridad Social. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuales más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Otra situación que ha afectado seriamente el Instituto, han sido las reformas realizadas. En 1995 se reformó la Ley del Seguro Social que permitió la privatización de las pensiones de los derechohabientes del IMSS, mediante la creación de las AFORES y la entrada de las aseguradoras. Las cuales para marzo de 2004 contaban con un capital de 460 mil millones de pesos, de las aportaciones de todos los trabajadores de México, y estas han ganado tan sólo de comisión 120 mil millones de pesos, han acumulado cantidades millonarias sin darles ningún beneficio a los trabajadores.

En 1998 se recorta oficialmente el presupuesto al IMSS, y se inicia la reducción de personal, mediante el despido de trabajadores con el concepto de confianza.

Adicionalmente el Instituto va dejando perder plazas de base para que la gente se acostumbre a las sobrecargas de trabajo, haciendo más con menos, modificando los procesos de trabajo y como consecuencia un deterioro de los servicios.

Se legaliza la disminución de la plantilla de personal con la firma del acuerdo Analítico Puesto Plaza, el objetivo de este acuerdo es formalizar la reducción de la plantilla laboral en un 5% anual.

En el 2001 se modifica la Ley del Seguro Social surgiendo así las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). Las cuales tienen facultades para proporcionar servicios médicos hospitalarios de alta especialidad a los derechohabientes, así como a los no derechohabientes que estén amparados por algunos convenios, en el artículo 151-B, habla de las atribuciones de los directores con respecto a que ellos pueden otorgar los permisos para el uso de espacios disponibles según los lineamientos que el Consejo Técnico determine, generándose así una mezcla público-privada de los servicios que ofrece el Instituto.

Las reformas también afectaron a las guarderías pues se fueron desfinanciando hasta llegar a cero crecimiento de ellas para generar las Guarderías Participativas, entregando a la materia de trabajo a particulares, y ocasionando un deterioro en el servicio de los infantes y las madres trabajadoras. Cualquier local o casa se acondiciona como guardería, donde particulares tienen la dirección de esta.

La crisis económica de los últimos años, ha afectado seriamente la situación financiera y, por consiguiente, operativa de la Institución. Sin embargo, el Instituto Mexicano del Seguro Social sigue siendo la Institución de Seguridad Social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana.

2.2 Estructura Orgánica

El Instituto Mexicano del Seguro Social está constituido por: la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General.

La Asamblea General del Instituto Mexicano del Seguro Social, es la autoridad suprema; su composición es tripartita y está integrada por 30 miembros: designados diez por el Ejecutivo Federal, diez por las organizaciones patronales y 10 por las organizaciones de los trabajadores.

La Asamblea, es presidida por el Director General; se reúne ordinariamente una o dos veces cada año y en sesiones extraordinarias cuantas veces se considere conveniente. Este organismo discute cada año para su aprobación o modificación el estado de Ingresos y Egresos, la memoria de labores, el Plan de Trabajo y el Informe correspondiente de la Comisión de Vigilancia.

Cada tres años, la Asamblea discute para su aprobación o modificación los Balances Actuariales y Contables que le presenta el Consejo Técnico.

Cada seis años, a propuesta de cada uno de los sectores que integran la Asamblea General y en sesión plenaria, este organismo designa en forma tripartita a los Miembros Propietarios y Suplentes del Consejo Técnico y de la Comisión de Vigilancia.

El Consejo Técnico tiene a sus cargo la representación legal y la administración del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este organismo se integra con doce miembros, que son:

Cuatro a la representación del Estado

Cuatro a la representación de los patrones

Cuatro a la representación de los trabajadores

Esta representación es democrática y técnica, dura en su cargo seis años y puede ser reelecta. La idea de la reelección tiene el propósito de conseguir continuidad científica en los Programas en desarrollo y en la observancia de los postulados rectores de la Seguridad Social.

El Consejo Técnico decide sobre las inversiones de los fondos del Instituto, establecen o suprimen las Delegaciones, Subdelegaciones y Oficinas para el cobro de cuotas. Convoca a la Asamblea General, discute y aprueba el presupuesto de ingresos y egresos, así como el Programa de Acción del Director General; expide los reglamentos internos de labores, concede, rechaza o modifica las pensiones de los asegurados pudiendo delegar esta facultad; nombra y remueve al Secretario General, a los Subdirectores, Jefes de Servicios y Delegados, propone al Ejecutivo Federal las modificaciones del Régimen Obligatorio así como su extensión; establece los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones, autoriza la celebración de convenios para pago de cuotas; concede el disfrute de

prestaciones médicas y económicas en casos excepcionales; autoriza a los Consejos Consultivos Delegacionales y, en su caso, resuelve el recurso de inconformidad.

La Comisión de Vigilancia está integrada en forma tripartita por seis miembros propietarios y seis suplentes, de los cuales corresponden: Dos representantes de los patrones, dos de los trabajadores y dos representando al Estado.

La Comisión de Vigilancia, precisamente vigila que las inversiones se realicen conforme a la Ley, practica auditorías de los balances contables y comprueba los avalúos de los bienes del Instituto; sugiere las medidas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento.

Presenta a la Asamblea un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico, en casos graves y bajo su responsabilidad, cita a asamblea general extraordinaria.

La Dirección General: El Director General es nombrado por el Presidente de la República y para ser Director se requiere ser mexicano por nacimiento, de reconocida honorabilidad y capacidad técnica. Las principales funciones del Director General son:

Presidir las sesiones del Consejo Técnico y de la Asamblea General.

Ejecutar los acuerdos del Consejo Técnico.

Representar al Instituto Mexicano del Seguro Social en las Autoridades Administrativas o judiciales, de acuerdo con las facultades que le delega el Consejo Técnico.

Presentar anualmente al Consejo Técnico el estado de Ingresos y Egresos, el informe de actividades y el Programa de Trabajo.

Presentar cada cuatro años al Consejo Técnico el Balance Actuarial y Contable.

Nombrar y remover a los empleados subalternos y proponer al Consejo Técnico la designación o destitución de los Trabajadores clasificados como de Confianza "A".

Cuando se presenta una resolución del Consejo Técnico, que se aparta de las normas legales establecidas, la Dirección General tiene derecho de veto sobre estas resoluciones. El efecto de veto es suspender la aplicación de la resolución del Consejo, hasta que se resuelva en definitiva la Asamblea General.

Existen también, los Consejos Consultivos Delegacionales: Estarán integrados por el Delegado que fungirá como Presidente del mismo; un representante del Gobierno de la Entidad Federativa sede de la Delegación, dos del sector obrero y dos del sector patronal, con sus respectivos suplentes. En el caso de las Delegaciones del Valle de México la representación del Gobierno se integrará con el Titular de la Delegación respectiva. El Consejo Técnico podrá ampliar la representación de los sectores cuando lo considere conveniente.

Los integrantes del Consejo Consultivo Delegacional representativos de los sectores permanecerán en su cargo seis años y las organizaciones que los hubieren designado, tendrán derecho a removerlos libremente. Sus funciones son:

"Vigilar el funcionamiento de los servicios del Seguro Social en la circunscripción de la Delegación y sugerir las medidas conducentes al mejor funcionamiento de los servicios médicos, técnicos, administrativos y sociales a cargo de la misma.

Opinar en todo aquello en que el Delegado o cualquiera de los Organos del Instituto de ese nivel, sometan a su consideración.

Ser el portavoz autorizado de la Delegación ante los sectores representados y de esto ante la Delegación, a fin de lograr las mejores relaciones y la colaboración de los sectores en las labores y servicios que el Instituto tiene a su cargo". (8)

Los Delegados: Las funciones de los Delegados del Instituto son:

"Presidir las sesiones del Consejo Consultivo Delegacional.

Autorizar las actas de las sesiones celebradas con el Consejo Consultivo Delegacional y vetar los acuerdos de éste cuando no observen lo dispuesto por la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y demás disposiciones legales, o cuando no se ajusten a los criterios del Consejo Técnico o a las Políticas Institucionales.

Ejecutar los acuerdos y resoluciones emitidas por el Consejo Técnico, la Dirección General y los Consejos Consultivos Delegacionales.

Conceder, rechazar o modificar pensiones que se deriven de los diversos ramos del Seguro Social.

(8) IMSS, "Ley del Seguro Social", edit. SISTA, México 2004, pág. 79.

Recibir los escritos de inconformidad y turnarlos al Consejo Consultivo Delegacional, con los antecedentes y documentos del caso, para su resolución.

Autorizar las certificaciones que expida la Delegación".(9)

Los Subdelegados tendrán las siguientes atribuciones:

"Ejecutar los acuerdos y resoluciones emitidas por el Consejo Técnico, la Dirección General, el Consejo Consultivo Delegacional y la Delegación.

Recibir los escritos de inconformidad y turnarlos a la Delegación con los antecedentes y documentos del caso, para su resolución por el Consejo Consultivo Delegacional.

Las demás que señalen la Ley en la Materia, sus reglamentos y disposiciones legales".(10)

Jefes de Oficinas para cobro de cuotas; tendrán las siguientes facultades y atribuciones:

"Hacer efectivos dentro del ámbito de su circunscripción territorial, los créditos a favor del Instituto por concepto de cuotas, capitales constitutivos y accesorios legales.

Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución en los términos del Código Fiscal de la Federación.

Ventilar y resolver los recursos previstos en el Código Fiscal de la Federación relativos al procedimiento administrativo de ejecución que llevan a cabo".(11)

2.3 Facultades y Atribuciones

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes:

"Administrar los diversos ramos del Seguro Social y prestar los servicios de beneficio colectivo que señala la Ley.

Satisfacer las prestaciones que se establecen en la Ley.

(9) IMSS, "Ley del Seguro Social", edit. SISTA, México 2004, pág. 80.

(10) Ibid. Pág. 81.

(11) Ibid. Pág. 82.

Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de la ley.

Realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus finalidades.

Adquirir bienes muebles e inmuebles, para los fines que le son propios.

Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de capacitación, deportivos, culturales vacacionales, de Seguridad Social para el bienestar familiar, velatorios y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios.

Organizar sus Unidades Administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada.

Expedir sus reglamentos interiores.

Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social.

Registrar a los patrones y demás sujetos obligados, inscribir a los trabajadores asalariados e independientes y precisar su base de cotización, aún sin previa gestión de los interesados, sin que ello libere a los obligados de las responsabilidades y sanciones por infracciones en que hubiesen incurrido.

Dar de baja del régimen a los sujetos asegurados, verificada la desaparición del presupuesto y el hecho que dio origen a su aseguramiento, aún cuando el patrón o sujeto obligado hubiese omitido presentar el aviso de baja respectivo.

Recaudar las cuotas, capitales constitutivos, sus accesorios y percibir los demás recursos del Instituto.

Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones.

Determinar los créditos a favor del Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como para fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley y demás disposiciones relativas, aplicando en su caso, los datos con los que se cuente o los que de acuerdo con sus experiencias considere como probables.

Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley.

Ordenar y practicar inspecciones domiciliarias con el personal que al efecto se designe y requerir la exhibición de libros y documentos a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley del Seguro Social y demás disposiciones aplicables.

Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal o emitir los dictámenes respectivos.

Establecer coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal, para el cumplimiento de sus objetivos.

Ratificar o rectificar la clase y la prima de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo.

Realizar inversiones en sociedades y empresas que tengan objeto social complementario o afín al del propio Instituto.

Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal.

Las demás que le otorguen la Ley, sus reglamentos y cualesquier otra disposición aplicable".(12)

En base a lo anterior, el Instituto Mexicano del Seguro Social, como organismo público descentralizado; tendrá a su cargo la administración de los recursos: económicos, materiales y humanos. Así como la organización para el adecuado desempeño de sus funciones, y brindar de esta manera una atención de calidad a los usuarios.

2.4 Clasificación de las Prestaciones

El Instituto Mexicano del Seguro Social otorga prestaciones en especie o en dinero, y se clasifican en: Prestaciones médicas, económicas y sociales.

- Prestaciones Médicas: En las que queda incluido todo el servicio médico, hospitalario, farmacéutico, de

(12) IMSS, "Ley del Seguro Social", edit. SISTA, México 2004, p.p. 60-62.

rehabilitación aún con aparatos de prótesis y ortopedia, etc. que se otorga a todo asegurado o derechohabiente, sin consideración de la cantidad con la que contribuya al sistema.

* Prestaciones Económicas: se otorgan diferencialmente conforme al grupo de salario al que se pertenezca y, por lo tanto, se cotice. Tal es el caso de indemnizaciones por riesgos profesionales o enfermedades, tanto de origen profesional como general, maternidad, las pensiones a las que tiene derecho el mismo asegurado o sus beneficiarios.

* Prestaciones Sociales: Enfocadas hacia el desarrollo individual y el bienestar familiar y comunitario; en este rubro se ordenan los programas de: Guarderías, bienestar y desarrollo familiar, atención a pensionados y jubilados, tiendas, velatorios, actividades deportivas, artísticas, culturales y centros vacacionales.

Así mismo, el Seguro Social cuenta con cinco ramas de seguro para brindar servicios a los trabajadores en el régimen obligatorio:

A) El Seguro de Enfermedades y Maternidad brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

B) El Seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de muerte del asegurado.

C) El Seguro de Invalidez y Vida protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

D) El de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este Seguro. Con la contratación de este Seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

B) "Finalmente, el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales: otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios".(13)

El otorgamiento de estas prestaciones, se traduce en una unidad universal de protección bio-socio-económica, en beneficio de la población. Protegiendo al individuo de las contingencias de la vida, además de promover su bienestar y estimular la más completa expresión y desarrollo de sus capacidades.

(13) IMSS, "Ley del Seguro Social", edit. SISTA, México 2004, pág.2.

3.1 Concepto de Salud

La salud por mucho tiempo se consideró como una condición del organismo físicamente íntegro que funciona de manera armónica. Lo que significa un ser que se encuentra completo desde el punto de vista de las partes que lo constituyen, y por otra, que estas partes desarrollan sus funciones en forma armónica. Posteriormente, se introdujo el concepto de que estas funciones deben mantenerse en equilibrio, no sólo con su medio interno, sino también con el medio externo.

De esta manera, se considera que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Este concepto superó el criterio de la salud física, otorgando la importancia que tiene el aspecto mental y social. En esos términos, la salud no es sólo bienestar en lo físico o en sus relación con el ambiente físico, sino también con el ambiente sociocultural; porque el hombre es una entidad biopsicosocial.

Es decir, que la salud no es sólo una condición biológica de determinadas características, sino que varía en relación con el ambiente físico, químico, psíquico y sociocultural; no se puede concebir a la salud en valores absolutos, porque está en continuo ajuste con los cambios del ambiente.

En la actualidad se considera que la salud es una condición de equilibrio dinámico con el ambiente, y la enfermedad se presenta cuando se rompe ese equilibrio. Lo importante es que en esta interacción hombre-ambiente la calidad y la intensidad de la respuesta del organismo sean adecuadas a los estímulos del medio para mantener el equilibrio tanto con el ambiente interno como con el ambiente externo. La salud en consecuencia, es una situación de equilibrio dinámico con el ambiente funcionando el organismo al óptimo de su capacidad; es decir, no sólo consiste en mantener un ajuste con el medio, sino que además éste permita que el hombre pueda manifestarse en el óptimo de su capacidad.

Históricamente, el hombre es producto de su ambiente, de ahí la importancia que tiene éste, en la salud y la vida de los seres humanos. También, la salud no es posible alcanzarla sólo con acciones de carácter médico, sino que

es importante considerar a las que están enfocadas a controlar y mejorar las condiciones adversas socioeconómicas y del ambiente físico, que actúan principalmente a nivel colectivo.

3.2 Salud Pública

La Salud Pública se refiere a la salud de la colectividad. Es decir, el interés se centra en la salud de la población, no en la del individuo en particular.

La Salud Pública se define "como el conjunto de ciencias y artes encaminados a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad, mediante:

- El saneamiento.
- El control o erradicación de las enfermedades.
- La educación para la salud.
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de las enfermedades.
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo, que el ser humano se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud y a la longevidad". (14)

La salud pública tiene como finalidad lograr el más alto nivel de salud de la población, y comprende un conjunto de acciones para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la colectividad, mediante la participación activa y organizada de la misma. Es importante señalar que la participación de la comunidad, debe ser un principio fundamental de la salud pública.

Por otra parte, la salud está condicionada por la estructura socioeconómica que determina, el nivel ideológico, o sea el conocimiento, las creencias, los hábitos y la conducta de la población; por ejemplo, el comer alimentos preparados con poca higiene es exponerse al riesgo de enfermar y esta decisión la toma el individuo en condiciones normales según la información, hábitos, vivencias, recursos y costumbres que tenga.

(14) Sánchez Rosado Manuel, "Elementos de Salud Pública", edit. Méndez Cervantes, México 1991, pág. 7.

La participación de la población para que sea de mayor eficacia, debe realizarse en forma organizada y no sólo de manera individual, porque a pesar de que la participación individual adecuada influye en la salud de esa persona, existe la enorme influencia de los que la rodean, así como de las condiciones socioeconómicas, culturales y del ambiente físico, y por ello es fundamental que se mejoren las condiciones económicas y que se forme la conciencia sanitaria colectiva, para alcanzar logros significativos en materia de salud.

Las creencias de la población en relación con la salud y la enfermedad son factores muy importantes, no sólo para actuar en el mejoramiento de las condiciones de salud, sino para la utilización adecuada de los servicios de salud. En muchos lugares con grandes problemas de salud existen servicios de esta índole subocupados, debido a que la comunidad está más apegada y confiada en sus procedimientos tradicionales que en la medicina moderna.

Un aspecto importante que se menciona en la definición de la salud pública, es el relativo al establecimiento de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Este es un factor básico para la elevación del nivel de salud de la población, porque mientras se propicie la desigualdad social y grandes sectores carezcan de lo necesario para cubrir sus necesidades básicas, no será fácil esa elevación, y esto no sólo se refiere a que esos grupos no tengan acceso a los servicios médicos, sino al desempleo, mala alimentación, carencia de servicio de abastecimiento de agua y de eliminación sanitaria de desechos, y viviendas inadecuadas; problemas que afectan el campo de la salud pública además de estar relacionados con ella.

3.2.1 Funciones

La salud pública tiene funciones directas e indirectas:

Las funciones directas, se refieren a las labores que se dirigen a la población y son:

- Promoción de la Salud; mediante la educación para la salud y las acciones de nutrición.
- Protección de la Salud; a través del control o erradicación de enfermedades y del saneamiento.
- Restauración de la salud; brindando atención médica

- Rehabilitación". (15)

La promoción y la protección de la salud corresponden a la prevención; dichas funciones son realizadas principalmente por Medicina Preventiva, Trabajo Social y Promoción de la Salud, en el IMSS, las cuales es necesario impulsar por tratarse de acciones tendientes a evitar la enfermedad, que debe ser un aspecto importante para el equipo de salud. De hecho, la presencia de un enfermo significa el fracaso de la prevención.

Las funciones indirectas comprenden: La investigación, legislación, administración, estadísticas y desarrollo de recursos humanos.

3.2.2 Niveles de Prevención

Los niveles de prevención según Leavell y Clark son:

- Prevención Primaria: Se presenta durante el periodo prepatológico y se refiere a las medidas para evitar la enfermedad; por ejemplo, la aplicación de las vacunas, el saneamiento, la promoción de la salud, la revisión del ambiente físico, biológico y sociocultural de la vida del individuo y de la familia; así como de las condiciones de vivienda, trabajo y recreación con las que cuenta la población.
- Prevención secundaria (periodo patológico): Se refiere a las medidas encaminadas al diagnóstico temprano de la enfermedad y su tratamiento precoz, con el propósito de interrumpir oportunamente la evolución natural de los padecimientos; por ejemplo, el examen de Papanicolaou para el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino.
- Prevención terciaria: Se otorga en el periodo postpatológico y comprende las acciones que corresponden a la rehabilitación.

De acuerdo con lo anterior, toda la medicina es preventiva, lo cual es una manera de concebir estas acciones; pero es más adecuado hablar de prevención, curación y rehabilitación para referirse a cada uno de estos niveles; sin olvidar que la medicina es integral y que con ese criterio se debe ejercer.

Es importante aclarar también que medicina preventiva no es lo mismo que prevención de la enfermedad. Porque

(15) Sánchez Rosado Manuel, "Elementos de Salud Pública", Edit. Méndez Cervantes, México 1991, pág. 10.

medicina preventiva es evitar la enfermedad mediante la aplicación de procedimientos y técnicas médicas; y prevención de la enfermedad, comprende tanto a la medicina preventiva como medidas de otra índole que evitan la enfermedad, especialmente las acciones de saneamiento, como el abastecimiento de agua potable, el drenaje, el control de la contaminación atmosférica, la lucha contra la fauna nociva, etc. En la Salud Pública no sólo interviene la medicina con sus diversas ramas, sino que son también muy importantes la ingeniería sanitaria, la sociología, el trabajo social, la antropología, la ecología, la demografía, etc. Por lo tanto, comprende además de las acciones médicas una amplia serie de otras disciplinas.

La salud pública depende, más que de los servicios médicos, de la estructura socioeconómica que determina las características de la educación, los ingresos, las condiciones de la vivienda, la alimentación, los servicios públicos e incluso la propia cobertura y calidad de la atención a la salud.

3.3 Educación para la Salud

La Educación para la Salud, comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva. Comprende los procesos que se establecen de manera formal y los de carácter informal. La educación formal contempla las actividades educativas que se imparten en forma planeada, organizada y sistemática para alcanzar ciertos objetivos. La informal, es la que reciben las personas a través de sus vivencias diarias en su relación con el ambiente físico y social; es sobre todo práctica y derivada de la realidad.

La Educación para la Salud: "Es el conjunto de acciones dirigidas a que los individuos desarrollen conocimientos, habilidades y destrezas, para que modifiquen actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud, disminuir el riesgo y prevenir el daño". (16)

Es decir, su finalidad es ayudar a los individuos a promover, proteger y restaurar la salud mediante su comportamiento y esfuerzo.

(16) IMSS, "Aspectos Conceptuales de Fomento de la Salud", México 1994, pág. 35.

El conocimiento y las experiencias que tenga la población en relación a la promoción, protección y restauración de la salud, son factores que condicionan en gran parte el comportamiento de la misma, en cuanto a la salud y a la enfermedad. Este comportamiento está relacionado con las condiciones económicas, sociales y con el nivel de vida; porque al igual que la salud pública, la educación para la salud es interdependiente de la economía, la educación, la organización social y los factores y valores culturales. Es decir, no sólo el cambio de actitudes y conductas son suficientes para generar salud, sino también es importante tomar en cuenta la desigualdad y las condiciones de injusticia en los sectores de la población.

Las actividades de educación para la salud deben sustentarse en la realidad concreta de cada comunidad; ya que por ejemplo, no sería adecuado recomendar a los habitantes de una comunidad el baño diario, si se carece de agua.

Por lo tanto, a la educación formal le compete una gran responsabilidad en la transmisión de conocimientos y formación de conductas adecuadas para mejorar las condiciones de vida y por consiguiente, la salud.

3.3.1 Importancia

La educación para la salud es un elemento importante de la salud pública, porque mediante un adecuado comportamiento de la población en el proceso de salud-enfermedad es posible evitar un número considerable de padecimientos, retrasar su desarrollo y lograr la restauración de la salud en el menor tiempo.

De hecho, el desarrollo de la enfermedad depende de la constitución del individuo, de su estado nutricional, del comportamiento de éste en relación con el cuidado de su salud y del grado de agresividad del ambiente en el que vive. En los padecimientos genéticos la herencia desempeña un papel que puede ser determinante; sin embargo, en la mayoría de las enfermedades transmisibles y en muchos padecimientos crónicos es de gran importancia la conducta de la población. Muchas de estas enfermedades pueden evitarse si el individuo sigue las indicaciones recomendadas para su prevención; también la rápida restauración de la salud, la limitación del daño e

inclusive el evitar la muerte, dependen en gran medida, de que se acuda con oportunidad a los servicios médicos.

El problema es que la población en ocasiones desconoce la existencia de los padecimientos, sus causas y los mecanismos de transmisión.

Por lo que la educación para la salud es de gran importancia, ya que muchas enfermedades pueden evitarse si los individuos tienen la suficiente información sobre los principales padecimientos que afectan a la población, las causas que determinan su presencia, los mecanismos de transmisión, el daño que la enfermedad ocasiona al individuo, a la familia y a la comunidad; las medidas que debe seguir para su prevención y la conducta de la persona y de la familia cuando se adquiere el padecimiento.

Es indudable la necesidad de incrementar la educación para la salud, tanto para lograr un efectivo autocuidado del individuo, en relación a su salud, como para favorecer el uso adecuado de los servicios existentes. Es importante señalar que la medicina actual debe ser esencialmente preventiva; sin embargo, la educación para la salud enfrenta diversos obstáculos que le impiden cumplir con su objetivo, como: la poca importancia que el personal médico le otorga a la prevención y la falta de recursos para realizar esta labor.

3.3.2 Actividades en la Comunidad

La educación para la salud es un programa clave de los Servicios de Atención Primaria. Tiene como finalidad capacitar a la población para que ella misma se proteja de los riesgos que ponen en peligro su salud y para que desarrolle hábitos que le permitan prolongar y mejorar la calidad de vida.

Actualmente, el IMSS realiza actividades de educación para la salud en la comunidad a través de: Empresas, guarderías y escuelas de nivel preescolar, primaria y secundaria principalmente.

En guarderías y escuelas se trabaja específicamente con padres de familia, por la importancia que tienen en la formación de conductas y hábitos en el niño. Por lo que se otorga orientación mediante sesiones educativas.

Así mismo, la Secretaría de Educación Pública juega un papel muy importante al tener a su cargo la mayor concentración de escuelas y por ser el primer contacto con la educación de los niños. Sin embargo, los maestros no

están capacitados para impartir información relacionada con la educación para la salud.

Es importante señalar que la educación para la salud debe ajustarse a las necesidades de la comunidad, de las familias y de los individuos, de acuerdo con el procedimiento que se siga. Siempre tendrá validez establecer prioridades en función de los principales problemas de salud que se presentan, de la conducta de la población al respecto y de los recursos disponibles.

En términos generales, el contenido educativo comprende los siguientes aspectos:

- la existencia del problema o de la enfermedad.
- las causas y los mecanismos de transmisión.
- Los daños que ocasiona al individuo, a la familia y a la comunidad.
- Medidas que se deben considerar para su prevención y control.
- la conducta del individuo y de la familia ante la enfermedad.

Aunque existe en todas las edades la capacidad de cambiar de ideas, actitudes y comportamientos, este cambio depende de muchos factores como son: la edad, estructura económica, vivencias, valores culturales, interés, recursos y técnicas que se emplean. Es necesario que el propio individuo tenga o se le motive el interés y la necesidad del cambio; es decir, tiene que existir un esfuerzo propio, porque el aprendizaje es un proceso activo, no pasivo. Y es importante demostrar que a través de nuevos comportamientos se logrará alcanzar un estado de salud deseable para su bienestar, es decir, que la población debe tener conciencia de la importancia de la salud y de los factores que la afectan.

Por otra parte, a través de los medios de comunicación masiva, también se brinda información a la sociedad respecto a su salud. Sin embargo, la participación que han tenido estos medios de comunicación en la educación para la salud, se han concretado en la mayoría de los casos a la transmisión de mensajes esporádicos. Generando principalmente, actitudes consumistas, perjudiciales para la salud de la población.

3.3.3 Procedimientos

Los procedimientos que se siguen en la educación para la salud son:

* "Procedimientos individuales: comprenden a la entrevista, que puede llevarse a cabo, para realizar orientación sobre algún aspecto de salud o aprovechando el contacto, con el individuo, por algún otro motivo. La entrevista tiene su técnica especial; en ella se trata la información y orientación en forma precisa de acuerdo con situaciones concretas. Tiene la ventaja de que hay una relación directa entre el educador y educando; es un procedimiento bastante efectivo, pero se requiere que se establezca una relación de confianza basada en la actitud y conducta honesta del orientador, en sus conocimientos del tema, y en la habilidad para saber relacionarse con los demás. Así mismo, se aborda la problemática a nivel particular en cada caso; pero el universo que puede cubrir es bajo, es costosa y no hay suficiente personal para cubrir la amplia cobertura que requiere.

* Procedimientos grupales: Son bastante utilizados por el personal de salud y en ellos se deben aplicar las técnicas del trabajo con grupos, apoyados con material didáctico.

Prácticamente todo el personal del equipo de salud debe participar en estas labores. Cuando las actividades comprenden pláticas a grupos sobre temas específicos, al educador para la salud le corresponde promover estas pláticas para que sean médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. según el tema, quienes los impartan.

* Los medios de comunicación social tienen la ventaja que permiten una gran cobertura, pero debe tenerse información a qué grupos llegan. La televisión en las grandes comunidades urbanas alcanza a casi todos los hogares; en cambio, en las comunidades rurales este medio cubre poca población. Un problema de los medios de comunicación es que los temas no pueden particularizarse a cada situación concreta, sino que se abordan en forma general".(17)

3.4 Atención Médica

La Atención Médica es un conjunto de acciones directas y específicas que se destinan a poner al alcance de la población los recursos de diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno y restaurador, y de la observación

(17) Sánchez Rosado, Manuel. "Elementos de Salud Pública"; Edit. Méndez Cervantes, México, 1991, pág. 134.

consecuente. Contribuye asimismo a la educación y a la investigación; indirectamente colabora en la protección y fomento de la salud, dentro de programas coordinados y permanentes.

En base a lo anterior, la atención médica debe considerarse como una necesidad social, así como proporcionarse de manera oportuna y permanente; también es importante contemplar la cobertura y la calidad de dicha atención.

La cobertura y calidad de la atención médica están en relación con el desarrollo general del país; esto a causa de la elevada inversión que se requiere por los altos costos de las instalaciones, equipos y de la preparación de personal, para hacer posible una atención médica adecuada.

A pesar del desarrollo de los servicios médicos, en la actualidad grandes sectores de la población no cuentan con la atención médica; algunos grupos la tienen, pero de mala calidad y sólo una minoría dispone de un buen servicio de este tipo.

Por otra parte, muchos sectores de las comunidades rurales y aun de las urbanas atienden sus enfermedades mediante la llamada medicina tradicional; porque sus patrones culturales los mantienen arraigados a creencias empíricas sobre la medicina, no cuentan con recursos para acudir a la medicina moderna, o porque carecen de estos servicios; lo que los mantiene al margen de los adelantos y beneficios de la medicina actual.

Es importante puntualizar, que la atención médica curativa debe integrarse con la de tipo preventivo y rehabilitatorio, porque sin integración, estas actividades resultan de alto costo y con escaso impacto social.

La atención médica ha asignado más importancia a la especialidad cada vez mayor, descuidando la medicina familiar que debe resolver el mayor número de problemas. Así mismo, los gastos del sector público para atención médica curativa son muy elevados en comparación con los de carácter preventivo; por lo que se debe buscar un equilibrio, ya que la prevención es más económica y disminuye las necesidades de atención curativa.

La atención médica debe satisfacer los siguientes requisitos: igualdad, oportunidad, integridad, accesibilidad y calidad.

La igualdad consiste en poder proporcionarse a todos los habitantes, por igual, sin importar edad, sexo, ocupación o credo; la oportunidad, se refiere a que se preste en el momento adecuado; la integridad, a que

comprenda actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; la accesibilidad, a que esté al alcance de todos los habitantes de las áreas urbanas, suburbanas y rurales; y la calidad, a que se proporcione de acuerdo con el estado actual de los adelantos científicos.

3.4.1 Niveles de Atención

Los niveles de atención a la salud se refieren a la organización de los recursos para la salud en estratos debidamente enlazados a fin de satisfacer eficaz y oportunamente todas las necesidades de salud de la población, y se clasifican en:

Primer Nivel: Es el primer contacto de la población con los servicios de salud que sólo disponen de recursos limitados, pero que se estima pueden resolver en gran parte, los problemas médicos comunes. Este nivel tiene básicamente carácter promocional, educativo, de protección específica y de atención de enfermos que requieren una medicina simplificada. Se realiza vigilancia epidemiológica, detección oportuna de enfermedades, planificación familiar, control del embarazo, apoyo al control sanitario y a la vigilancia del ambiente, promoción del saneamiento y capacitación de la población en el cuidado de su salud; así como la referencia de pacientes al segundo o al tercer nivel.

Segundo Nivel: Es el que atiende los problemas no resueltos en el primer nivel; cuenta con mayores recursos diagnósticos y terapéuticos para padecimientos no muy complejos y que pueden requerir hospitalización. Cuenta con las especialidades básicas de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna.

Tercer Nivel: Comprende a hospitales e institutos que tienen recursos sofisticados para la atención de casos complejos, no resueltos en el segundo nivel, cuentan con superespecialidades y además realizan importantes labores de docencia e investigación.

Esta organización piramidal, permite una utilización

racional de los recursos, evitando que personal altamente especializado atienda casos simples, posibles de solucionar por médicos familiares; haciendo al mismo tiempo accesible, a la población que lo requiera, los servicios de segundo y tercer nivel.

CAPITULO 4 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2 (IMSS)

4.1 Antecedentes

La Unidad de Medicina Familiar No. 2, fue inaugurada el día 24 de agosto de 1948, por el Licenciado Miguel Alemán Valdez, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; siendo Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Don Antonio Díaz Lombardo. La Clínica No. 2 se encuentra ubicada en Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 esquina con la calle de Naranjo, en la Colonia Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc.

Su primer Director fue el Doctor Ignacio Alcaraz Esquer, quien inició labores en una casa ubicada en la calle de Naranjo No. 110, funcionando inicialmente como Clínica General.

Estuvo instalada en esta dirección durante dos años aproximadamente, mientras se terminaba la construcción de su nuevo recinto. El 25 de agosto de 1948 la Unidad de Medicina Familiar No. 2 se trasladó a sus nuevas instalaciones que se ubican en Sor Juana Inés de la Cruz No. 81, junto al Hospital Psiquiátrico, que con el paso de los años se convirtió en Hospital Infantil de Naranjo. La nueva Unidad contaba con todos los adelantos técnicos de la ciencia médica e impartiría los servicios de consulta externa, curaciones, rayos X, especialidades, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Ahora la Unidad tendría unas magnificas instalaciones para brindar un buen servicio. Al pasar del tiempo la infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 se ha ido remodelando, mejorando sus servicios y contando con un mayor equipo y personal para atender a la demanda de las nuevas necesidades del derechohabiente.

Tanto en sus instalaciones como en sus servicios, la Unidad ha cambiado en los últimos años de la década de los setenta, desaparecieron los servicios de especialidades y urgencias; en esta década sufrió la mayor ampliación de sus instalaciones, debido a que el Hospital Infantil dejó de prestar sus servicios, dejando así, sus instalaciones a la Unidad de Medicina Familiar No. 2, que ahora abarcaría más espacio y sus servicios contarían con una mayor amplitud.

Con los sismos de 1985 su infraestructura no sufrió ningún daño; a partir de ese año la Unidad alojaría, durante casi diez años, al personal de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 que habían perdido sus instalaciones a causa de los sismos.

La Unidad es una de las más grandes de la Delegación No. 1 Noroeste, ya que cuenta con 30 consultorios de Medicina Familiar en cada turno, apoyados por 5 consultorios de estomatología. Además, se encuentra ubicada en una zona fabril, por lo que se da apoyo a nueve puestos de fábrica del área de influencia y a cuatro guarderías, siendo una de ellas la de hijos de madres IMSS ubicada en la parte superior del estacionamiento del Centro Médico La Raza.

Se encuentra ubicada en una colonia antigua, ésta a decir de los usuarios es una zona bien comunicada, con las características propias de la gran urbe; es decir, el entorno cuenta con grandes casas antiguas, actualmente convertidas en vecindades con sobrepoblación habitacional, en forma conjunta se acompaña de zonas altamente peligrosas de las áreas de adscripción de la unidad, así como zonas de prostitución, violencia y robo en las calles circundantes.

En los últimos años, la calidad de la atención se ha visto deteriorada sobre todo debido a la falta de insumos, que hacen que los usuarios acudan en forma repetida por el mismo medicamento, ocasionando insatisfacción de la atención otorgada; así mismo la falta de reactivos y otros materiales de laboratorio han contribuido a este deterioro.

Sin embargo, la Unidad ha continuado con 56 años de labores ininterrumpidas, albergando además de los derechohabientes, estudiantes de medicina, enfermería, estomatología y de otras áreas de la salud. Se ha involucrado además en el movimiento de Mejora Continua, en primer lugar a través de la capacitación de las áreas de laboratorio, asistentes médicas, estomatología, área administrativa, médicos y Cuerpo de Gobierno. Lo anterior con el propósito de lograr un cambio que paulatinamente mejore la calidad de la atención al usuario y por ende la imagen institucional.

La Unidad de Medicina Familiar No. 2, ha sufrido el siguiente proceso: El nacimiento, el crecimiento y consolidación, actualmente atraviesa por una etapa de cambio en respuesta a las demandas de una sociedad cambiante.

4.2 Ubicación Geográfica

En el área geográfica de la Unidad de Medicina Familiar No. 2, se encuentran 30 colonias, ubicadas en las Delegaciones Políticas de Cuauhtémoc, Azcapotzalco y Gustavo A. Madero.

La accesibilidad a la Unidad es favorable por contar con un sistema de transporte diverso que incluye desde autobuses, colectivos y el sistema de transporte colectivo "metro".

Las colonias o asentamientos humanos adscritos a la Unidad se encuentran agrupados por sectores:

- Sector 1: cuatro colonias
- Sector 2: once colonias
- Sector 3: diecinueve colonias

Sector 1, Colonias que lo integran:

- Santa María la Ribera
- San Rafael
- Tabacalera
- Cuauhtémoc

Sector 2, Colonias que lo integran:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| Nueva Santa María | Popotla |
| Victoria de las Democracias | Atlampa |
| Santo Tomás | San Jacinto |
| Obrero Popular | |
| Platilco | |
| Nextitla | |
| Plutarco Elías Calles | |
| San Bernabé | |

Sector 3, Colonias que lo integran:

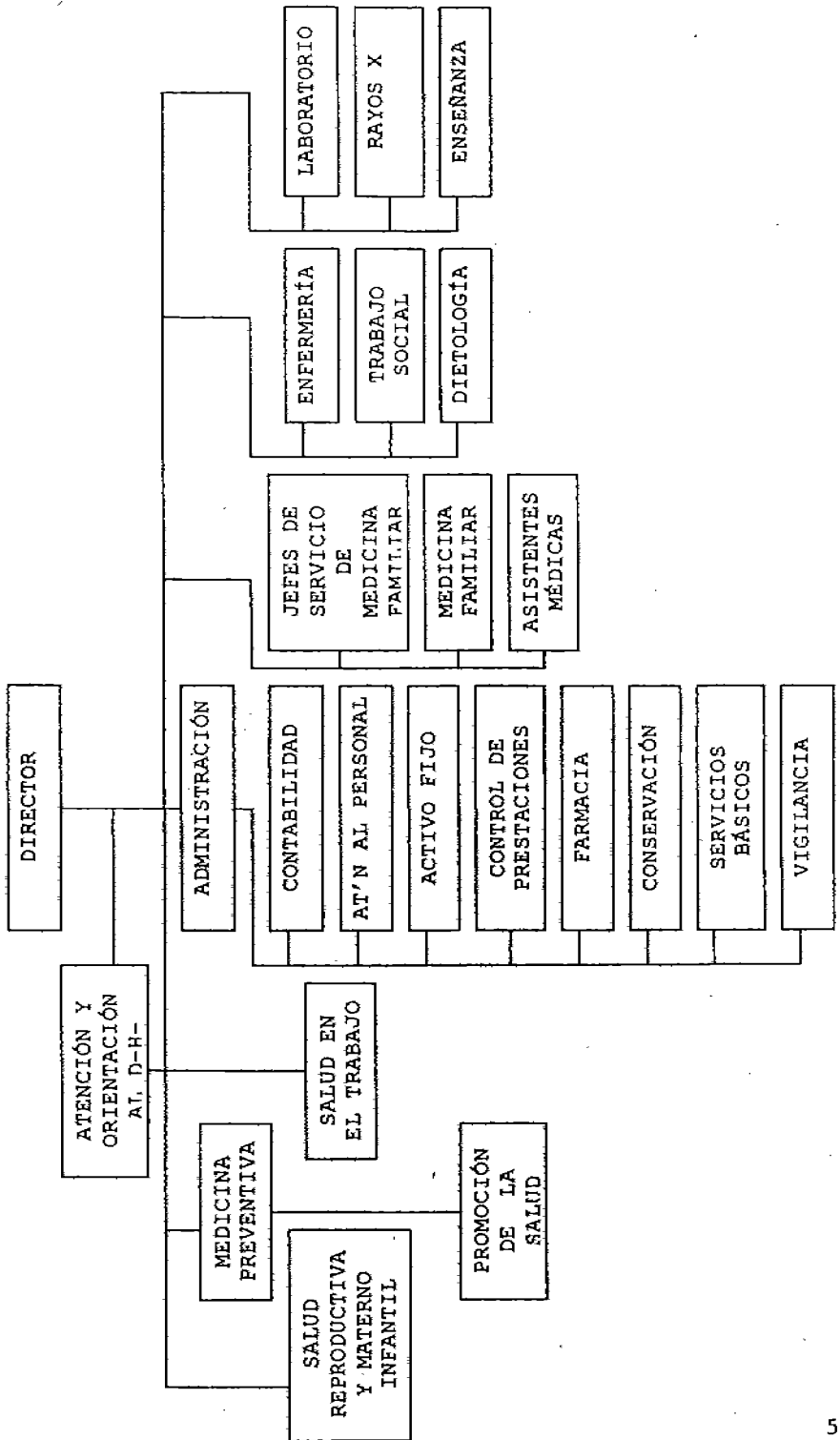
- Santa María Insurgentes
- Porvenir
- La Raza
- Héroes de Nacozari
- Del Gas
- San Francisco Xicotitla
- Patrimonio Popular
- Aguilera
- Cosmopolita
- Aldana
- Kuzkadi
- Guadalupe Victoria
- Liberación
- Pro Hogar
- Potrero del Llano
- Arenal
- Salvador Xochimanca
- Agricultura

El total de población adscrita a la Unidad Médica es de: 162,588 derechohabientes.

Por grupos de edad son:

- Niños de 0 a 9 años: 25,727
- Adolescentes 10 a 19 años: 21,130
- Mujeres de 20 a 59 años: 44,181
- Hombres de 20 a 59 años: 35,472
- Adultos mayores: 36,078

4.3 Organigrama.



Como se observa, en el organigrama de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Servicio de Promoción de la Salud depende de Medicina Preventiva; quien a su vez depende de la Dirección.

Cabe señalar que algunas de las actividades del Servicio de Promoción de la Salud, se realizan en coordinación con Medicina Preventiva como: la difusión que se lleva a cabo para invitar a los derechohabientes a realizarse las detecciones de diabetes, hipertensión arterial, cáncer de mama y cervico - uterino.

4.4 Servicios

Los servicios que conforman la Unidad de Medicina Familiar No. 2, para la atención de los derechohabientes son:

Consulta Externa:

- Consultorios de Medicina Familiar.
- Atención Médica Continua de Medicina Familiar.
- Estomatología Asistencial y Preventiva.
- Salud en el Trabajo.

Servicios Paramédicos:

- Dietología.
- Trabajo Social Médico.
- Salud Comunitaria:
 - Medicina Preventiva.
 - Planificación Familiar.
 - Promoción de la Salud.
 - E.M.I. (Enfermera Materno Infantil).
- Curaciones - C.E.Y.F. (Central de Equipos y Esterilización)
- Farmacia.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

- Laboratorio Clínico.
- Rayos X.

Dirección:

- Control de Prestaciones.
- Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).
- Educación e Investigación Médica.
- Atención y Orientación al Derechohabiente.

Administración:

- Contabilidad.
- Oficina de Personal.
- Conservación y Mantenimiento.
 Servicios Básicos.
- Almacón.

Los Servicios arriba mencionados se coordinan entre sí; con la finalidad de proporcionar una atención de calidad a todos los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 2.

CAPITULO 5 SERVICIO DE PROMOCION DE LA SALUD

5.1 Antecedentes

El antecedente formal del Servicio de Promoción de la Salud; anteriormente llamado Fomento de la Salud, se encuentra en la Reunión de Alma-Ata realizada en el año de 1978.

El Gobierno de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, convocó a la Asamblea de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para apoyar, organizar y patrocinar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, la cual se celebró del 6 al 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, Kazastán, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

A la conferencia asistieron más de 500 Delegados de 140 naciones, entre ellos 70 Ministros de Salud y 50 Ministros de Planificación, finanzas, educación, agricultura, así como representantes de organizaciones no gubernamentales.

Los objetivos de la conferencia fueron los siguientes:

- "Promover el concepto de la atención primaria de la salud en todos los países.
- Intercambiar experiencias e informaciones acerca de la organización de la atención primaria de la salud en el marco de sistemas y servicios nacionales de salud completos.
- Evaluar la situación actual de la salud y de la asistencia sanitaria en todo el mundo por cuanto guardan relación y pueden ser mejoradas con la atención primaria de la salud.
- Definir los principios de la atención primaria de la salud así como los medios operativos que permitan superar los problemas prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria de la salud.
- Definir la función de los Gobiernos y de las organizaciones nacionales e internacionales en la cooperación técnica y la ayuda para el desarrollo de la atención primaria de la salud.
- Formular recomendaciones para el desarrollo de la atención primaria de la salud".(18)

(18) IMSS, "Aspectos Conceptuales de Fomento de la Salud", México 1994, pág. 10.

En esta reunión se generó una declaración que incluye las antiguas preocupaciones que los Gobiernos de los distintos países tenían sobre la salud de la población mundial, en especial la de los países en vías de desarrollo.

Esta declaración reafirma el derecho de todos a un nivel de salud lo más elevado posible y la obligación de los Gobiernos a considerar esta labor como un objetivo social trascendente. Acordo con estas tendencias actuales de la medicina mundial, el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1985, instituye el Programa de Promoción de la Salud, en la Primera Reunión Temática de Delegaciones: Atención Primaria y Fomento de la Salud (abril). En julio del mismo año, se elaboró el primer Programa Institucional de Promoción de la Salud, y en octubre de ese año se emite el Documento denominado Lineamientos Generales para la Instrumentación del Programa de Promoción de la Salud en las Delegaciones.

En estos documentos se planteó que este programa sería de tipo horizontal, es decir, sin modificación de organigramas ni recursos propios y consideraron la integración de grupos funcionales en los que participaron las diversas áreas institucionales involucradas en el programa.

Las acciones de Promoción de la Salud se realizan en ámbitos diferentes, dependiendo de los núcleos de población a los que se da servicio, en este sentido, se tienen considerados Subprogramas de Promoción de la Salud que contemplan universos diferentes como son:

Subprograma de Promoción de la Salud en Unidades Habitacionales de INFONAVIT, el cual se aplicó de manera simultánea con una investigación para evaluar su impacto según la aceptabilidad.

Subprograma para Trabajadores IMSS; ya que para el Instituto sus propios trabajadores son importantes, por lo que se implementaron Módulos de Promoción de la Salud para Trabajadores.

Los asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social constituyen el universo razón de ser de la Institución, lo que hace trascendente la atención a la salud de los trabajadores en el área laboral y en sus Unidades Médicas de adscripción, para modificar sus hábitos y costumbres a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida del trabajador y su familia, desarrollando así, el Subprograma de Promoción de la Salud para el área laboral.

Subprograma de Promoción de la Salud para Población Marginada Urbana: Atiende a la población que asiste a los Centros de Seguridad Social y de Extensión de Conocimientos.

La Educación para la Salud es un instrumento esencial tanto para el desarrollo de los subprogramas referidos, como de las acciones a derechohabientes que se realizan intramuros, por lo que se da especial atención a este rubro y se utilizan los medios idóneos de comunicación para ampliar su cobertura.

Al cabo de seis años de operación del Programa y para hacerlo congruente con el modelo moderno de atención a la salud, se impuso un análisis profundo del cual se obtuvo como resultado que:

La carencia de presupuesto y normatividad precisa, se convirtieron en limitantes de importancia para el desarrollo de este Programa.

En la mayoría de las Delegaciones se aplicaron los Programas de Promoción de la Salud y de Atención Primaria de la Salud, como atención médica primaria de la enfermedad, dando como resultado que se medicalizara la actividad desarrollada en la comunidad.

No en todas las ocasiones se consiguió una verdadera participación comunitaria.

Dada la libertad de los lineamientos, en muchas Delegaciones, el trabajo comunitario desbordó los planteamientos originales gracias a la creatividad, empeño y compromiso demostrado por los señores Delegados, sus equipos de trabajo y la respuesta de las comunidades.

No fue posible evaluar en forma objetiva los logros del Programa por la carencia de un sistema de información sencillo, veraz y suficiente.

No fue posible evaluar el impacto del Programa en la salud de la Comunidad, a pesar de reconocerle avances importantes.

Posteriormente, en una segunda fase el Programa de Promoción de la Salud es reorientado; con el propósito de crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud, para que con participación consciente de los involucrados, se propicie el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva, se erradiquen hábitos y costumbres desfavorables, se detecten y modifiquen factores de riesgo, y todo ello, se traduzca en mejores niveles de salud de la población.

En consecuencia se propuso: establecer un marco normativo; dotar al Programa de recursos presupuestales propios para garantizar resultados; reorientar la organización, operación y estrategias y establecer los mecanismos de información, supervisión y evaluación del Programa por niveles, que permitirían una rápida retroinformación.

Así mismo, la responsabilidad de la implementación, implantación y desarrollo operativo-normativo del Programa, se asignó a la Jefatura de Promoción de la Salud.

Durante el tiempo que se han ejercido estas funciones, se ha puesto especial atención además de consolidar la infraestructura del Programa a nivel nacional, a la formación y capacitación del personal responsable de operarlo a nivel delegacional. Se elaboraron también varios instrumentos técnicos de apoyo a la operación y una metodología para elaborar diagnósticos de factores de riesgo, que en el campo de la salud, complementa al diagnóstico de salud que se utiliza como base para planear y programar las acciones contra las enfermedades.

Uno de los múltiples factores obstaculizadores que se han enfrentado a los esfuerzos por ampliar y desarrollar los espacios conceptual y operativo de Promoción de la Salud en el Instituto, ha sido la resistencia de algún personal que acorde con lo detectado, parece ser que se mantiene en un grado de desinformación sobre lo que ocurre a nivel mundial en el campo de la salud pública, la atención primaria, la epidemiología, la medicina preventiva y el fomento de la salud.

De esta manera, el Servicio de Promoción de la Salud ha ido logrando poco a poco el reconocimiento a la importancia de la labor que realiza como parte fundamental del primer nivel de atención a la salud, en la prevención de enfermedades, a través de la modificación de conductas en beneficio de la salud de la población.

5.1.1 Marco Legal

En México desde 1917 el bienestar social es tarea encomendada a los gobiernos por mandato constitucional. Los derechos sociales consagrados desde entonces en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se han incrementado y en consecuencia, el tradicional estado de derechos se ha sustituido por el denominado estado social de derecho. El fomento de la salud, entre otros aspectos, es uno de los componentes del derecho social a la protección de la salud.

En efecto, el artículo cuarto constitucional refiere que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas

en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".(19)

Este derecho social a la protección de la salud exige una intervención directa positiva del estado.

Los servicios de salud fueron establecidos en la norma fundamental de 1917 para beneficio de los Trabajadores y previene la creación del departamento de salubridad, dependencia administrativa federal y del Consejo General de Salubridad, órgano colegiado con facultades cuasilegislativas dependientes del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos.

La Constitución de 1917, reconoce la responsabilidad del Gobierno Federal de cuidar y proteger la salud de los habitantes de la República, y la importancia de la salubridad en todo el país, concediendo amplias facultades en este campo al Consejo de Salubridad General, como ha quedado señalado.

También el artículo 123 Constitucional entre las bases contenidas en el título sexto. Que se refiere al trabajo y la previsión social incluye las fracciones XV Y XXIX en materia de salud en su apartado A.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, en el capítulo seis relativo al Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida, dedica un apartado a la salud, asistencia y seguridad social. En él se afirma que entendida en un sentido amplio, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en el contexto ecológico y social propicio para el sustento y desarrollo. La salud no resulta del solo progreso económico y social; requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el ambiente principalmente. Promover activamente la salud como uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad, es uno de los propósitos fundamentales del Sector Salud. Se impulsará vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva: esto se hará a través de la Educación para la Salud y el desarrollo de acciones de fomento y protección, en las que colaboren las empresas y los organismos empleadores, los centros de educación los distintos niveles de gobierno, y las asociaciones sociales,

(19) Poder Ejecutivo Federal, "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", Edit. Alfaro, pág. 12.

profesionales, y cívicas que compartan responsabilidades o intereses en la protección de la salud.

"En la prevención y la protección se dará especial énfasis a la prevención de enfermedades, consolidando los avances obtenidos en los programas existentes, principalmente de vacunación, el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las crónicas degenerativas. Serán objeto de atención prioritaria las acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil y a proteger la salud reproductiva, la salud en el trabajo y la salud mental. Así mismo se fortalecerán las acciones para la protección del ambiente y el saneamiento básico, con la finalidad de disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas. Se promoverán prácticas higiénicas para el manejo de desechos y para evitar la contaminación del ambiente y de los alimentos. Se reforzarán las campañas contra las adicciones y la farmacodependencia".(20)

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984, dentro de su contenido menciona que: la salud rebasa el limitado radio de la atención médica y no es exclusiva responsabilidad del estado; los servicios de salud que proporciona el sector público deben ser de calidad y que la atención primaria de salud, estrategia universalmente reconocida, debe asegurarse a través del acceso real a los servicios básicos de salud; resaltando de ésta manera la importancia de la promoción de la salud como parte de la atención primaria de salud.

Así mismo, en el título séptimo de la Ley General de Salud menciona la importancia de la Promoción de la Salud para generar conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de su salud. Esto se logrará a través de Programas de Educación para la salud que debe desarrollar la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los Gobiernos de las Entidades Federativas.

Por otra parte, se menciona también que las dependencias y entidades del sector salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas, deben promover y apoyar la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud, así como

(20) IMSS, "Aspectos Conceptuales de Fomento de la Salud", México 1994, pág. 50.

en los de prevención de enfermedades, accidentes e invalidez.

En acatamiento al Plan Nacional de Desarrollo y a la Ley de Planeación, la Secretaría de Salud, con la participación de todo el Sistema Nacional de Salud; elaboró el Programa Nacional de Salud, 1990-1994, que incluye la participación de la medicina pública, la social y la privada.

El Programa constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud, para alcanzar sus objetivos y metas planteadas en los campos de la salud y la asistencia social, describe los lineamientos programáticos en las áreas de fomento de la cultura de la salud, acceso universal a los servicios con equidad y calidad, prevención y control de enfermedades y accidentes, protección del medio ambiente, saneamiento básico, regulación del crecimiento demográfico y asistencia social.

La Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de atención primaria a la salud, es otro de los documentos que resalta la importancia del fomento de la salud, considerándolo como: "un proceso que promueve la autorresponsabilidad social en el cuidado de la salud y del ambiente, por medio de políticas sanas, reorientación de los estilos de vida, con la plena participación de la población, sus instituciones y autoridades".(21)

En base a lo anterior, el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha implementado el Programa Institucional de Promoción de la Salud; a través de los servicios sociales de beneficio colectivo, que comprenden: las prestaciones sociales.

Las Prestaciones sociales tienen la finalidad de fomentar la salud, prevenir enfermedades y contribuir a la elevación del nivel de vida de la población. Y se proporcionan mediante programas de Promoción de la Salud difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de los medios de comunicación; educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; mejoramiento de la vivienda; impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas; centros vacacionales, así como otros servicios similares.

Por lo que en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el fomento de la salud es considerado como una estrategia que integra los esfuerzos y recursos del Instituto, de la comunidad y de las concertaciones con organismos públicos y privados, orientados a promover la participación de la comunidad de manera consciente en el cuidado de su salud,

(21) IMSS, "Aspectos Conceptuales de Fomento de la Salud", México 1994, pág. 52.

con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida.

5.1.2 Políticas y Propósitos

Las políticas del Servicio de Promoción de la Salud son:

"Las acciones de Promoción de la Salud estarán orientadas a la identificación y disminución de factores de riesgo.

Las áreas institucionales involucradas se coordinarán para la aplicación del Programa de Promoción de la Salud.

Los equipos de Promoción de la Salud promoverán en la población derechohabiente la autogestión para disminuir riesgos en el individuo, en su familia y en la comunidad.

Para el Desarrollo de las acciones del Programa de Promoción de la Salud, se impulsará la concertación de la comunidad de los sectores público, social y privado.

La Educación para la Salud será el instrumento básico para crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud".(22)

Los propósitos del Servicio de Promoción de la Salud son los siguientes:

"Crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud con participación de los interesados.

Desarrollar un nuevo enfoque de la cultura de la salud a través del proceso educativo.

Promover en los trabajadores del Instituto, su familia y la población marginada urbana (IMSS-SOLIDARIDAD), hábitos tendientes a mejorar la salud.

Contribuir de manera permanente a disminuir los factores de riesgo para la salud de los derechohabientes y de la población marginada urbana (IMSS-SOLIDARIDAD)".(23)

Dentro de las políticas y propósitos del Servicio de Promoción de la Salud, se menciona que en un primer momento deben identificarse los factores de riesgo de la comunidad, para que en base a estos se realicen las actividades; contemplando como aspectos fundamentales, la educación para

(22) IMSS, "Programa Institucional de Fomento de la Salud", México 1993, pág. 16.

(23) Op. Cit., pág. 17

la salud y por consiguiente la participación activa de la comunidad y lograr de esta manera mejorar el nivel de vida de los individuos a través de la modificación de hábitos nocivos para su salud.

5.1.3 Objetivos

Objetivo General:

"Mejorar la calidad y el nivel de vida de la población derechohabiente y grupos desprotegidos mediante la disminución y eliminación de los factores de riesgo. Todo ello con la participación activa de los trabajadores y la comunidad."

Objetivos Específicos:

"Identificar los factores de riesgo para la salud de la población involucrada, en todas las delegaciones del Instituto.

Promover la organización de la comunidad en el área de influencia de cada Delegación por Unidad Médica, para que con su participación consciente y activa se disminuyan cada uno de los factores de riesgo para la salud, detectados y susceptibles de ser modificados.

Modificar hábitos y costumbres desfavorables para la salud, a través de acciones de Educación para la Salud.

Incrementar la participación comunitaria en la identificación gestoria y desarrollo de acciones que permitan modificar positivamente los riesgos y con ello mejorar el nivel de salud de toda la población, con énfasis en los grupos prioritarios.

Promover el autocuidado de la salud mediante la difusión y capacitación específica en la detección y manejo de los factores de riesgo.

Promover la cobertura en la prevención de enfermedades haciendo énfasis en la detección oportuna de padecimientos.

Mejorar el estado nutricional a través de incidir en los hábitos alimentarios, obtención, compra, conservación y preparación de alimentos.

Mejorar la salud ambiental mediante el saneamiento básico y el mejoramiento de la vivienda.

Promover hábitos higiénicos.

Prevenir accidentes en el hogar, vía pública, escuela y trabajo mediante la Educación para la Salud y el incremento de medidas para favorecer la salud mental de la población, mediante la concertación de la comunidad para la oferta y construcción de espacios físicos y sociales que coadyuven en el uso adecuado del tiempo libre a través de la convivencia, recreación, prácticas deportivas, fomento de la cultura y las artes".(24)

Con base en lo anterior, se observa que los objetivos del Servicio de Promoción de la Salud, contemplan aspectos importantes de la Salud Pública como: El saneamiento, el control y erradicación de enfermedades, alimentación, Educación para la Salud y el diagnóstico temprano de las enfermedades. Estas acciones también forman parte del primer nivel de atención a la salud.

5.2 Organización y Estructura

Las actividades de Promoción de la Salud, se realizan mediante líneas de acción que se aplican tanto intramuros como extramuros a través de subprogramas.

Lo anterior se lleva a cabo a través de los tramos de control y operativos que a continuación se describen:

Nivel Central:

La Dirección Médica, mediante la Coordinación de Salud Pública, en coordinación con las Jefaturas de: Servicios de Salud en el Trabajo, Salud Reproductiva y materno infantil, Seguridad para los Trabajadores, Prestaciones Sociales, Orientación y Quejas, la Coordinación de Comunicación Social y Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Es la responsable de autorizar, emitir y vigilar la permanente actualización del marco normativo, los lineamientos y las estrategias de las acciones de Promoción de la Salud, en el Instituto.

Además, tiene otras funciones como: Vigilar el cumplimiento de los subprogramas, dar asesoría realizar seguimiento y evaluar el Programa de Promoción de la Salud en las Delegaciones; establecer lineamientos para la capacitación del personal que realiza acciones de Promoción de la Salud; informar a las instancias superiores de avances, resultados y problemas detectados; coordinar con

(24) IMSS, "Programa Institucional de Fomento de la Salud", México 1993, p.p. 18-20.

otras áreas su participación en Promoción de la Salud; coordinar y concertar con otras dependencias del sector salud, públicas y privadas; y retroinformar a nivel Delegacional aspectos relacionados con el Programa.

Nivel Delegacional:

El C. Delegado es el responsable de la implementación y desarrollo del Programa; convoca para su participación Delegacional a Prestaciones Sociales, Orientación y Quejas, Seguridad en el Trabajo, Comunicación Social y otras áreas; coordina las acciones de Promoción de la Salud intra y extrainstitucionales, en el ámbito Delegacional, se apoya en el Jefe Delegacional de Prestaciones Médicas para la aplicación supervisión y evaluación del Programa.

El Coordinador de Salud Pública es el responsable de que el Programa sea aplicado en las diferentes zonas de acuerdo al tamaño y características de la Delegación; mantiene informado a todos los niveles; supervisa y asesora al nivel operativo y evalúa los resultados del Programa por zona.

La Comisión Operativa de Promoción de la Salud: Es la instancia en la que participan representantes de las distintas Jefaturas Delegacionales, funge como una unidad de control con facultades para realizar el seguimiento, supervisión y asesoría de las actividades conforme a las siguientes funciones: Participar en la selección de los universos, participar en la elaboración del perfil y/o el diagnóstico de factores de riesgo, establecer concertaciones con organismos públicos y privados, participar en la programación de las acciones conjuntamente con la comunidad, gestionar la dotación de recursos necesarios para la realización de las actividades y supervisar, evaluar e informar sobre el desarrollo de las acciones.

La Comisión Operativa de Promoción de la Salud depende administrativamente de los Jefes Delegacionales de cada área y operativamente del responsable Delegacional de Promoción de la Salud.

Nivel Operativo:

El Director de cada Unidad es el responsable de la aplicación del Programa y de los subprogramas que le corresponde en el ámbito de influencia de su Unidad.

El Programa se aplica en Unidades Médicas, en Centros Laborales y Educativos, en Áreas habitacionales y en los Centros de Seguridad Social.

El desarrollo del Programa Institucional de Promoción de la Salud se logra a través de la participación de personas dispuestas y comprometidas para conjuntar conocimientos y experiencias, compartir la responsabilidad en la toma de decisiones, optimizar los recursos humanos, materiales y financieros del Instituto; para la operación se organizan en Comités Locales y Comunitarios debidamente estructurados.

Comité Local de Promoción de la Salud: Esta integrado por el Director de la Unidad Médica, apoyado por los Jefes de Servicio que se requieran, un representante del equipo coordinador, uno del equipo básico y un integrante del Comité Comunitario.

Este Comité es responsable de coordinar programas y evaluar las acciones de Promoción de la Salud que se efectúen en la zona de influencia de la Unidad Médica, a través del equipo coordinador de salud.

- El Equipo Coordinador de Salud, esta integrado por:
- Un médico
 - Una Trabajadora Social
 - Un psicólogo
 - Un sociólogo
 - Un promotor de salud
 - Una promotora social voluntaria

Este equipo, se apoya eventualmente en el personal existente en la Unidad, que pueda colaborar en las acciones de Promoción de la Salud. Administrativamente depende del Director de la Unidad, y operativamente del Comité Local de Promoción de la Salud.

Es el responsable de la coordinación y asesoría de los equipos básicos que dependen de la Unidad Médica.

Comité Comunitario de Promoción de la Salud: Esta integrado por representantes de la comunidad, en coordinación con el equipo básico de salud. Y es el responsable de difundir y operar las líneas de acción de Promoción de la Salud, de participar en la elaboración del diagnóstico de factores de riesgo para la salud, de la programación de las actividades y del seguimiento.

- El Equipo Básico de Salud, esta integrado por:
- Una auxiliar de enfermería en salud pública
 - Un promotor de salud
 - Una auxiliar de comunidad

Administrativamente depende del Director de la Unidad.

El Equipo Básico de Salud es el responsable de propiciar la integración del Comité Comunitario, de la coordinación entre el Comité Comunitario y el Equipo Coordinador de Salud Institucional, y de cumplir con las funciones y actividades asignadas en el subprograma correspondiente.

5.3 Líneas de Acción

Las actividades de Promoción de la Salud, se realizan mediante líneas de acción que se aplican a través de subprogramas.

Las ocho líneas de acción son recomendaciones basadas en la Declaración de Alma-Ata (1978), sintetizadas y adaptadas por el Instituto, con el propósito de dar cumplimiento a la estrategia de Atención Primaria de la Salud y que en esencia contiene una serie de acciones y actividades encaminadas a impulsar la cultura de la salud, y por consiguiente, el mejoramiento de la calidad de vida de los derechohabientes y de la población en general.

5.3.1 Organización y Participación Comunitaria

El desarrollo de esta línea de acción es esencial para la aplicación del Programa de Promoción de la Salud en la comunidad, en consecuencia, es determinante promover su organización y participación en el ámbito de la salud.

La Organización Mundial de la Salud define la participación comunitaria como: "El proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad.

De acuerdo a la estrategia de Atención Primaria de la Salud la participación comunitaria debe entenderse como: el grado máximo de autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planeación, organización, operación y control de los servicios para la salud". (25)

El propósito fundamental de este proceso consiste en impulsar la participación comunitaria para favorecer el

(25) IMSS, "Programa Institucional de Fomento de la Salud", México 1993, pág. 24.

éxito de los Programas de Salud. Para lograrlo se realizan las siguientes actividades:

Identificar los líderes naturales de la comunidad y organizaciones existentes, para darlos a conocer los propósitos.

Convocar reuniones en la comunidad a través de sus líderes para propiciar su participación conjunta a favor de su salud y bienestar colectivo.

Constituir Comités Comunitarios por medio de asambleas.

Impulsar la participación de la comunidad en la elaboración y análisis de los factores de riesgo identificados en el diagnóstico de factores de riesgo a la salud en la comunidad.

Jerarquizar conjuntamente equipo básico y comunidad, la problemática de salud detectada.

Elaborar el Programa estableciendo compromisos entre la comunidad y la Institución, acordes a los factores de riesgo detectados en el diagnóstico.

Desarrollar las actividades de acuerdo a los problemas jerarquizados.

Evaluar por parte del comité comunitario los avances de las actividades.

Invitar a personas de la comunidad para que participen como promotores y/o monitores.

Proporcionar asesoría a la comunidad para la realización de gestiones orientadas a resolver los problemas de salud locales.

5.3.2 Difusión y Capacitación

La difusión y capacitación son elementos de comunicación que en esencia se orientan para influir en la conducta humana con el fin de obtener comprensión, aceptación y lograr un cambio de actitud que facilite la modificación del comportamiento de las personas.

La difusión y la capacitación deben apoyar la formación de promotores y monitores, para el desarrollo de las acciones en salud, ya sea como multiplicadores de información, como integradores de grupos de autoayuda o para realizar acciones específicas. Su propósito es lograr una interacción permanente entre la Institución y la comunidad en cuanto a las actividades de Promoción de la Salud, se pretende lograr la sensibilización de la comunidad para detectar y valorar sus necesidades y que conscientemente se involucre en la solución de sus

problemas, así mismo capacitar a la comunidad para que de manera responsable realice acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida, actuando sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados.

La difusión como elemento de la comunicación debe contemplar las siguientes características para lograr que los mensajes sean captados por los destinatarios: Deben ser oportunos, adecuados, continuos y actualizados.

La Difusión para la participación comunitaria debe ser permanente y comprende las etapas de: sensibilización, concientización y motivación.

Algunos instrumentos utilizados para la difusión de mensajes son: Trípticos, volantes, carteles, audiovisuales, radio, Televisión y otros medios de comunicación con que cuenta la comunidad.

"La Capacitación, se concibe como un campo de aprendizaje multidisciplinario cuyo contenido esta orientado al desarrollo de los individuos, a fin de que conozcan el porqué de las cosas y la importancia de su quehacer. Su propósito es proporcionar a la comunidad y a las organizaciones, individuos aptos que alcancen los mejores resultados con la aplicación misma del esfuerzo coordinado, mediante la planeación, eligiendo los recursos más provechosos con que se cuenta, así como también evaluando los resultados que se obtengan para poder tener un control efectivo del proceso".(26)

La capacitación debe tener como mínimo las siguientes etapas:

- Determinación de necesidades de capacitación.
- Precisión de objetivos.
- Definición del contenido de la capacitación.
- Determinación de los métodos de capacitación.
- Selección de los apoyos adecuados para la capacitación.
- Llevar a cabo la capacitación.
- Evaluación de las etapas anteriores.

El equipo básico y el equipo coordinador dirigirán la difusión y la capacitación a los promotores voluntarios, los cuales, a su vez, deberán multiplicarla formando monitores y nuevos promotores que logren sensibilizar al resto de la comunidad, para que participen activamente en el autocuidado de la salud.

(26) IMSS, "Programa Institucional de Fomento de la Salud", México 1993, pág. 48.

5.3.3 Detección y Prevención de los Factores de Riesgo para la Salud

En cuanto a este aspecto, se realizan acciones dirigidas a modificar los factores predisponentes y/o condicionantes que producen alteraciones en la salud del individuo. Y se llevan a cabo a través de actividades básicas como:

Educación para la salud.

Detección de factores de riesgo: biológico, psicológicos, sociales ambientales, laborales, etc.

Concertación con áreas extrainstitucionales para desparasitar a grupos de riesgo.

Educación y concertación con áreas extrainstitucionales para prevenir enfermedades diarreicas y el uso adecuado de la hidratación oral.

Concertación para la aplicación de biológicos a grupos de riesgo.

Capacitación y concertación para estomatología preventiva.

Información y concertación sobre Planificación Familiar.

Formación de grupos de autoayuda.

Estas actividades están dirigidas a toda la población. Y en su desarrollo participan: El comité comunitario, los promotores voluntarios, el equipo básico y el equipo coordinador.

5.3.4 Mejoramiento de la Alimentación

La alimentación es un proceso mediante el cual se obtienen los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo.

Una de las posibilidades planteadas de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, es la Línea de Acción para el Mejoramiento de la Alimentación, con el propósito de lograr mejorar el estado nutricional del individuo, la familia y la comunidad; ya que al modificar sus hábitos de alimentación desfavorables y corregir los

factores de riesgo dietéticos de acuerdo con sus características socioculturales y económicas, pueden prevenirse algunos padecimientos.

Para lograr este propósito se deben realizar las siguientes actividades:

Fomentar la participación de la comunidad para reforzar los hábitos alimentarios que mejoren su estado nutricional.

Programar pláticas y demostraciones referentes a: disposición, higiene y preparación de alimentos dirigidas a las familias de la comunidad.

Realizar actividades educativas que conduzcan a la prevención de enfermedades y mejoramiento del estado nutricional del individuo, la familia y la comunidad.

Proporcionar información en aspectos teórico prácticos que permitan mejorar la alimentación.

Formar grupos para la capacitación en aspectos teórico prácticos orientados a mejorar la alimentación.

Organizar grupos específicos para corregir deficiencias nutricionales detectadas.

Investigar los factores de riesgo dietéticos que influyan en el estado nutricional.

Organizar pláticas de orientación nutricional.

Capacitar a monitores en orientación nutricional.

Informar y educar a la comunidad sobre los beneficios de la lactancia materna.

Las actividades educativas para el mejoramiento de la alimentación deberán dirigirse a diferentes grupos de la población, como son:

- Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- Niños en etapa escolar
- Adolescentes.
- Adultos mayores.
- Personas con problemas específicos (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, desnutrición, etc.)

5.3.5 Protección y Mejoramiento del Ingreso Familiar

Esta línea de Acción se refiere a las acciones y medidas tendientes a proteger y mejorar el ingreso familiar y a orientar su adecuada distribución.

La finalidad de estas acciones consiste en orientar a las familias de la comunidad en la protección del ingreso familiar mediante la asesoría para la adecuada distribución

del mismo, las compras en común, la formación de cooperativas de consumo y producción, y la realización de actividades que incrementen el ingreso familiar. Las actividades que deben realizarse son:

Orientación para la adecuada distribución del ingreso familiar.

Organización de grupos específicos para compras en común; se refiere a la adquisición de productos a precios de mayor costo para evitar los intermediarios y proteger el ingreso familiar a través de la compra de artículos básicos para el consumo a precios preferenciales por el volumen de las compras.

Organización de cooperativas para el consumo; es una organización social no lucrativa en donde se producen los artículos de consumo básico y que beneficia a los cooperativistas a través de la protección de su salario o ingreso.

Organización de cooperativas para la producción; están orientadas hacia la producción de diversos artículos y mediante este proceso los cooperativistas obtienen un ingreso adicional.

Realización de actividades que incrementen el ingreso familiar; se promoverá la realización de actividades encaminadas a la capacitación y adiestramiento de personas para habilitarlas en un oficio o actividad, para el beneficio familiar o bien para que otorguen un servicio a las familias de la comunidad a un costo razonable y complementen su ingreso familiar.

Estas acciones están dirigidas a grupos prioritarios como amas de casa, pensionados, jubilados, etc. y serán realizadas con la orientación del equipo básico, por los grupos organizados de la comunidad y personas asignadas para tal efecto.

5.3.6 Mejoramiento Ambiental

La línea que corresponde al Mejoramiento Ambiental se refiere a las acciones dirigidas hacia el micro y macroambiente del individuo, familia y comunidad, tendientes a mejorar su habitat.

El propósito de esta Línea de Acción es la aplicación de técnicas educativas que permitan modificar efectos

desfavorables en el medio ambiente que afectan el ecosistema. El mejoramiento ambiental se lleva a cabo a través de:

- Mejoramiento de las condiciones de la vivienda.
- Tratamiento y aprovechamiento óptimo del agua para consumo humano.
- Eliminación adecuada de las excretas y basura.
- Procesamiento de los desechos orgánicos e inorgánicos a través de su selección y aprovechamiento.
- Control y erradicación de la fauna nociva y transmisora de enfermedades.
- Forestación y reforestación.

El universo beneficiado de estas acciones lo constituyen los individuos, familias y comunidad.

5.3.7 Salud en el Trabajo, Hogar, Escuela y Vía Pública

Consiste en las acciones y medidas dirigidas a la identificación, prevención y modificación de los factores de riesgo en el trabajo, hogar, escuela y vía pública y al mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene. Con el objeto de promover el mejoramiento de las condiciones de salud de los grupos de riesgo y de establecer las medidas de seguridad tendientes a disminuir y/o modificar los factores de riesgo, las actividades para la salud y seguridad se efectuarán en los centros laborales, hogar, escuelas y vía pública, para cumplir con el propósito se sugieren las siguientes actividades:

- Identificar la problemática sentida y manifestada por los grupos de riesgo en cuanto a las condiciones de salud, de seguridad e higiene existentes, para la integración del diagnóstico de riesgo respectivo.
- Informar a los responsables y a la población sobre los factores de riesgo detectados en el trabajo, hogar, escuela y vía pública.
- Elaborar el Programa de Trabajo de Salud y Seguridad y determinar las medidas preventivas y correctivas para modificar los factores de riesgo.

- Capacitar a los grupos en la prevención y modificación de factores de riesgo, así como en situaciones de emergencia en casos de siniestro.
- Participar en las acciones conjuntas con las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene, para organizar a los trabajadores en grupos específicos para el desarrollo de las acciones que se requieran.
- Informar permanentemente a los responsables y a los grupos en riesgo de las actividades y gestiones realizadas.

Estas acciones estarán dirigidas al universo conformado por los grupos en riesgo de los subprogramas.

El personal de las áreas de seguridad para los trabajadores, de salud en el trabajo y de los equipos básicos de salud serán los responsables de asesorar a los directivos y grupos de riesgo en el desempeño de tales acciones.

5.3.8 Salud Mental y Adecuado Uso del Tiempo Libre

La salud mental es la manifestación de la forma en que el individuo se adapta a los desafíos que le plantea la vida.

Desde el punto de vista de Promoción de la Salud "la salud mental tiene la finalidad de desarrollar individual, familiar y colectivamente la autoasistencia y la autogestión para actuar de manera efectiva y oportuna sobre los distintos factores de riesgo para la salud mental, que se pueden traducir en deficiencias o impedimento psíquicos que repercuten en su capacidad de adaptación".(27)

El adecuado uso del tiempo libre, se refiere al desarrollo de actividades en el tiempo que no está destinado a rutinas escolares, laborales y del hogar que repercuten en beneficios físico, mental y social. En consecuencia, el uso adecuado del tiempo libre, favorece las condiciones de salud mental en una sociedad.

Para lograr este objetivo, se deben desarrollar las siguientes actividades:

- Detección y modificación de factores de riesgo que afectan la salud mental individual, familiar y colectiva.

(27) IMSS, "Programa Institucional de Fomento de la Salud", México 1993, pag. 62.

- Promover en la comunidad la realización de actividades recreativas, deportivas y culturales.
- Orientar a la comunidad para que identifique sus necesidades recreativas, deportivas y culturales.
- Promover la instauración de sesiones educativas que propicien la salud mental.
- Fomentar la formación de grupos de ayuda.
- Supervisar y evaluar el desarrollo de las actividades.

El trabajo a realizar dentro de esta línea de Acción deberá estar dirigido a: niños, adolescentes, adultos jóvenes y personas de la tercera edad.

El equipo básico de salud, los líderes naturales y los grupos organizados de la comunidad serán los responsables de implementar esta línea de Acción en la comunidad.

CAPITULO 6 PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Es importante mencionar, que anteriormente el Servicio de Promoción de la Salud realizaba sus actividades en base a ocho líneas de acción que se aplicaban a través de los subprogramas correspondientes; mencionadas en el capítulo anterior. Sin embargo, actualmente este Servicio tiene como base, los Programas Integrados de Salud, para desempeñar sus funciones; por lo que se consideró importante describirlos en el presente capítulo.

6.1 Concepto

A partir de la segunda mitad del siglo XX y dados los grandes avances de la tecnología y la investigación médica, se han alcanzado mejores niveles de salud, gracias a los múltiples programas de prevención y control de enfermedades. Sin embargo este mismo número y su heterogeneidad han complicado la práctica de la atención médica y sobre todo el trabajo de los equipos de salud, en el primer nivel de atención. Como una respuesta a la fragmentación de programas y servicios, surge la Estrategia Institucional de Atención Integrada a la Salud, la que se define a continuación:

"Los Programas Integrados de Salud son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva ordenándolas por grupos de edad".(28)

De esta manera, la Dirección de Prestaciones Médicas estableció cinco Programas Integrados y son:

- Salud del niño (menores de 10 años)
- Salud del adolescente (10 a 19 años)
- Salud de la mujer (20 a 59 años)
- Salud del hombre (20 a 59 años)
- Salud del adulto mayor (más de 59 años)

(28) INSS, "Programas Integrados de Salud", México 2001, pág. 6.

La conformación de estos grupos etéreos se debe a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa.

Además de estos cinco Programas Integrados de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social lleva a cabo otros dos Programas de carácter preventivo y son los referentes a Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por vector (paludismo y dengue) Urgencias Epidemiológicas, y Apoyo en desastres y Seguridad e Higiene en el Trabajo; de gran importancia pero que por su naturaleza no se incluyen dentro de esta estrategia.

Los motivos por los que se adoptó la nueva estrategia de Programas Integrados de Salud obedecen a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de atención, algunos de estos motivos son: Cambiar el enfoque de los Programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos con el fin de elevar, su impacto mediante acciones coordinadas; ordenar y agrupar los numerosos Programas de Salud Pública y de Salud Reproductiva, con la finalidad de facilitar las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución; integrar y coordinar las acciones relacionadas con los programas anteriores, actualmente fragmentadas en múltiples servicios: consulta externa, medicina preventiva, promoción de la salud, trabajo social, nutrición, atención materno infantil, planificación familiar y estomatología preventiva; ordenar, simplificar y agilizar la prestación de los Servicios en las Unidades de Medicina Familiar; avanzar en el propósito de proporcionar atención integral de la salud, como estrategia para la provisión de acciones preventivas y curativas; y contribuir a la recuperación del propósito original de la medicina familiar: la atención integral de la salud de la familia.

6.1.1 Objetivos

El objetivo general de los Programas Integrados de Salud es: "Mejorar la calidad de la atención en las Unidades de Medicina Familiar.

Los objetivos específicos son:

- Otorgar a cada derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud.
- Mejorar la satisfacción de los derechohabientes y estimular su participación corresponsable en el cuidado de su salud.
- Facilitar las tareas de los equipos de salud y mejorar la utilización de los recursos.
- Elevar la cobertura y el impacto de los Programas de Salud".(29)

En base a sus objetivos, los Programas Integrados de Salud pretenden no solo seguir otorgando acciones preventivas y curativas a los derechohabientes, sino también involucrarlos de manera comprometida en el cuidado de su salud. Todo esto a través de los Servicios educativos, preventivos y curativos para lograr así una mejor calidad en el primer nivel de atención.

6.1.2 Metas

Las metas de impacto de los Programas Integrados de Salud, en el periodo comprendido del 2001 al 2006, son:

- Salud del niño: menor de 10 años.
- "Mantener la mortalidad infantil por debajo de los niveles actuales.
- Reducir 30% las formas moderadas y severas de desnutrición en los menores de cinco años.
- Reducir 10% la prevalencia de obesidad.

(29) IMSS, "Programas Integrados de Salud", México 2001, pág. 9.

- Reducir 80% la frecuencia de anemia por carencia de hierro en niños de un año.
- Disminuir 50% la carga parasitaria.
- Mantener erradicada la poliomielitis y eliminada la difteria.
- Eliminar el tétanos neonatal.
- Eliminar la sífilis congénita.
- Reducir los casos de transmisión perinatal de VIH.
- Eliminar el sarampión y la meningitis tuberculosa en menores de cinco años.
- Reducir 90% la incidencia de rubéola, parotiditis, y hepatitis B.
- Reducir los casos de rubéola congénita.
- Evitar el retraso mental en más del 95% de los niños con hipotiroidismo congénito.

- Salud del Adolescente: De 10 a 19 años.

- Elevar la proporción de adolescentes que conocen los factores protectores asociados a estilos de vida saludables.
- Reducir 10% la prevalencia de obesidad en adolescentes.
- Disminuir 80% de carga parasitaria.
- Mantener eliminada la difteria.
- Eliminar el sarampión.
- Reducir la incidencia de rubéola y hepatitis B.
- Mantener las tasas de incidencia de infecciones de transmisión sexual por debajo de los niveles actuales.
- Reducir 20% la tasa de embarazos en menores de 20 años.

- Salud de la Mujer: De 20 a 59 años.

- Reducir la mortalidad materna.
- Reducir la mortalidad por cáncer cervico-uterino.
- Mantener la mortalidad por cáncer de mama por debajo de los niveles actuales.

- Reducir 15% la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis.
- Retrasar 10% la edad promedio de muerte por diabetes.
- Disminuir el incremento estimado de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular y cardiopatía isquémica.
- Elevar la proporción de mujeres que conocen los factores protectores asociados a estilos de vida saludables.
- Reducir 30% la prevalencia de anemia en mujeres.
- Reducir 10% la prevalencia de obesidad en mujeres.
- Mantener las tasas de incidencia de infecciones de transmisión sexual por debajo de los niveles actuales.
- Disminuir la transmisión de VIH por vía heterosexual hacia las mujeres.

- Salud del Hombre: De 20 a 59 años.

- Reducir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis.
- Disminuir el incremento estimado de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular y cardiopatía isquémica.
- Retrasar 10% la edad promedio de muerte por diabetes.
- Elevar a 80% la proporción de hombres que conocen los factores protectores asociados a estilos de vida saludables.
- Reducir 10% la prevalencia de obesidad en los hombres.
- Mantener eliminada la difteria.
- Eliminar el sarampión.
- Mantener las tasas de incidencia de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual por debajo de los niveles actuales.

- Salud en el Adulto Mayor: Más de 59 años.

- Reducir 30% la mortalidad por cáncer cervico-uterino.

- Mantener la mortalidad por cáncer de mama por debajo de los niveles actuales.
- Reducir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis.
- Elevar 10% la edad promedio de muerte por diabetes.
- Disminuir el incremento estimado de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular y cardiopatía isquémica.
- Elevar a 80% la proporción de adultos mayores que conocen los factores protectores asociados a estilos de vida saludables.
- Reducir 10% la prevalencia de obesidad en los adultos mayores usuarios de los servicios de salud.
- Disminuir la incidencia neumonía por neumococo en más de 80%.
- Mantener eliminada la difteria".(30)

Las metas arriba mencionadas, están basadas en las acciones que deberán desarrollarse como parte de los componentes de cada uno de los Programas Integrados, los cuales son: Promoción de la Salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud reproductiva. Estos componentes no solo comprenden acciones de educación para la salud, sino también acciones médico preventivas como: la aplicación de vacunas y la detección oportuna de enfermedades; para lograr de esta manera la atención integral de los derechohabientes.

Así mismo, dichas metas corresponden a la Delegación 1 Noroeste del Distrito Federal, a la cual pertenece la Unidad de medicina Familiar No. 2, y tiene como base los siguientes datos de morbilidad y mortalidad de la población derechohabiente.

- Total de población derechohabiente adscrita a la Delegación 1 Noroeste del D.F.: 1, 202,706.
- + Niño menor de 10 años: 224,303.
- + Adolescentes 10 a 19 años: 185,320.
- + Mujer 20 a 59 años: 301,081.
- + Hombre 20 a 59 años: 244, 944.
- + Adulto Mayor (mayor de 59 años): 247,058.

(30) IMSS, "Programas Integrados de Salud", México 2001, p.p. 22-26.

* Datos de Morbilidad por grupos de edad:

o Niños de 0 a 9 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
"Anemia	1045
Desnutrición leve	193
Desnutrición moderada	68
Desnutrición severa	56
Obesidad	655
Parasitosis intestinales	3056
Poliomielitis	0
Difteria	0
Tétanos neonatal	0
Sífilis congénita	0
Sarampión	0
Meningitis tuberculosa	0
Rubéola	160
Parotiditis	91
Hepatitis B	0
Rubéola congénita	1
Transmisión perinatal de VIH	1
Retraso mental por hipotiroidismo congénito	2

o Adolescentes 10 a 19 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Obesidad	487
Parasitosis intestinales	1794
Difteria	0
Sarampión	1
Rubéola	26
Hepatitis B	0
Embarazos	3728
Gonorrea	2
Tricomoniasis	1
Virus del papiloma humano	2
VIH	2

◦ Mujeres 20 a 59 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Tuberculosis	16
Anemia	3878
Obesidad	1402
Candidiasis urogenital	415
Tricomoniasis	81
Gonorrea	8
Sífilis	4
Herpes genital	5
Virus del papiloma humano	121
VIIH	28
SIDA	50

◦ Hombres 20 a 59 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Tuberculosis	0
Obesidad	997
Difteria	0
Sarampión	2
Gonorrea	16
Sífilis	6
Herpes genital	15
VIIH	49
SIDA	79

◦ Adulto mayor: Más de 59 años

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Tuberculosis	27
Obesidad	2462
Neumonía	213
Difteria	0

* Datos de Mortalidad por grupo de edad:

o Niños de 0 a 9 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Mortalidad infantil	221

o Mujer 20 a 59 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Mortalidad materna	5
Cáncer de mama	22
Cáncer cervico uterino	12
Tuberculosis	0
Diabetes	71
Enfermedad cerebro vascular	15
Cardiopatía isquémica	32

o Hombre 20 a 59 años:

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Tuberculosis	0
Diabetes	80
Enfermedad cerebro vascular	12
Cardiopatía isquémica	26

o Adulto mayor: Más de 59 años

PADECIMIENTO	No. DE CASOS
Cáncer cervico uterino	14

Cáncer de mama	28
Tuberculosis	3
Diabetes	541
Enfermedad cerebro vascular	215
Cardiopatía isquémica	265" (31)

6.1.3 Estrategias

Las estrategias que se utilizarán para la implantación de los Programas Integrados de Salud son:

- Información a la población.

Con el propósito de que los derechohabientes participen en forma corresponsable en el cuidado de su salud, es necesario que conozcan los Programas. La información se impartirá a través de:

El establecimiento de un sistema institucional de cartillas de salud y citas médicas, además de una guía para el cuidado de la salud, para cada grupo de edad que se les entregarán a todos los derechohabientes desde el momento en que se den de alta en su Unidad de adscripción.

El desarrollo de un programa de comunicación social en medios electrónicos, es decir, difusión de los programas a través de los medios de comunicación.

Promocionar los Programas Integrados en coordinación con: Dirección de Prestaciones Sociales y la Coordinación de Orientación y Atención al Derechohabiente.

Desarrollar un Programa de Educación y Capacitación para la Salud de acuerdo con los componentes de los Programas Integrados.

(31) IMSS, "Diagnóstico Situacional Delegación 1 Noroeste del Distrito Federal", México 2001, p.p. 22-43.

- Capacitación

Es importante la capacitación de todo el personal, para una correcta implantación de los Programas Integrados de Salud, principalmente en el primer nivel de atención.

Como parte de esta capacitación, se entregará a todo el personal la Guía práctica para conocer las actividades de los Programas Integrados; así como las Guías técnicas las que describen los procedimientos relacionados con cada uno de los componentes. De igual manera, se realizarán talleres de capacitación para todo el personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de que participen en la promoción y difusión de estos Programas.

- Reorganización de los servicios en las Unidades de Medicina Familiar con base en las propuestas que se elaboren en el nivel operativo.

En cuanto a este aspecto, se reorganizarán los servicios de acuerdo al tamaño de las Unidades Médicas y de los recursos disponibles.

Se diseñará un mecanismo de coordinación entre los servicios de las Unidades de Primer Nivel, para hacer efectivo el liderazgo del médico familiar en la conducción, cumplimiento y evaluación del programa de salud en cada derechohabiente y en la población de su responsabilidad.

- Supervisión

Como cualquier programa de salud, se debe incluir la supervisión sistemática. Para tal efecto, se elaboró una Guía de Supervisión con la participación del nivel normativo, delegacional y operativo.

- Sistema de Información

El sistema de información de los Programas Integrados formará parte del sistema único de información en salud.

Deberá simplificar las tareas que actualmente realiza el personal del nivel operativo y fomentar la cultura del análisis de la información.

Todas las acciones tanto curativas como preventivas, se registrarán en un formato único denominado RAIS (Registro de Acciones Integradas de Salud).

Así mismo, se establecerá un programa de cómputo que permita conocer: El cumplimiento de los Programas Integrados de Salud en cada derechohabiente y las coberturas de cada uno de los componentes de los programas en; población adscrita a médico familiar, población adscrita a unidad médica y población delegacional.

Se capacitará también, al personal delegacional y de las unidades médicas para el registro, captura, codificación y operación del sistema de información.

- Evaluación

La evaluación se realizará en base a: el uso del Sistema de información para la construcción de indicadores de coberturas; el uso del sistema de vigilancia epidemiológica para la construcción de indicadores de impacto y la realización de encuestas de salud con base poblacional y representatividad a nivel delegacional.

- Identificación de necesidades y gestión de recursos

Es importante también, identificar las necesidades referentes a: El personal, áreas físicas, equipo, insumos y el presupuesto otorgado; para el adecuado desempeño de las actividades de los Programas Integrados de Salud.

6.2 Salud del Niño (menores de 10 años)

La salud de los niños es un bien público y su cuidado es responsabilidad de los padres y de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por lo anterior se implantó el Programa Salud del Niño menor de 10 años, que comprende la implementación de acciones de atención primaria a la salud. Este Programa pretende cuidar la salud de la población infantil, de

manera integrada e integral, considerando a las personas como un todo más que como parte de un programa.

El Programa contempla acciones que tienen un alto impacto en la preservación de la salud de los niños, agrupadas en cuatro categorías: Promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, y detección de enfermedades.

6.2.1 Promoción de la Salud

En la Promoción de la Salud, se pretende capacitar a la madre o familiar del niño, sobre temas como: Cuidados del recién nacido, crecimiento y desarrollo, alimentación complementaria e integración del niño a la dieta familiar, salud bucal y la prevención de violencia familiar y accidentes. Así como la incorporación de la madre a grupos de ayuda de: sobrepeso, obesidad, desnutrición y violencia familiar cuando se identifique alguno de estos casos.

6.2.2 Nutrición

En este componente destaca el compromiso corresponsable de vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños como un sinónimo de salud y el otorgamiento preventivo de micro nutrimentos para evitar enfermedades como la anemia por deficiencia de hierro que altera el desarrollo cognoscitivo. Todo esto a través de la administración de hierro, vitamina A y la desparasitación intestinal.

6.2.3 Prevención y Control de Enfermedades

En cuanto a la prevención de enfermedades, es importante que los niños reciban vacunas para la protección contra algunas enfermedades, así como la información a los

padres para que sus hijos reciban con oportunidad esquemas completos de vacunación.

Respecto al control de las enfermedades es esencial la capacitación para que los familiares prevengan las enfermedades diarreicas y respiratorias, utilicen la terapia de hidratación oral y tengan la capacidad de reconocer los signos de alarma de deshidratación y neumonía.

También se informará sobre la técnica de cepillado dental, detección y remoción de placa dentobacteriana y la aplicación tópica de flúor; para prevenir las caries en los niños.

6.2.4 Detección de Enfermedades

Se efectuará la detección oportuna de enfermedades como: hipotiroidismo congénito, luxación congénita de cadera, trastornos visuales y auditivos; con la finalidad de otorgar el tratamiento adecuado.

Un componente muy importante de este proceso, es que los padres conozcan las diferentes acciones educativas o preventivas a las que tienen derecho para cuidar su salud.

6.3 Salud del Adolescente (10 a 19 años)

Actualmente, los adolescentes enfrentan una serie de problemas de gran magnitud y trascendencia tales como: Infecciones de transmisión sexual como el sida, embarazos en una edad temprana, abortos, tabaquismo, alcoholismo, violencia y el consumo de sustancias ilegales, entre otros.

Por lo que se considera de gran importancia invertir en la protección de la salud de los adolescentes, ya que se espera un impacto en el mediano y largo plazo sobre daños que representan un alto costo social y económico, como los que se mencionaron anteriormente. Es por ello, que los Programas Integrados de Salud para los Adolescentes tienen como propósito apoyar las tareas de los trabajadores de la salud, en beneficio de este grupo de edad.

6.3.1 Promoción de la Salud

Dentro de este componente se contempla la capacitación de los adolescentes en temas como: actividad física, salud bucal, adicciones, salud sexual con enfoque de género y la prevención de accidentes y violencias.

Así mismo se deben incorporar a grupos de ayuda, a los adolescentes que presenten problemas de adicciones y/o violencia familiar.

6.3.2 Nutrición

Las acciones que comprende este aspecto son: promover la educación para la alimentación, detección y control de sobrepeso y obesidad, desparasitación intestinal, la administración de ácido fólico en el periodo preconcepcional y durante el primer trimestre del embarazo. Así como la incorporación a grupos de ayuda, de los adolescentes que presenten problemas de obesidad o sobrepeso.

6.3.3 Prevención y Control de Enfermedades

La prevención de enfermedades contempla la aplicación de las vacunas: SR, Td y hepatitis B; para los adolescentes a partir de los 12 años.

Las enfermedades prevalentes a esta edad son: las de transmisión sexual principalmente, por lo que para su control se realizarán acciones de educación para la salud.

6.3.4 Detección de Enfermedades

En los adolescentes se llevará a cabo la detección oportuna de alteraciones visuales, defectos de columna, de

extremidades, posturales y de la marcha; para brindar el tratamiento adecuado al problema. Estas detecciones se realizarán a los 12 y 15 años de edad o al ingreso a la secundaria y nivel medio superior.

6.3.5 Salud Reproductiva

Como parte de este componente se dará información a los adolescentes sobre: prevención del embarazo, identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio y sobre la importancia de la vigilancia prenatal y puerperal.

Se otorgarán métodos anticonceptivos de manera permanente y se realizará la vigilancia prenatal y puerperal en adolescentes embarazadas.

6.4 Salud de la Mujer (20 a 59 años)

Las condiciones de bienestar de la mujer en nuestro país han mostrado avances considerables en los últimos años. Prueba de ello, entre otros logros, son el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad reproductiva. A pesar de lo mencionado, sigue persistiendo un alto nivel en la mortalidad y morbilidad por causas previsibles.

Las condiciones de salud de la mujer se encuentran vinculadas, entre otros factores, con la insuficiente educación de la población para participar en el cuidado de su salud; por lo que el Programa Integrado de Salud de la Mujer, pretende unificar y sistematizar los criterios y procedimientos para la entrega de servicios educativos y preventivos en todas las áreas de la salud.

6.4.1 Promoción de la Salud

Se brindará información sobre temas como: actividad física, sexualidad, accidentes y violencias, salud bucal y adicciones; con la finalidad de que la población cuente con mayores elementos que le permitan cuidar su salud.

Se integrarán a los grupos de ayuda de violencia familiar o adicciones, las mujeres que presenten alguna de estas problemáticas.

6.4.2 Nutrición

Las acciones de nutrición, que se llevarán a cabo con la población, son: Detección de anemia, administración de sulfato ferroso y ácido fólico, detección y control de sobrepeso y obesidad, así como la incorporación a los grupos de ayuda de sobrepeso y obesidad para las mujeres con este problema.

6.4.3 Prevención y Control de Enfermedades

Como parte de la prevención, se aplicarán las vacunas SR en mujeres menores de 45 años y Td, sin límite de edad.

En cuanto al control de enfermedades prevalentes se realizará la detección y tratamiento de sífilis, VIH/SIDA y la dotación de condones; también se llevará a cabo la detección de tuberculosis con la finalidad de proporcionar el tratamiento estrictamente supervisado.

6.4.4 Detección de Enfermedades

Se realizarán detecciones de cáncer de mama y se capacitará en la autoexploración; detección de cáncer cervico-uterino; detección de diabetes mellitus y detección de hipertensión arterial. De igual manera, deberán incorporarse a grupos de ayuda, las mujeres a las que se les haya diagnosticado diabetes o hipertensión arterial.

6.4.5 Salud Reproductiva

Se proporcionará información sobre temas relacionados con: Prevención del embarazo, identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio, la vigilancia prenatal y puerperal, y sobre la atención del climaterio y la prevención de las complicaciones de la menopausia.

Se otorgarán métodos anticonceptivos de manera permanente.

En las mujeres embarazadas se realizará la vigilancia prenatal y puerperal.

Se dará atención a las mujeres que se encuentren en la etapa del climaterio y menopausia, mediante el uso de terapia hormonal de reemplazo, a criterio del médico.

6.5 Salud del Hombre (20 a 59 años)

En el hombre de 20 a 59 años de edad las necesidades de atención a la salud se ven íntimamente relacionadas con factores sociales y culturales fuertemente arraigados en la población mexicana. Características propias del género en este grupo de edad, son una menor demanda de los servicios de salud y una mayor mortalidad debida a causas evitables que se reflejan en una menor esperanza de vida. Algunas de las causas de enfermedad y muerte que afectan a este grupo son: diabetes mellitus, hipertensión, traumatismos, sida, cirrosis hepática, la cual se asocia principalmente al consumo de alcohol.

Es evidente, que más de la mitad de los daños a la salud que sufren los hombres pueden ser prevenidos o limitados a través de la adopción de estilos de vida saludables como: alimentación adecuada, libre de adicciones, actividad física, sexo protegido y patrones adecuados de demanda de los servicios de salud. Lo que se pretende lograr mediante la implantación del Programa Integrado de Salud del Hombre.

6.5.1 Promoción de la Salud

Se brindará educación para el cuidado de la salud mediante la información de temas como: actividad física,

salud bucal, sexualidad, accidentes y violencias, enfermedad prostática y adicciones. Así como la incorporación a grupos de ayuda, de los hombres que presenten problemas de violencia familiar o adicciones.

6.5.2 Nutrición

Como parte de este componente, se dará capacitación a los hombres sobre una alimentación adecuada; se realizará la detección y control de sobrepeso y obesidad, integrando a los grupos de ayuda a los hombres que presenten este problema.

6.5.3 Prevención y Control de Enfermedades

Se aplicará la vacuna SR, a los hombres menores de 45 años y la vacuna Td sin importar la edad; como medida preventiva de estas enfermedades.

Para el control de las enfermedades prevalentes, como la tuberculosis y el VIH/SIDA, se harán las detecciones correspondientes en casos sospechosos para otorgar el tratamiento oportuno para el adecuado control de las enfermedades.

6.5.4 Detección de Enfermedades

Se realizarán, a los hombres, las detecciones de diabetes mellitus e hipertensión arterial; incorporando a los grupos de ayuda a las personas que se les haya diagnosticado alguna de estas enfermedades.

6.5.5 Salud Reproductiva

Se otorgarán métodos anticonceptivos, de manera permanente a quien lo solicite.

6.6 Salud del Adulto Mayor (mayores de 59 años)

El aumento de la esperanza de vida y los cambios demográficos registrados en nuestro país en el curso de los últimos años, han producido un incremento progresivo en el número de las personas de 60 años y más.

Tal situación se ha traducido en una demanda creciente de servicios sociales y de salud por este grupo de población. En efecto, el envejecimiento plantea situaciones específicas que obedecen a tres factores principales: la reducción de potencialidades físicas, la acentuación de los efectos de enfermedades ya existentes, y los problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia familiar y económica.

A través del Programa Integrado de Salud del Adulto Mayor, se pretende abordar la problemática de salud de este grupo, en base a acciones integrales para la detección, la prevención y el tratamiento de las enfermedades más frecuentes, así como la educación y la incorporación a grupos organizados de apoyo que mejoren su calidad de vida.

6.6.1 Promoción de la Salud

Se capacitará al adulto mayor sobre temas como: actividad física, accidentes y violencias, salud bucal, sexualidad y enfermedad prostática. Y se deben incorporar a los grupos de ayuda, a las personas que presenten violencia familiar.

6.6.2 Nutrición

Se realizará la detección y control de desnutrición, sobrepeso y obesidad; además de incorporar a los grupos de ayuda, a los adultos mayores, que presenten alguno de estos problemas nutricionales.

6.6.3 Prevención y Control de Enfermedades

Para la prevención de enfermedades evitables por

vacunación se aplicarán las vacunas: antineumocócica, anti-influenza y Td.

Se realizará la detección y control de la tuberculosis pulmonar, en adultos mayores, sospechosos del padecimiento.

6.6.4 Detección de Enfermedades

En los adultos mayores, se realizarán las detecciones de: cáncer de mama y capacitación en la autoexploración, cáncer cervicouterino, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Los adultos mayores a los que se les haya diagnosticado diabetes o hipertensión, serán integrados a los grupos de ayuda, como parte de su tratamiento integral.

Es importante señalar, que para que la población derechohabiente conozca los componentes de los Programas Integrados de Salud, se les entregará su cartilla de salud y citas médicas y la guía para el cuidado de la salud, en base al grupo de edad al que pertenecen.

CAPÍTULO 7 ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO MÉDICO SOCIAL

7.1 Justificación

La salud de los individuos se ve influenciada no sólo por factores fisiológicos, sino también: psicológicos, culturales, sociales, económicos y ambientales; que se interrelacionan entre sí y que en un determinado momento pueden ser perjudiciales para la salud del individuo. Por ejemplo: la contaminación, el estrés, el sedentarismo, una alimentación no balanceada, etc.

Por lo tanto es importante desarrollar acciones tendientes a modificar estos factores y de esta manera, lograr que se mejoren las condiciones de salud de la población.

Parte de estas acciones, las realiza el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con lo que se pretende desarrollar en la población una cultura favorable para la salud, a través de la promoción y la educación para la salud, con la participación organizada de los individuos.

Así mismo, por las características de las funciones del Servicio de Promoción de la Salud; la trabajadora social, desempeña sus actividades en este Servicio, mediante el método de: Trabajo Social de Grupos.

La metodología que se emplea para desarrollar las actividades es la que plantea el autor Ezequiel Ander Egg, la cual está conformada por cuatro fases que son: Investigación-diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

7.2 Conceptualización de la Metodología de Intervención

El método, Trabajo Social de Grupos, es el que ha empleado la trabajadora social para el desempeño de sus actividades en el Servicio de Promoción de la Salud.

Las actividades del Trabajo Social de Grupos abarcan un número determinado de personas que se reúnen con un fin común; y constituye un proceso educativo realizado con la finalidad de dar solución a su problemática, en este caso, de salud.

En cuanto a la metodología, el procedimiento está conformado por las siguientes etapas: Investigación-diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

* La Investigación: En esta fase del proceso metodológico, se adquieren los conocimientos necesarios sobre un determinado sector, área o problema que son parte del ámbito de Trabajo. De esta manera se logra una apreciación general de la situación-problema, especialmente en lo que concierne a: necesidades, problemas, demandas y expectativas de los individuos.

En esta fase, para la obtención de datos, se utilizan técnicas como: la observación, la entrevista o la encuesta principalmente.

* El Diagnóstico surge a partir de la interpretación de los datos obtenidos de la investigación. A través de este, se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al grupo, sector o comunidad; que es motivo de estudio.

Una vez terminada la investigación y elaborado el diagnóstico, el cual permite comprender la situación problema sobre la que se quiere actuar, hay que proceder a programar la acción.

* Programar consiste en utilizar una serie de procedimientos con los que se van a organizar las acciones ya previstas de antemano, para alcanzar la meta y los objetivos planteados, con los que se pretende dar solución a una determinada problemática.

Como parte de la programación, se deben definir claramente los objetivos y metas; jerarquizar los objetivos; determinar los recursos disponibles y asignarlos en cantidad y tiempo, a cada aspecto del programa; establecer el tiempo y ritmo del programa, con la finalidad de prever y organizar las acciones futuras.

* La Ejecución: En esta fase, se llevan a la práctica las acciones establecidas en el Programa, para alcanzar los objetivos propuestos.

* Finalmente, la Evaluación permite comprobar si se han conseguido o no las metas y objetivos propuestos, identificar los factores que han influido en los resultados y además, facilita el proceso de toma de decisiones para mejorar y/o modificar el programa.

7.3 Etapas del Proceso de Intervención

Las etapas del proceso de intervención de la trabajadora social, en las funciones del Servicio de Promoción de la Salud son:

* Investigación: En esta etapa se selecciona el área, comunidad o centro de trabajo con el que se va a trabajar; y que puede ser una escuela (preescolar, primaria o secundaria), empresa o alguna otra; que se encuentre ubicada dentro del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar.

Una vez seleccionado el ámbito de trabajo se realiza un estudio de tipo exploratorio, para detectar la problemática, así como para conocer las características: económicas, culturales, sociales, escolaridad, estructura familiar, etc., de los individuos.

La información es obtenida mediante la aplicación de una encuesta para la detección de factores de riesgo a la salud, la cual es el primer acercamiento con la población; en la aplicación de esta encuesta, se incluye no sólo a los derechohabientes sino también a los no derechohabientes, en el caso de las escuelas.

Así mismo, se realizan entrevistas con los grupos de población, mediante las cuales se establece una interacción más profunda, con el propósito de explorar y detectar las necesidades sentidas que están afectando a su salud. Es importante mencionar, que en el caso de las escuelas, preescolar y primarias, las entrevistas son realizadas por el personal docente.

Como complemento de esta etapa, se incorpora como documento técnico, los diez principales motivos de consulta y/o diez principales causas de morbi-mortalidad de las Unidades de Medicina Familiar a que corresponde la población involucrada, para establecer congruencia entre los factores de riesgo detectados y los daños a la salud presentes en la comunidad donde se desarrolla el fomento de la salud.

Una vez que se obtiene esta información, se procede al análisis de la misma, para elaborar de esta manera el Diagnóstico de Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo, obtenidos de la investigación, y que pueden ser de tipo biológico, psicológico, social, económico, cultural o ambientales; son jerarquizados, y se definen aquellos que cuentan con mayores posibilidades de ser modificados.

* El siguiente paso a seguir, es la elaboración del Programa de acciones de Promoción de la Salud; para realizarlo se utiliza el listado de factores de riesgo jerarquizados y las líneas de Acción normadas por el Programa Institucional de Promoción de la Salud, mencionadas en el capítulo 5, aplicando éstas últimas de acuerdo a los factores de riesgo que se pretenda modificar.

* En cuanto a la Ejecución del Programa, se lleva a cabo mediante la formación de grupos, los cuales deben tener un fin común, en base a los factores de riesgo detectados.

* Y finalmente, la evaluación se efectúa mensualmente a través de informes que se envían al Director de la Unidad de Medicina Familiar, y a la Coordinación de Promoción de la Salud. Así mismo, se realizan periódicamente, supervisiones por parte del personal directivo, en este caso, por la: Dirección Médica, la Coordinación de Salud Pública y la Coordinación de Promoción de la Salud.

Es importante mencionar, que actualmente las funciones del Servicio de Promoción de la Salud, tienen como base los Programas Integrados de Salud. Como consecuencia de esto, la etapa de investigación esta basada en la problemática global y no totalmente, en relación al ámbito de trabajo seleccionado.

De igual manera, los programas fueron elaborados por el personal directivo.

7.4 Métodos, Técnicas e Instrumentos Utilizados durante la Experiencia Profesional

El método que ha sido utilizado durante la experiencia profesional de la trabajadora social, en el Servicio de Promoción de la Salud, es el Trabajo Social de Grupos.

Por las características del Programa la trabajadora social es la encargada de formar los grupos, entre otras actividades, y que en este caso son los grupos de ayuda.

Las técnicas que se han utilizado son: la observación y la entrevista.

En cuanto a los instrumentos que han sido empleados, durante la experiencia laboral son: la encuesta y los informes a través de lo cuales se registran las actividades realizadas.

CAPITULO 8 DESCRIPCION DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

8.1 Antecedentes

El Servicio de Promoción de la Salud, en un inicio, como se menciona en el capítulo 5; no contaba con un espacio ni recursos propios. Así mismo, el Programa se llevaba a cabo con apoyo de los diferentes Servicios de la Institución, principalmente Medicina Preventiva, es decir, no contaba con personal propio.

En 1986 se asigna a un médico familiar, quien sería responsable de realizar las funciones de este Servicio, con apoyo de Medicina Preventiva, dietología y por un grupo de Promotoras Voluntarias.

En el año de 1997, por las características del Programa, se contempla la posibilidad de integrar un equipo de trabajo multidisciplinario; por lo que se contrató personal de diferentes profesiones como: enfermería, pedagogía, psicología y Trabajo Social. Y es a partir de 1998 cuando inicia la intervención de la trabajadora social, en el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es importante mencionar que no en todas las Unidades de Medicina Familiar, existe el trabajador(a) social en este Servicio.

Por otra parte, en este Servicio no existe un programa específico sobre las funciones que debe desempeñar la trabajadora social. Estas funciones están basadas, principalmente, en el Programa Institucional (actualmente Programas Integrados de Salud), y en lo que la trabajadora social puede aportar a estos Programas a partir de su formación profesional.

El personal que inicialmente integraba el equipo de trabajo, de Promoción de la Salud, estaba conformado por:

Para el turno matutino:

- Un médico
- Una enfermera
- Una psicóloga
- Una Trabajadora Social

Para el turno vespertino

Un médico

Actualmente, el número de integrantes del equipo de trabajo de Promoción de la Salud ha disminuido, por lo que ahora está integrado de la siguiente manera:

Turno matutino:

Un médico

Una psicóloga

Turno vespertino:

Un médico

Una Trabajadora Social

8.2 Caracterización del Equipo Participante

El equipo de trabajo, que hace posible la realización de las funciones del Servicio de Promoción de la Salud es:

1) Dos médicos (uno asignado en el turno matutino y el otro en el turno vespertino) egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales tienen la especialidad en medicina familiar; y son los responsables del Servicio. Algunas de las funciones que realizan son:

- Establecer la coordinación con otros Servicios de la Unidad de Medicina Familiar, que contribuyen a la realización de las actividades, por ejemplo: medicina preventiva, planificación familiar, trabajo social, dietología, etc.
- Impartir pláticas educativas relacionadas con su área, en los grupos que forma el Servicio de Trabajo Social.
- Trabajar con grupos de ayuda de padecimientos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, sobrepeso y obesidad.
- Asistir a juntas mensualmente con la Coordinación de Promoción de la Salud.

- Realizar mensualmente el informe de las actividades realizadas.
- Elaborar anualmente el Programa de Trabajo.
- Y otras actividades propias de un Jefe de Servicio.

2) La psicóloga (turno matutino), egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, desempeña funciones como:

- Trabajar con grupos de ayuda sobre problemáticas relacionadas con su área.
- Impartir sesiones educativas con los grupos que forma el Servicio de Trabajo Social.
- Actividades de difusión, como la elaboración de carteles, periódicos murales, etc.

3) La Trabajadora Social, egresada también de la Universidad Nacional Autónoma de México, y cuyas funciones se describirán en el siguiente punto de este capítulo.

4) Así mismo, el equipo básico de Promoción de la Salud, se apoya en el Grupo de Promotoras Voluntarias (son personas que voluntariamente prestan un servicio al Instituto), que actualmente está integrado por 15 personas. Las actividades que este grupo realiza son:

- Orientar a los derechohabientes sobre los servicios que proporciona la Unidad de Medicina Familiar No. 2.
- Informar al derechohabiente sobre los Programas Integrados de Salud.
- Difusión de las actividades que realiza específicamente el Servicio de Promoción de la Salud. (fechas y horarios de: grupos de ayuda, cursos, sesiones educativas, etc.)
- Brindar orientación a los derechohabientes que así lo soliciten, sobre algunos temas relacionados con la salud.

Por otra parte, en cuanto a las instalaciones de este Servicio, se tienen:

- Una oficina, en la que se guardan los documentos elaborados en base a las actividades (Programas,

informes, material didáctico, información bibliográfica, etc.), una televisión, una videocasetera, un escritorio y tres sillas.

- Un consultorio: El cual cuenta con un escritorio, tres sillas, una báscula y una cama de exploración; y que se utiliza para realizar algunas actividades de seguimiento de los grupos de ayuda, como por ejemplo: pesar y medir a las personas del grupo de sobrepeso y obesidad.
- Una aula que se utiliza para trabajar actividades con los derechohabientes (grupos de ayuda, cursos, talleres, sesiones educativas).

8.3 Etapas, Funciones y Actividades en: el Servicio de Promoción de la Salud.

La intervención de la trabajadora social en el Servicio de Promoción de la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, puede dividirse en dos fases:

A) Primer fase: A partir del ingreso de la trabajadora social a la Institución (1998), durante esta fase, se realizaron las siguientes actividades:

- Inducción al puesto: Para realizar el cumplimiento de esta etapa, fue necesario que la trabajadora social revisara el Programa Institucional de Promoción de la Salud, con el objetivo de conocer las funciones que se realizaban en este Servicio.
- Identificar el ámbito de trabajo: Una vez que se realizó la inducción al puesto, y debido a que las actividades de este Servicio se realizan no sólo dentro de la Unidad de Medicina Familiar sino también en la comunidad (escuelas, empresas, guarderías); se llevó a la trabajadora social a conocer los centros de trabajo en los que se llevarían a cabo las actividades.

El ámbito de trabajo está conformado por escuelas (de Nivel preescolar, primaria y secundaria), empresas, guarderías y la Unidad de Medicina Familiar.

Escuelas en las que se realizaron las actividades del Programa:

Nivel Preescolar	Número de Alumnos
- Jardín de Niños "Moisés Sáenz"	177
- Jardín de Niños "Federico Froebel"	193
- Jardín de Niños "Elena Zapala"	203
- Jardín de Niños "Cipactli"	187
	Total: 760

Nivel Primaria

- Escuela Primaria "Ezequiel A. Chávez"	360
- Escuela Primaria "Andrés Bello"	329
	Total: 689

Nivel Secundaria

- Escuela Secundaria No.75 para Trabajadores	139
--	-----

Las actividades en éstas escuelas se realizaban en base al Programa Básico de Salud Escolar (PABASE). Y para el cumplimiento de este Programa la trabajadora social realizó las siguientes funciones en preescolar y primaria:

Investigación

Se aplicó una encuesta para la detección de factores de riesgo a los padres de familia. Esta encuesta la proporcionó la Secretaría de Educación Pública, a todas las escuelas y fue aplicada por el personal docente.

Una vez que se obtuvieron los datos mediante la encuesta, se procedió a realizar el análisis de la

información obtenida; elaborando de esta manera un diagnóstico de factores de riesgo de cada una de las escuelas.

Las problemáticas que se detectaron en las escuelas fueron principalmente las relacionadas con:

Nivel Preescolar:

Problema de Salud	No. de Casos	Porcentaje
Enfermedades respiratorias	570	75%
Enfermedades exantemáticas	608	80%
Enfermedades gastrointestinales	479	63%
Desnutrición	15	2%
Sobrepeso	38	5%
Obesidad	30	4%
Problemas de lenguaje	288	38%
Desintegración familiar	106	14%
Problemas de adicciones	45	6%
Pie plano	83	11%
Problemas de agudeza visual	68	9%

Nivel Primaria:

Enfermedades respiratorias	475	69%
Enfermedades exantemáticas	344	50%
Enfermedades gastrointestinales	323	47%
Desnutrición	7	1%
Sobrepeso	48	7%
Obesidad	34	5%
Desintegración familiar	186	27%
Problemas de adicciones	248	36%
Pie plano	41	6%
Problemas de agudeza visual	69	10%

Programación

Una vez elaborado el diagnóstico de factores de riesgo, se realizó una jerarquización de las problemáticas detectadas y se procedió a la elaboración del Programa de Trabajo para cada una de las escuelas.

El Programa contemplaba actividades como: sesiones educativas, cursos y la formación de un Comité de Salud en cada escuela, integrado por los padres de familia.

Las actividades se realizaron tanto con padres de familia como con los alumnos.

El Programa de Trabajo se llevó a cabo durante el ciclo escolar; las sesiones educativas con padres de familia se programaron, una sesión mensualmente, y los cursos con los alumnos, durante todo el año escolar.

Ejecución

Ya elaborado el Programa, las actividades que realizó la trabajadora social, como parte de la ejecución del Programa fueron:

- Sesiones Educativas con los padres de familia, sobre temas como: Autoestima, comunicación familiar, valores, adicciones, prevención de accidentes y violencia familiar.
- Cursos con los alumnos sobre autoestima, prevención de adicciones y sexualidad; en el caso de las escuelas primarias. En relación al nivel preescolar, la trabajadora social elaboró un Programa de Estimulación del Lenguaje, ya que fue una de las necesidades sentida por los padres de familia.

Este Programa se llevó a cabo a través de un curso durante todo el ciclo escolar, con los alumnos a los que se les detectó dicho problema.

La trabajadora social era la responsable de impartir este curso; aplicando al inicio del mismo, una evaluación a cada uno de los alumnos derivados, por el personal docente, con la finalidad de detectar a los niños con mayor problema de lenguaje, y formar así el grupo.

El curso se trabajó una sesión por semana, con los alumnos seleccionados, durante todo el ciclo escolar. En este curso se realizaban actividades para estimular el lenguaje como: ejercicios de lengua, labios y respiración, entre otros. Así mismo, se realizaban tres evaluaciones, a los alumnos, durante el curso para observar los avances en cada uno de ellos.

- Se realizaron detecciones de estado nutricional, agudeza visual y alteraciones posturales (pie plano). Para detectar a los alumnos que presentaran estas problemáticas y enviarlos al Servicio de Salud correspondiente, para ser atendidos.

Evaluación

Se realiza mensualmente con el informe de actividades que se entrega al Director de la Unidad de Medicina Familiar y a la Coordinación de Promoción de la Salud.

Respecto a la secundaria, el diagnóstico de factores de riesgo se elaboró en base a la información obtenida por medio de una entrevista con el personal docente de la escuela y las problemáticas detectadas fueron:

- Adicciones
- Deserción escolar
- Violencia familiar
- Embarazos
- Infecciones de transmisión sexual
- Desintegración familiar

Las actividades desempeñadas, en la secundaria, por la trabajadora social fueron:

- Impartir cursos a los alumnos sobre: Prevención de adicciones, sexualidad y autoestima.

Las Empresas en las que se realizaron actividades son:

- Dos Sucursales de Compañía de Luz y Fuerza:
 Sucursal "Santa María" con: 79 trabajadores
 Sucursal "Velázquez de León" con: 195 trabajadores.

Para la elaboración del Programa de Trabajo, se realizó la misma metodología que en las escuelas. Las problemáticas encontradas fueron:

- Alcoholismo

- Tabaquismo
- Sobrepeso y obesidad
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial

Las actividades desempeñadas fueron:

Impartir sesiones educativas a los trabajadores, sobre temas como:

- Adicciones
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Sexualidad

Las Guarderías en las que se desarrollaron actividades de Promoción de la Salud, fueron:

- Guardería del Angel
- Guardería Cibeles I
- Guardería Cibeles II
- Guardería Cibeles III
- Guardería Camelot
- Guardería Juntos de la Mano
- Guardería 46 NANI
- Guardería IV la Raza
- Guardería 21
- Guardería 46
- Guardería 52

Todas ubicadas dentro del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 2.

Las actividades están dirigidas a los padres de familia y al personal de las guarderías. Básicamente son sesiones educativas sobre temas relacionados con el crecimiento y desarrollo de los niños.

En las guarderías el Programa de Actividades es elaborado por el personal directivo de la Unidad Médica y las directoras de las guarderías.

Respecto a la intervención de la trabajadora social en este ámbito de trabajo, es limitado, debido a que Promoción

de la Salud no es el único Servicio que participa en las actividades, sino también: medicina preventiva, estomatología, epidemiología y Trabajo Social. Por lo tanto, la trabajadora social sólo participa cuando se asignan al Servicio de Promoción de la Salud, que es al que pertenece, temas relacionados con su profesión.

En cuanto a la Unidad de Medicina Familiar No.2, las actividades realizadas fueron: cursos de estimulación temprana, cursos de adicciones y cursos de sexualidad.

B) Segunda fase: A partir del año 2001, cuando se implementan en el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Programas Integrados de Salud; en base a los cuales se desempeñan las actividades actualmente.

En esta fase, inicialmente, se realizó una capacitación, no sólo a la trabajadora social sino a todo el personal de la Unidad de Medicina Familiar No. 2, esta capacitación fue otorgada por el personal directivo y tuvo como finalidad dar a conocer cada uno de los Programas Integrados de Salud y asignar, en base a los mismos, las responsabilidades, funciones y actividades correspondientes a cada uno de los Servicios que conforman la Unidad de Medicina Familiar.

Por lo tanto, las actividades asignadas al Servicio de Promoción de la Salud, en donde desempeña sus funciones la trabajadora social, son las relacionadas con la educación para la salud, las cuales comprenden: sesiones educativas, cursos y grupos de ayuda.

Estas actividades están dirigidas no sólo a población derechohabiente sino también a la no derechohabiente.

En cuanto al ámbito de trabajo, sigue siendo además de la Unidad de Medicina Familiar, los siguientes:

Escuelas

- Escuela Primaria "Ezequiel A. Chávez" con: 170 alumnos.
- Escuela Secundaria No.74 para Trabajadores: 55 alumnos.

Empresas

- Compañía de Luz y fuerza Sucursal "Santa María": 79 Trabajadores.
- Empresa Organon: 170 trabajadores.

Guarderías

Las mismas que se trabajaban anteriormente.

Respecto a la intervención de la Trabajadora social en estos Programas, las funciones desempeñadas en cada uno de ellos son:

- Programa Integrado de Salud del Niño (menores de 10 años)
 - En este Programa se imparten sesiones educativas sobre: violencia familiar, estimulación temprana y prevención de accidentes.

 - Cursos de estimulación temprana y autoestima.
 - Grupos de ayuda de violencia familiar.

- Programa Integrado de Salud del Adolescente (10 a 19 años)
 - Sesiones educativas sobre temas como: sexualidad, adicciones, prevención de accidentes y violencia familiar.
 - Cursos de sexualidad y autoestima.
 - Grupos de ayuda de violencia familiar y adicciones.

- Programas Integrados de Salud de la Mujer y Hombre (20 a 59 años)
 - Sesiones educativas de: violencia familiar, adicciones, sexualidad y prevención de accidentes.
 - Cursos de autoestima.
 - Grupos de ayuda de violencia familiar y adicciones.

- Programas Integrados de Salud del Adulto Mayor (mayor de 59 años)
- Sesiones educativas de violencia familiar.
- Cursos de autoestima.
- Grupos de ayuda de violencia familiar.

Las pláticas educativas que se imparten, se realizan en Coordinación con el Servicio de Trabajo Social, ya que es quien tiene a su cargo la formación de los grupos etáreos.

Así mismo, el médico de Promoción de la Salud, imparte pláticas educativas en los Grupos de ayuda de: diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad; dirigidos a la población que presenta este tipo de problemas de salud. En estos grupos de ayuda, el Trabajador Social, participa impartiendo algunos temas, que contemplan los Programas, y que son del área de Trabajo Social, sin embargo, estos grupos de ayuda no están bajo la responsabilidad total de la trabajadora social.

En cuanto a las actividades complementarias que se realizan son:

- Efectuar el trámite para el cambio del carnet por la Cartilla de Salud y Citas Médicas, a los derechohabientes.
- Entregar de manera informada la Cartilla y la Guía para el cuidado de la Salud.
- Realizar detecciones de diabetes mellitus e hipertensión arterial, a mujeres y hombres de 20 a 59 años, y adultos mayores.
- Llevar a cabo detecciones de agudeza visual y estado nutricional a niños y adolescentes.
- Elaborar carteles, periódicos murales y trípticos.

Respecto a la metodología que se ha implementado, en esta segunda fase, para el desempeño de las funciones de la trabajadora social, se ha modificado en algunos aspectos.

En relación a la etapa de investigación-diagnóstico, esta basada en la información que se tiene en cuanto a la problemática de salud global y no directamente con las necesidades presentes en el ámbito de trabajo. Y también, en cuanto a la etapa de programación; los Programas fueron elaborados por el personal directivo.

8.4 Resultados y Productos

A) Primera fase de intervención del Servicio de Promoción de la Salud, con la participación de la trabajadora social.

En las escuelas de nivel preescolar, el porcentaje de actividades que fue cubierto es:

Actividades programadas con padres de familia: 144 sesiones educativas.

Actividades programadas con alumnos: Detecciones de estado nutricional, agudeza visual y alteraciones posturales, al total de alumnos inscritos.

Total de alumnos: 760

Población	% Realizado	% No realizado
Alumnos	95%	5%
Padres de familia	70%	30%

Problemas de salud que se detectaron en los alumnos:

Problema de Salud	% Detecciones	% Alumnos que recibieron Tratamiento
Desnutrición	2%	2%
Sobrepeso	5%	4%
Obesidad	4%	3%
Pie plano	11%	9%
Disminución de agudeza visual	9%	7%

En las escuelas de nivel primaria el porcentaje de actividades realizadas fue:

Actividades programadas con padres de familia: 12 sesiones educativas.

Actividades programadas con alumnos: 72 sesiones educativas, 45 cursos y detecciones de estado nutricional, agudeza visual y alteraciones posturales.

Total de alumnos: 689

Población	% Realizado	% No realizado
Alumnos	80%	20%
Padres de familia	55%	45%

Problemas de salud que se detectaron en los alumnos:

Problema de salud	% Detecciones	% Alumnos que recibieron tratamiento
Desnutrición	1%	1%
Sobrepeso	7%	4%
Obesidad	5%	3%
Pie plano	6%	4%
Disminución de agudeza visual	10%	6%

Porcentaje de actividades realizadas en escuelas secundarias:

Actividades programadas con padres de familia: 36 sesiones educativas.

Actividades programadas con alumnos: 63 cursos.

Total de alumnos: 139

Población	% Realizado	% No realizado
Alumnos	89%	11%
Padres de familia	30%	70%

Porcentaje de actividades realizadas en empresas:

Actividades programadas: 66 sesiones educativas.

Total de trabajadores: 274

Población	% Realizado	% No realizado
Trabajadores	45%	55%

Porcentaje de actividades realizadas en guarderías:

Actividades programadas: 99 sesiones educativas.

Total de población: 2048 niños menores de cinco años.

Población	% Realizado	% No realizado
Padres de familia	60%	40%

Porcentaje de actividades realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 2:

Actividades programadas: 96 cursos.

Población	% Realizado	% No realizado
Derechohabientes y población abierta.	70%	30%

B) Segunda fase de intervención del Servicio de Promoción de la Salud, con la participación de la trabajadora social.

Actividades programadas:

Escuelas: 252 sesiones educativas.

Empresas: 96 sesiones educativas.

Guarderías: 143 sesiones educativas.
Unidad Médica: 152 grupos de ayuda.

Universo de Trabajo	% Realizado	% No realizado
Escuelas	60%	40%
Empresas	50%	50%
Guarderías	63.5%	36.5%
Unidad Médica	56.5%	43.5%

En esta segunda fase, se puede decir que los resultados obtenidos no son completamente satisfactorios, principalmente por la dificultad para formar los grupos de ayuda, sobre todo en la Unidad de Medicina Familiar, esto no sólo a causa del poco interés de la población, hacia este tipo de actividades, sino también, a la escasa participación de los Servicios involucrados en la derivación de los derechohabientes, al Servicio de Promoción de la Salud, para integrarlos a éstos grupos, principalmente el personal médico.

De manera general, el desarrollo de la experiencia profesional, en el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha sido satisfactorio para la Trabajadora social, ya que ha sido posible poner en práctica los conocimientos adquiridos durante su formación profesional, como: la investigación, orientación a la población, participar en la planeación y programación social para la atención de problemas colectivos, promover la organización y movilización social, y participar en el proceso administrativo de los programas de bienestar social.

CAPITULO 9 ANALISIS DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

9.1 Con Relación a las Condiciones de Salud de la Población en el Distrito Federal

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de vida. Este proceso se encuentra por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir, en el ámbito de lo social, aún cuando este proceso se manifieste en forma concreta, en seres humanos.

El individuo es un ser social en el cual influyen para la consecución de su salud no solamente los factores ambientales de naturaleza físico - biológica, sino aquellos derivados de su comportamiento social y por consiguiente lo que ofrezca la organización social a la que pertenece para satisfacer sus necesidades elementales de adopción.

El proceso salud enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo, otra de carácter social, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que se presente la enfermedad, es necesario además de una interpretación de este fenómeno que no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino además en ella interfieren valores socialmente determinados, sin embargo sus implicaciones psicológicas y sociales son de gran magnitud. A nivel general tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza, o sea como se la apropia y la transforma, y como se relaciona con otros hombres, donde produce profundos cambios en el medio natural que se convierte en un medio bioquímico, físico socialmente determinado.

La concentración de la riqueza en pocas manos, el desempleo y subempleo, la baja capacidad adquisitiva de las clases trabajadoras, presenta una grave relación con la

salud; la mayoría de la población en el Distrito Federal enfrenta condiciones de trabajo y de vida cada vez más deterioradas; se concluye por lo tanto, que se han incrementado las enfermedades del desarrollo. Se ha generado un campo propicio para que surjan mayores enfermedades infecciosas, crónicas degenerativas, suicidios, alcoholismo, problemas oftalmológicos y auditivos, patología urbana. Es decir, el proceso salud - enfermedad, entre los miembros de la sociedad se encuentra determinado por sus condiciones de vida y trabajo.

Actualmente, en el Distrito Federal, como consecuencia del desarrollo urbano se presentan problemas como: contaminación, hacinamiento, desempleo; los cuales han afectado severamente la calidad de vida de la mayoría de los individuos, dando como resultado, el incremento en la aparición de padecimientos como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, estrés, sobrepeso, etc.

Estas enfermedades están relacionadas con el comportamiento individual, es decir, con el estilo de vida de la población, el cual, actualmente esta basado en comportamientos perjudiciales para la salud, como por ejemplo: el tabaquismo, el consumo excesivo de alimentos, el sedentarismo, etc.

Con base a lo anterior, cabe señalar que se consideró importante conocer las condiciones de salud en el Distrito Federal; debido a que los sectores de la población con los que se realizaron las actividades, se encuentran ubicados dentro de las Delegaciones Cuauhtémoc, Azcapotzalco y Gustavo A. Madero; las cuales forman parte del Distrito Federal.

Respecto a los problemas que se detectaron en estos sectores, y que de alguna manera afectan las condiciones de salud, fueron: la contaminación, el desempleo o subempleo; ya que gran parte de la población con la que se trabajó, contaba con un empleo eventual o bien se encontraban desempleados; así mismo, el hacinamiento fue otro de los problemas detectados ya que la mayoría de las personas viven en habitaciones pequeñas, con no más de dos cuartos.

Por otra parte, en cuanto a los hábitos observados en la población; fueron detectados algunos factores de riesgo, relacionados con el estilo de vida, como por ejemplo: sedentarismo y una alimentación no balanceada.

Así mismo, se detectaron problemas de salud como: desnutrición, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otros.

Por lo anterior, fueron implementadas actividades específicas para propiciar, prevenir y preservar la integridad física, mental y social de los individuos, en las áreas donde están expuestos a riesgos como: el medio ambiente, hogar, trabajo, escuela, etc. Algunas de estas actividades, fueron pláticas y cursos relacionados con las problemáticas detectadas. Y con ello, contribuir a un nuevo enfoque de cultura para la salud con la finalidad de modificar hábitos y costumbres que mejoren la calidad de vida, con la participación activa de la población; y por consiguiente generar mejores niveles de salud no sólo del individuo y su familia, sino de la población en general.

En relación a la problemática de salud de la población, la trabajadora social jugó un papel muy importante como educador en los diversos grupos de la población que se trabajaron, a través de la educación para la salud como instrumento esencial para lograr su objetivo: mejorar las condiciones de salud de la población.

9.2 Con Relación al Marco Teórico

Toda experiencia al ser sistematizada requiere indispensablemente de un conjunto de conceptos fundamentados teóricamente, para que sustenten los planteamientos manejados en la realidad en donde se lleve a cabo la experiencia.

El marco teórico conceptual es el esquema que sustenta las cuestiones prácticas, por lo que brinda una orientación desde el plano teórico respecto al manejo de contenidos temáticos en una realidad concreta.

En cuanto a la experiencia profesional en el área de la salud, los principales conceptos empleados fueron: salud, salud pública, educación para la salud y atención médica; obtenidos con la finalidad de contar con un panorama más amplio del ámbito en el que se desarrolla la trabajadora social.

Las funciones que desempeña la trabajadora social, en este caso, se realizan dentro del primer nivel de atención a la salud; y están encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud de la población mediante la educación para la salud.

La educación para la salud, debe verse como un proceso de enseñanza - aprendizaje orientado a proporcionar elementos que induzcan al autocuidado de la salud, sabiendo qué hacer y cómo hacerlo, influyendo en las actitudes tanto en la esfera afectiva como en la del comportamiento del individuo. Esto se realizó a través de la formación de grupos, a los cuales se impartieron pláticas educativas y cursos; con la finalidad de ir logrando por medio de este proceso educativo, la modificación en los estilos de vida.

Esto fue posible observarlo, en los alumnos de las escuelas en las que se trabajó y a los que se les detectaron problemas de desnutrición, sobrepeso y obesidad; ya que en este caso se llevaron a cabo pláticas sobre alimentación, además de enviar a los niños con el médico; lo que permitió dar solución a estos problemas de salud, sin olvidar que la participación de los padres de familia

fue fundamental. De esta forma fue posible, en este caso, modificar los hábitos de las familias de los niños para alcanzar cambios conductuales que permitieron mejorar la calidad de vida de los mismos, cumpliendo así con los preceptos de la seguridad social.

Cabe señalar, que antes de iniciar cualquier acción, fue importante conocer los factores que determinaban el comportamiento de los diversos grupos humanos, y que se logró a través de la investigación realizada en cada uno de los universos de trabajo, tal conocimiento permitió el análisis de las creencias, estilos de vida, actitudes y comportamientos que limitan o favorecen las oportunidades de salud y desarrollo, como por ejemplo: el tipo de alimentos que consumen, horarios de alimentación, actividad física que realizan, etc.

La reeducación forma parte de la educación para la salud, este proceso es más complejo y se requirió que el propio individuo percibiera la necesidad de un cambio en su comportamiento.

Para favorecer el éxito de las acciones de educación para la salud, se definieron claramente los objetivos, actividades, recursos y evaluación de los programas de educación para la salud.

Sin embargo, algunas de las limitaciones a las que se ha enfrentado la trabajadora social, ante esta actividad es la falta de compromiso por parte de la mayoría de la población en el autocuidado de su salud, la falta de recursos materiales y la falta de capacitación del personal que interviene en estas actividades; médicos, enfermeras y trabajadores(as) sociales.

9.3 Con Relación a los Métodos Aplicados

Las actividades de la trabajadora social, en el Servicio de Promoción de la Salud, están encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población, a través de la educación para la salud, en diversos sectores de la población, por lo que el método utilizado para desempeñar las funciones es el Trabajo Social de Grupo; basado en la metodología que contempla las siguientes etapas: investigación, diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

Durante la primera fase de la experiencia profesional; cuando las actividades se realizaban en base a las ocho líneas de Acción, mencionadas en el capítulo 5; dicha metodología se aplicó en cada uno de los centros laborales (empresas y escuelas), obteniendo resultados positivos ya que además de contar con el diagnóstico de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 se realizó otro, basado en la investigación que se llevó a cabo en cada centro de trabajo, detectando de esta manera, las necesidades o problemáticas sentidas por parte de la población atendida, como por ejemplo: en el caso de las escuelas de nivel preescolar, el problema de lenguaje que algunos alumnos presentaban, fue una problemática que se manifestó por parte de los padres de familia y del personal docente, a través de la investigación realizada. Este problema detectado fue atendido a través de la elaboración del Programa de Estimulación del Lenguaje; lo que motivó la participación organizada de los padres de familia al ser atendidas sus necesidades.

En esta primera fase, a través de dicha metodología aplicada para el desempeño de las funciones, se logró la participación de la población con la que se realizaron las actividades.

Sin embargo, en la segunda fase de la experiencia profesional de la trabajadora social, esta metodología, no se llevó a cabo de igual manera.

Esto debido a que actualmente, el Instituto Mexicano del Seguro Social, principalmente en el primer nivel de atención, ha implementado los Programas Integrados de Salud; por lo que ahora es la Institución la que jerarquiza

las problemáticas de salud de la población en general, es decir, se basa en un diagnóstico de salud global y no del sector de población con el que se trabaja específicamente.

Además, otra de las limitaciones a las que se ha enfrentado la trabajadora social es; que los Programas son elaborados por el personal directivo y no cubren los requisitos para satisfacer en su totalidad las necesidades de la población atendida. Por ejemplo: en el caso de los grupos de ayuda, las actividades se programaron sin tomar en cuenta los recursos materiales existentes. Así mismo, en la mayoría de los grupos que se trabajan (diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso y obesidad) se plantea realizar las actividades en sólo cuatro sesiones, con una duración de una hora cada una, las cuales no son suficientes, si realmente se pretende sensibilizar a la población para que modifique su estilo de vida, todo ello mediante la educación para la salud.

Esto a dado lugar a la poca participación e interés de la población por los grupos de ayuda, y por consiguiente no se ha logrado sensibilizar a la población sobre la importancia de las actividades de educación para la salud en la prevención y/o control de las enfermedades.

9.4 Con Relación al Desarrollo de la Experiencia

Respecto al desarrollo de la experiencia profesional de la Trabajadora social, en el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social:

- Los conocimientos adquiridos durante la formación académica del Trabajador Social en la Escuela Nacional de Trabajo Social; han sido la base fundamental para el buen desempeño de las funciones que se realizan en el Instituto.
- Se ha logrado que se reconozca la importancia de las actividades que se realizan en el Servicio de Promoción de la Salud, en beneficio de la salud de la población. Ya que en un principio, no sólo los derechohabientes, sino también el resto de los Servicios que conforman la Unidad de Medicina Familiar No. 2 desconocía lo que realizaba dicho Servicio.

Los obstáculos que se han presentado durante el desarrollo de la experiencia profesional son:

- La falta de recursos materiales como: cartulinas, hojas de rotafolio, marcadores, hojas blancas, gises, que se utilizan para la elaboración de material didáctico; necesario para realizar las actividades educativas con los grupos de población.
- La falta de apoyo del personal directivo de los centros de trabajo y educativos, en la realización de las actividades; por lo que en ocasiones se han cancelado algunas de las actividades ya programadas.
- La falta de coordinación y la apatía del personal de los diferentes Servicios que integran la Unidad Médica; por lo que no se ha logrado una atención integral al derechohabiente.
- Los patrones culturales los cuales contribuyen a incrementar los problemas de salud, ya que en ocasiones los conocimientos que se tienen sobre la salud y la enfermedad están sustentados en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación, y no en criterios científicos.

- La publicidad proporcionada a través de los medios de comunicación, sobre gran cantidad de alimentos de fácil y rápida preparación, ha generado en la población actitudes consumistas nocivas para su salud.
- El que los logros que se obtienen a través de los Programas de Educación para la Salud no se pueden observar a corto plazo, debido a que implica la modificación en los estilos de vida de la población, lo que se realiza paulatinamente.
- El tipo de contratación de la trabajadora social, por honorarios, por lo que no puede asistir a todos los cursos de capacitación que imparte el Instituto Mexicano del Seguro Social a su personal. Lo que ha dado lugar a que la trabajadora social busque capacitarse, con recursos económicos propios, en otras instituciones.

Sin embargo, se cuenta con fortalezas como: la disponibilidad, creatividad, y poder resolutivo del equipo multidisciplinario de Promoción de la Salud, con lo que se ha logrado enfrentar los obstáculos que se han presentado.

9.5 Con Relación a los Resultados y Productos de la Experiencia

En base a los resultados obtenidos, mediante el desempeño de las funciones que realiza la trabajadora social; los beneficios para la población atendida fueron:

* En escuelas de nivel preescolar se plantearon alternativas para disminuir las problemáticas que manifestaron los padres de familia, una de ellas fue el problema de lenguaje que presentaban algunos alumnos, de los cuales aproximadamente el 70% de 148 niños atendidos por la trabajadora social, logró mejorar su problema de pronunciación; mediante las actividades de estimulación del lenguaje. Es importante señalar que esto se logró no sólo con la participación de la trabajadora social sino también con la colaboración de los padres de familia y del personal docente.

Así mismo, de los alumnos a los que se les detectaron problemas de agudeza visual, alteraciones posturales (pie plano), desnutrición, sobrepeso y obesidad; se enviaron al servicio médico que les correspondía y se logró dar atención a su problema, a por lo menos la mitad de los niños enviados al médico.

* En escuelas primarias y secundarias los resultados no fueron los mismos, ya que no se contaba con el apoyo del personal directivo, ni de los padres de familia; por lo que no fue posible realizar las actividades, en su totalidad, sobre todo con padres de familia.

* Es importante señalar que dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 la participación de los derechohabientes en las actividades (sesiones educativas, cursos y grupos de ayuda), es variable ya que por ejemplo: los cursos en los que se observa mayor interés y participación de la población, son los relacionados con la estimulación temprana, autoestima y sexualidad en adolescentes; lo que no sucede con los grupos de diabetes, tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso y obesidad, posiblemente debido a que implica la modificación en los estilos de vida de la población.

Por otro lado, la Trabajadora social ha obtenido grandes beneficios para su formación profesional; uno de ellos ha sido el tener la posibilidad de aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica

Otro aspecto importante, ha sido la necesidad de capacitarse en temas como: estimulación temprana, estimulación del lenguaje, autoestima y violencia familiar; con la finalidad de contribuir a la solución de las problemáticas detectadas en la población. Cabe señalar que ésta capacitación no ha sido proporcionada por el IMSS, debido a que la contratación del trabajador social es por honorarios; por lo que no puede asistir a todos los cursos que imparte el Instituto.

CONCLUSIONES

Actualmente el nivel de vida de la población es un componente fundamental en la salud de los individuos, por lo tanto los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten en las condiciones de salud del ser humano. Es decir, la salud está condicionada no sólo por factores biológicos sino también por los sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales.

Algunos de estos factores que influyen en la problemática de salud y que se han derivado de la situación actual del país son: Los altos índices de desempleo; la falta de una vivienda adecuada, ya que gran parte de la población viven en habitaciones pequeñas lo que da lugar a condiciones insalubres por la falta de espacio; la contaminación ambiental; y la información constante que se recibe por los medios de comunicación social principalmente radio y Televisión y que influyen negativamente, a través de la formación de hábitos y costumbres consumistas afectando la salud de la población.

Todo ello a generado que sigan prevaleciendo algunos padecimientos como:

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Infecciones respiratorias agudas
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Caries dental

Por lo que el actual panorama epidemiológico centrado en las enfermedades crónico degenerativas y las necesidades de salud de la población, requiere de capacitación para que la comunidad transforme su realidad en una cultura favorable para la salud. Para ello el Instituto Mexicano del Seguro Social, a partir de 1985, instituye el Programa de Fomento de la Salud, actualmente llamado Promoción de la Salud.

En las instituciones de salud las actividades de promoción y organización de la participación de la comunidad son responsabilidad, principalmente de los Servicios de Trabajo Social. Sin embargo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social éstas actividades también son realizadas en el Servicio de Promoción de la Salud, en donde el trabajador social es parte importante en el desarrollo de los programas de salud.

En este Servicio el Trabajador Social desempeña las siguientes funciones:

- Investigación-diagnóstico.
- Participa en el proceso administrativo de los Programas de bienestar social.
- Educador social.
- Colabora en la planeación y programación social para la atención de problemas colectivos.
- Brinda orientación a la población.
- Promueve la organización y movilización social.

Actualmente, las actividades que se realizan están basadas en los Programas Integrados de Salud. Es importante mencionar, que la Educación para la Salud, sigue siendo un instrumento esencial para el desarrollo de las actividades del Servicio de Promoción de la Salud.

Respecto al campo de acción de ésta disciplina en dicho Servicio, es muy amplio, ya que pueden ser utilizados los tres métodos: caso, grupo y comunidad.

En base al desarrollo de la experiencia profesional, el Trabajo Social ofrece gran variedad de posibilidades de intervención. Claro está que esta profesión no puede trabajar aislada, sino que requiere trabajar en equipo, el cual debe estar integrado por disciplinas afines, encaminadas a atender la problemática por la cual fueron creadas.

Esta circunstancia obliga a la preparación profesional del personal de manera constante y acorde a las exigencias que se viven actualmente, formando equipos multi e interdisciplinarios, ya que los conocimientos de cada área o disciplina permiten un enriquecimiento cultural y

potencialmente necesario que se refleja en el trabajo y obtención de logros tanto en la intervención de las causas como en las consecuencias que esta situación engloba.

El Trabajo Social, se reafirma como una profesión que tiene la función de conocer la realidad, para intervenir en ella y transformarla, en conjunto con la población, pues el ejercicio de la práctica profesional se caracteriza por el contacto estrecho con la gente y por la intervención directa en la problemática social, por lo que es fundamental explotar las potencialidades de la comunidad que presentan necesidades y demandas, a través de estrategias de participación y organización social, en el mejoramiento de su contexto social.

Por otra parte, por la importancia que tiene la Salud Pública en las condiciones generales de vida de los individuos, y debido a que la base de sus acciones es la organización y fomento de la participación de la población, la intervención del Trabajo Social en estos Programas es esencial. Ya que el individuo no debe limitarse sólo a recibir atención y servicios, sino que es necesario que se involucren en el cuidado de su salud.

Sin embargo, no se ha logrado generalizar la participación en estos Programas; por lo que es importante contemplar las características, intereses y necesidades de la población, al elaborar los programas, para lograr de esta manera la participación organizada de la comunidad. Algunas causas han sido:

- Los patrones culturales, los cuales contribuyen a incrementar los problemas de salud, ya que en ocasiones los conocimientos que tiene la población, sobre la salud y la enfermedad están sustentados en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación; y no en criterios científicos.
- La publicidad proporcionada a través de los medios de comunicación, sobre gran cantidad de alimentos de fácil y rápida preparación, ha generado en la población actitudes consumistas nocivas para su salud.
- El que los logros que se obtienen a través de los Programas de Educación para la Salud, no se pueden observar a corto plazo, debido a que implica la modificación en los estilos de vida de la población, lo que se realiza paulatinamente.

- la falta de coordinación y la apatía del personal de los diferentes Servicios que integran la Unidad Médica; por lo que no se ha logrado brindar una atención integral al derechohabiente.

En lo referente al Trabajador social, las limitaciones con las que se ha encontrado son:

- El tipo de contratación, por honorarios, por lo que no puede asistir a todos los cursos de capacitación que imparte el Instituto a su personal. lo que ha dado lugar a que éste busque capacitarse, con recursos económicos propios, en otras instituciones.
- la falta de material didáctico para realizar las actividades.

Por otra parte, en base a la experiencia profesional en el área de la salud, se plantea un Programa de trabajo; con la finalidad de elevar la cultura de la salud de la población, mediante un proceso educativo, y contribuir de esta manera en la obtención de un mejor nivel de salud en los individuos.

PROPUESTA DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL SERVICIO DE PROMOCION DE LA SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Justificación

Los cambios sociales, económicos, culturales y demográficos que se han dado en la sociedad actual han generado diversas transformaciones en la vida diaria, el comportamiento y la salud de las personas que forman parte de ella. Es decir, el desarrollo de México en las últimas décadas ha provocado cambios importantes en su estructura social. Entre los cambios más significativos se encuentran los que tienen que ver con la salud y bienestar de la población.

Como producto del desarrollo social y, en particular, de los modernos sistemas de atención a la salud, el perfil epidemiológico del país se ha transformado notoriamente. El cambio más importante se puede apreciar en que los padecimientos de tipo transmisible cada día van siendo desplazados por los de tipo crónico - degenerativo.

Así mismo, el ser humano se encuentra expuesto a diversas situaciones que en ocasiones pueden poner en peligro su equilibrio, haciéndose necesaria la intervención de todo un equipo de profesionistas, entre los que figura el trabajador(a) social, dirigidos conjuntamente a contribuir en la obtención del bienestar social de la población. Dentro de los aspectos que contempla esta labor se sitúa la salud, entendida como el resultado de la interacción de múltiples factores de naturaleza social, física y mental. Para lograrlo, se han creado diferentes programas destacando el de Promoción de la Salud, como una estrategia del Instituto Mexicano del Seguro Social para participar en la obtención de la salud de la población, en donde el trabajador(a) social juega un papel importante como educador.

Por lo tanto, para lograr preservar, mantener y restaurar la salud de la población, se hace necesario el

fortalecimiento de las acciones de educación para la salud a través de un proceso horizontal, uniforme y sistemático que se desarrolle como parte de la atención integral a la salud de los individuos.

Por consiguiente, uno de los retos que vive actualmente la Seguridad Social en México es transformar el enfoque tradicional de la atención médica predominantemente curativa, hacia una de salud integral, dando prioridad a las acciones preventivas y anticipatorias.

Por otra parte, en la Institución se desarrollan múltiples actividades de educación para la salud que cumplen con el proceso informativo a través de orientaciones, pláticas, cursos de muy corta duración, distribución de folletos, trípticos, carteles, etc., en relación a problemas de salud. Sin embargo, la comunidad sólo es receptiva, la toma de decisiones referente a su salud sigue en manos de los prestadores de servicios. No se ha conseguido que la comunidad transforme su realidad hacia una cultura favorable a la salud.

Por lo anterior, se requiere reorientar e impulsar, las actividades de educación para la salud en las que se cuente con la participación de la comunidad; para que sea una población que desarrolle conocimientos, actitudes y destrezas, permitiendo de esta manera, el manejo de sus problemas de salud y así tomen decisiones más responsables y comprometidas con su salud individual, familiar y comunitaria.

Este panorama general permite plantear una propuesta de intervención de Trabajo Social; a través de la elaboración de un Programa en el que se propone la formación de grupos de ayuda, como acción contemplada dentro de los Programas Integrados de Salud; con alternativas para el mejoramiento o fortalecimiento de los resultados de las funciones del Servicio de Promoción de la Salud.

Objetivo General

Elevar la cultura de la salud de los derechohabientes con la finalidad de que desarrollen los conocimientos necesarios y obtengan cambios de actitud y conducta, se responsabilicen del cuidado de su salud e incrementen su salud positivamente.

Objetivos Específicos

- Estimular la participación corresponsable, de los derechohabientes, en el cuidado de su salud.
- Incrementar el conocimiento del derechohabiente y su familia acerca de los riesgos más frecuentes a su salud y la manera de prevenirlos.
- Integrar a grupos de ayuda a los derechohabientes identificados con factores de riesgo y daños a la salud, para modificar conductas y factores de riesgo a través de reuniones periódicas que les permitan identificar y conocer su problemática de salud y asumir la responsabilidad en el control de su padecimiento.
- Incorporar elementos metodológicos en educación para la salud que permitan al personal institucional, desarrollar conocimientos y habilidades para promover la salud.

Metas

- Realizar como mínimo el 80% de eventos y ciclos de educación para la salud dirigidos a la población derechohabiente, programados en el año, por universo de trabajo.

- Lograr como mínimo que el 80% de la población que participó en los eventos y ciclos educativos programados, terminen como personas educadas en salud.

Límites

De Tiempo:

El proyecto se llevará a cabo de manera permanente, en base a las metas establecidas anualmente, por la Institución.

De Espacio:

Las actividades se realizarán principalmente, en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 2, así como en las escuelas, empresas y guarderías; asignadas como universo de trabajo.

Universo:

- Población derechohabiente y población abierta.
- Alumnos de las escuelas:
 - Escuela Primaria "Ezequiel A. Chávez"
 - Escuela Secundaria No. 74 para trabajadores.
- Trabajadores de las empresas:
 - Cía. de Luz y Fuerza Sucursal "Santa María"
 - Empresa Organon
- Padres de familia de las guarderías:
 - Guardería IV La Raza
 - Guardería 21

- Guardería 52
- Guardería 46

Funciones

Las funciones que el trabajador(a) social debe realizar son:

- Investigación - diagnóstico.
- Administración de Programas y Servicios Sociales.
- Educador social.
- Gestor (intermediario entre usuarios e instituciones).
- Promover la organización y movilización social.
- Orientador.

Actividades

Las actividades que realizará el trabajador(a) social son:

- Realizar la investigación y elaborar el diagnóstico de cada uno de los grupos.
- Aplicar cuestionarios.
- Realizar entrevistas.
- Coordinación con los Servicios de: Medicina Familiar, Enfermería Materno Infantil, dietología, Medicina Preventiva y Trabajo Social; para la derivación de los derechohabientes identificados con daños a la salud.
- Elaborar carteles y periódicos murales, como parte de la difusión de los grupos.
- Impartir pláticas sobre temas como: autoestima, tabaquismo, alcoholismo, adicciones y violencia familiar.
- Realizar visitas domiciliarias a las personas que dejen de asistir al grupo.

- Derivar a los integrantes de los grupos, que presenten problemas de tipo emocional, con el psicólogo(a).
- Elaborar la crónica de grupo.

Recursos

Humanos:

- Equipo de Promoción de la Salud:
 - Dos médicos
 - Dos trabajadores(as) sociales
 - Dos psicólogos(as)
 - Dos enfermeras

El personal arriba mencionado, será distribuido en ambos turnos (matutino y vespertino).

- Apoyo multidisciplinario de los Servicios involucrados de la Unidad de Medicina Familiar No. 2.

Materiales:

- Un videocassette por cada uno de los siguientes temas: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, alcoholismo, tabaquismo, adicciones, alimentación, violencia familiar y autoestima.
- Una videocassettera
- Una televisión
- Una máquina de escribir
- 100 cartulinas
- 100 hojas de papel bond
- 1000 hojas blancas tamaño carta
- 50 marcadores
- 2 cajas de gises
- Un pizarrón
- Un borrador

- 50 lápices
- Guías Técnicas de los Programas Integrados de Salud (una por grupo etéreo).
- Guías para el cuidado de la salud (una por grupo etéreo).
- Documentos técnicos de sesiones educativas y grupos de ayuda.

La cantidad de los materiales, que se requieren para realizar las actividades, está contemplado para un año.

Físicos:

- En la Unidad de Medicina Familiar:
 - Un aula con 25 sillas y un escritorio.
 - Un consultorio con un escritorio, tres sillas, una báscula y una cama de exploración.
- En las escuelas, guarderías y empresas; el espacio que asignen las autoridades de los centros de trabajo.

Financieros:

- Los asignados por la Unidad Médica y por la Delegación 1 Noroeste del Distrito Federal.

Método, Técnicas e Instrumentos.

El método que se utilizará para el desarrollo de las actividades es el Trabajo Social de Grupos.

Las técnicas que se emplearán son:

- La observación
- La entrevista
- La visita domiciliaria

En cuanto a los instrumentos que serán utilizados son:

- El Diario de Campo
- La Crónica de Grupo
- El cuestionario

Respecto a la implementación del Programa se llevarán a cabo las siguientes etapas: investigación - diagnóstico, programación, organización, ejecución y evaluación.

Investigación - Diagnóstico:

Durante ésta etapa se identificarán, con el apoyo de los Servicios que integran la Unidad Médica, a los derechohabientes con daños a la salud. Una vez que sean derivados al Servicio de Promoción de la Salud; se realizarán entrevistas de manera individual a cada una de las personas que se integren al grupo, en la que a través del desarrollo de la conversación se identificarán los factores de riesgo del participante; con la finalidad de tener un panorama más amplio sobre la problemática de salud del derechohabiente.

La entrevista se realizará en el momento en que se inscriban al grupo, en el Servicio de Promoción de la Salud.

Una vez que se realicen todas las entrevistas, se procederá a elaborar un diagnóstico del grupo, jerarquizando los factores de riesgo relacionados con su problemática de salud.

Así mismo, se aplicará una evaluación diagnóstica a cada participante, mediante un cuestionario, para obtener información sobre los conocimientos que tienen acerca de su problema de salud.

Programación:

Es importante mencionar que se cuenta con el apoyo de un documento denominado "Contenidos Técnicos de la Guía para la Organización de los Grupos de Ayuda".

En estos documentos, elaborados por el personal directivo, se establecen los temas, el número de sesiones y el tiempo para la realización de cada una de éstas. Sin embargo, se tomará en cuenta el diagnóstico realizado, del grupo, con la finalidad de ampliar el número de sesiones e incluir algún tema que no este contemplado en los documentos; de acuerdo a las necesidades de los participantes, detectadas en la investigación.

Organización:

- Los grupos de ayuda están dirigidos a población derechohabiente, población abierta y trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social; también se integrarán, estos grupos, en las escuelas, guarderías y empresas asignadas.
- Los grupos de ayuda que se formarán son:
 - Grupo de ayuda de diabetes mellitus
 - Grupo de ayuda de hipertensión arterial
 - Grupo de ayuda de desnutrición
 - Grupo de ayuda de sobrepeso y obesidad
 - Grupo de ayuda de tabaquismo

- Grupo de ayuda de alcoholismo
- Grupo de ayuda de adicciones
- Grupo de ayuda de violencia familiar
- Grupo de ayuda de autoestima

Es importante señalar, que estos grupos se trabajarán en base a los grupos etáreos, planteados en los Programas Integrados de Salud.

- El médico de Promoción de la Salud tendrá a su cargo los siguientes grupos:
 - Grupo de ayuda de diabetes mellitus
 - Grupo de ayuda de hipertensión arterial
 - Grupo de ayuda de desnutrición
 - Grupo de ayuda de sobrepeso y obesidad

- La trabajador(a) social será la responsable de los grupos que a continuación se mencionan:
 - Grupo de ayuda de tabaquismo
 - Grupo de ayuda de alcoholismo
 - Grupo de ayuda de adicciones
 - Grupo de ayuda de violencia familiar
 - Grupo de ayuda de autoestima

- El psicólogo(a) se encargará de brindar terapias individuales, a las personas que el trabajador(a) social detecte con algún problema de tipo emocional, que impida el control adecuado de su padecimiento.

- La enfermera será la responsable de pesar a las personas que se integren a los grupos de: desnutrición, sobrepeso y obesidad principalmente. Así mismo, deberá tomar la presión arterial y verificar el nivel de glucosa de quien presente problemas de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.

Estas detecciones se realizarán durante cada una de las sesiones a las que asistan las personas y posteriormente durante el seguimiento que se lleve a cabo con las mismas.

- El número de grupos que se impartirán al año, dependerá de las metas establecidas por el Instituto.
- Cada uno de los grupos se integrará con un número de entre 10 y 15 participantes.
- En cuanto a la formación de los grupos, los Servicios de: Medicina Familiar, dietología, trabajo social, Enfermera Materno Infantil y medicina preventiva; se encargarán de derivar a los derechohabientes identificados con daños a la salud, al Servicio de Promoción de la Salud; para integrarlos al grupo de ayuda correspondiente.
- Respecto a las escuelas, empresas y guarderías; la integración de las personas, a los grupos de ayuda, será en base a la promoción que se realice de estos grupos.
- Se colocarán carteles y periódicos murales, en lugares estratégicos, invitando a la población a integrarse a los grupos; estos serán colocados no sólo en la Unidad Médica sino también en las escuelas, guarderías y empresas en las que se desarrollan las actividades.

Ejecución:

Como parte de esta etapa, el trabajador(a) social, realizará una reunión por semana con el equipo multidisciplinario del Servicio de Promoción de la Salud (médico, enfermera y psicólogo(a)).

Estas reuniones tienen como finalidad, supervisar el avance en las actividades asignadas a cada uno de los integrantes del equipo de trabajo.

El médico debe entregar las crónicas de los grupos que están bajo su responsabilidad (desnutrición, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial), y una lista con el nombre de las personas que no han asistido a por lo menos dos sesiones, para que el trabajador(a) social pueda realizar las visitas domiciliarias y así conocer los motivos de las inasistencias; con el objetivo de lograr su reincorporación al grupo.

La enfermera entregará un informe de los resultados de las detecciones de: peso, hipertensión arterial y glucosa, de las personas que integran los grupos para conocer si han disminuido de peso, niveles de glucosa o hipertensión arterial respectivamente.

El psicólogo(a) informará por escrito, el avance que presenten las personas que sean atendidas por éste.

Así mismo, durante las reuniones cada integrante del equipo deberá manifestar los obstáculos a los que se han enfrentado al realizar sus actividades, con la finalidad de buscar alternativas que faciliten la realización de las actividades.

Evaluación:

El Programa será evaluado mensualmente a través de informes, que serán entregados al Director de la Unidad de Medicina Familiar y a la Coordinación de Promoción de la Salud. Y mediante las supervisiones periódicas, por parte del personal directivo, en este caso: por la Dirección Médica, la Coordinación de Salud Pública y la Coordinación de Promoción de la Salud.

Por otra parte, se aplicará a cada participante de los grupos, una evaluación para conocer el grado de aprovechamiento de los contenidos de cada una de las sesiones.

Así mismo, se realizará el seguimiento con los participantes, reuniéndolos cada dos meses durante un año, con la finalidad de que expresen los problemas a los que se han enfrentado para lograr un adecuado control de su problema. Y de esta manera, brindar elementos que les ayuden a enfrentar los obstáculos que se les presenten.

BIBLIOGRAFIA

Ander Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social; Edit. Lumen, Buenos Aires, 1995.

Ander Egg, Ezequiel. Introducción a las Técnicas de Investigación Social; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1974.

Ander Egg, Ezequiel. Introducción al Trabajo Social; Edit. El Ateneo, México, 1993.

Ander Egg, Ezequiel. Metodología del Trabajo Social; Edit. El Ateneo, México, 1992.

Ander Egg, Ezequiel. Metodología y Práctica de la Comunidad; Edit. El Ateneo, México, 1982.

Ander Egg, Ezequiel. Reflexiones en Torno a los Métodos de Trabajo Social; Edit. El Ateneo, México, 1992.

Ander Egg, Ezequiel. Servicio Social para una Nueva Epoca; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1966.

Bustamante E., Miguel. La Salud Pública en México; Edit. Secretaría de Salud, México, 1982.

Castellanos C., María. Manual de Trabajo Social; Edit. La Prensa Médica Mexicana, México, 1991.

Fonseca lady, Margarita. Compendio sobre Metodología del Trabajo Social; Edit. ECRO, Buenos Aires, 1973.

Gagneton, María Mercedes. Hacia una Metodología de la Sistematización de la Práctica; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1978.

Galeana De la O, Silvia. Modelos de Promoción Social en el Distrito Federal; ENTS-UNAM, México, 1996.

García Cruz, Miguel. La Seguridad Social en México; Edit. Costa-Amic, México, 1972.

Herrera Madrigal, Irene. La Salud; Edit. CEM, México, 1998.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Aspectos Conceptuales de Fomento de la Salud; México, 1994.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud y Situacional de la U.M.F. 2; México, 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud y Situacional de la Delegación 1 Noroeste del D.F.; México, 2001.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica del Programa Institucional de Fomento de la Salud; México, 1996.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional de Fomento de la Salud 2da. Fase; México, 1993.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud; México, 2001.

Jiménez De Barros, Mónica. Un Enfoque Operativo de la Metodología del Trabajo Social; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1982.

Kisnerman, Natalio. Didáctica para el Trabajo Social; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1987.

Kisnerman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1981.

Kisnerman, Natalio. Servicio Social de Grupo; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1986.

Kisnerman, Natalio. Teoría y Práctica del Trabajo Social; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1984.

Meave Partida, Edna. Trabajo Social y Sistematización; Ediciones de Colección, México, 1995.

Mendoza Rangel, María Del Carmen. Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales; Edit. ATSMAC, México, 1988.

Morgan, María De La Luz. La Sistematización de la Práctica; Edit. Humanitas CELATS, Buenos Aires, 1988.

Narro Robles, José. La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI; Edit. CFE, México, 1993.

Poder Ejecutivo Federal. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Edit. Alfaro, México, 2004.

Poder Ejecutivo Federal. Ley General de Salud; Edit. ISEF, México, 2005.

Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006; México, 2001.

Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud 2001-2006; México, 2001.

Sánchez Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública; Edit. Méndez Cervantes, México, 1991.

Soberón Acevedo, Guillermo. La Salud en México, Historia del Seguro Social; Edit. La Prensa Médica Mexicana, México, 1988.

Tobos, María Cecilia. La Práctica Profesional del Trabajador Social; Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1983.

HEMEROGRAFIA

Anda Gutiérrez, Cuauhtémoc.
Desempleo y micro - negocios.
La Jornada.
México D.F.
30 de agosto del 2004.
Pág. 5.

Cabrera Parra, José.
Crece el Desempleo en el D.F.
La Jornada.
México D.F.
20 de septiembre del 2004.
Pág. 6

González López, Humberto.
Contaminación y Salud.
La Jornada.
México D.F.
28 de agosto del 2004.
Pág. 9.