



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

DESARROLLO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN LA PLANEACION DE ACCIONES DE PROMOCION Y
EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AREA NORMATIVA
DEL IMSS

TRABAJO RECEPCIONAL
INFORME DE SISTEMATIZACION
DEL SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
MINERVA BORJA ORTUÑO

DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL
LIC. T. S. BEATRIZ PATRICIA GARCIA CORONA



MEXICO, D. F.

2004



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.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a:

A Dios.

Le doy las gracias por permitirme llegar hasta el final y lograr esta meta, por llenar mi vida de bendiciones, por permitirme soñar y cumplir mis sueños.

A mis hijos, Janeth, Laura y David.

Quiero decirles que este logro es el fruto de un esfuerzo compartido, que les agradezco su paciencia y su comprensión, pero sobre todo agradezco su amor, su cariño y el haber contado en todo momento con su apoyo, ustedes son mis más grandes amores, son la razón que me impulsa a seguir adelante y a ser mejor cada día, los amo con todo mi corazón. ¡Son lo más importante y lo mejor que me ha dado la vida!

A mis pequeños nietos Hugo y América.

Gracias por esas pequeñas cosas que me han enseñado, por esas grandes demostraciones de ternura, de amor, de cariño y admiración, quiero decirles que yo también los amo.

A mis padres Sara y Raymundo

Quiero darles las gracias por haberme dado la vida, por inculcarme valores y principios basados en la honestidad, gracias por su apoyo, quiero decirles que ¡ME SIENTO MUY ORGULLOSA DE SER MUJER! Reconozco que a nosotros sus hijos nos educaron de acuerdo a sus tradiciones y costumbres, que su actitud hacia mi lo tome como un desafío para superarme, para crecer como mujer, como ser humano y lograr mis objetivos y mis metas, los amo y a pesar de la distancia siempre los llevo en mi corazón y en mi pensamiento.

A mis hermanos Rigoberto, Ciro y Joel.

Les agradezco su amor, su apoyo y sus consejos, quiero decirles que los amo, y aunque nos separe una gran distancia siempre los llevo en mi corazón.

A Alfonso Reyes.

Quiero darle las gracias por motivarme a ser mejor como mujer y como persona, quiero decirle que es un extraordinario ser humano, que lo quiero mucho, lo admiro y lo respeto.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros.

Agradezco sus enseñanzas, sus consejos, su tolerancia, su paciencia y su amistad, ustedes me hicieron todo más fácil, sin su apoyo este sueño no hubiera podido lograrlo.

A mis compañeros de grupo y amigos.

Quiero decirles que todos los momentos que vivimos fueron únicos e inolvidables, que siempre los voy a recordar, creo que fuimos un gran equipo.
! Gracias por su amistad !

A la Lic. Beatriz Patricia García Corona, mi Directora de Tesis.

Le expreso mi más sentido agradecimiento por su profesionalismo y dedicación, gracias a su apoyo y a sus valiosas observaciones se logró concluir el trabajo de sistematización. ! Gracias por sus enseñanzas, tolerancia y paciencia !

A la Dra. Lilia Monroy Ramírez de Arellano, Jefa de la División de Bienestar Social del IMSS y a su equipo de profesionistas y compañeros de base.

Gracias por todo su apoyo y su generosidad, mi gratitud por todas las facilidades que me brindaron para la realización de este trabajo y mi admiración por su profesionalismo.

A mi amigo y compañero de trabajo el Señor Adolfo Martínez,

Le agradezco de todo corazón sus consejos, sus palabras de aliento y su apoyo en los momentos más difíciles.

A mi amiga y compañera de trabajo Roció.

Quiero darle las gracias por el apoyo que me brindó en todo momento, por su tolerancia para escucharme y entenderme y por sus consejos, quiero decirle que la admiro por tu fortaleza y decisión.

A mis Sinodales

Les agradezco su tiempo, sus consejos y sus observaciones, gracias a esto el trabajo de sistematización pudo quedar más completo y mejor presentable.

A la UNAM y a la ENTS.

Gracias por el espacio que me brindaron y el lugar que me permitieron tener en ellas. Gracias por la oportunidad que me dieron de poder cumplir mis metas y mis sueños.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	
EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROCESO PRIORITARIO EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.	9
1.1 Principales Enfermedades Crónico-Degenerativas y los Factores que las Condicionan.	10
1.2 Acciones Implementadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para Proporcionar Atención Integral a la Población Derechohabiente con Enfermedades Crónico-Degenerativas	20
1.3 Plan Institucional de Promoción de la Salud 2003-2006, de la Coordinación de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Prestaciones Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social.	21
1.4 Características de la Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social con Enfermedades Crónico-Degenerativas.	30
CAPITULO II	
EL DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. ----	31
2.1 Convenios y/o Acuerdos Internacionales en Promoción y Educación para la Salud.	33
2.1.1 Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud Organización Mundial de la Salud/UNICEF Alma-Ata Kazakstán Sovietico, URSS, septiembre 1978	33
2.1.2 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud noviembre de 1986	35
2.1.3 Declaración de Yakarta Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI 1997	38

2.1.4 Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud México 2000	40
2.2 Seguridad Social y Prestaciones Sociales en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	41
2.2.1 Antecedentes	42
2.2.2 Situación Actual	47
2.3 Promoción y Educación Para la Salud Acciones Prioritarias para la Prevención y Control de Enfermedades Crónico-Degenerativas.	48
2.4 Importancia de la Participación del Trabajador Social en Equipos Multidisciplinarios en el Campo de la Salud.	51

CAPITULO III

PLANEACIÓN Y DESARROLLO DEL PROYECTO DE “SERVICIOS DE ENLACE” ENTRE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES Y LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DERIVADO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	53
3.1 Proyecto de “Servicios de Enlace”, Desarrollado en el Área Normativa de la División de Bienestar Social, Antecedentes y Fundamentos.	53
3.2 Participación del Trabajador Social en el Área de Planeación y Normatividad del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2003-2006.	65
3.3 Logros Alcanzados Durante el Desarrollo del Proyecto de Servicio Social.	70
3.4 Valoración Inicial de Resultados del Proceso de Intervención en el Área de Planeación.	71

CAPITULO IV

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO DESARROLLADO EN EL ÁREA DE NORMATIVIDAD DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL -----	72
4.1 Metodología Utilizada en la Planeación del Proyecto.-----	72
4.2 Fases del Proceso Metodológico del Proyecto. -----	75
4.3 Explicación de los Métodos, Técnicas e Instrumentos Aplicados en el Proceso de Planeación del Proyecto Desarrollado en la División de Bienestar Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.-----	79
4.4 Evaluación Preliminar de la Intervención y Desarrollo del Proyecto de Servicio Social. -----	82

CAPITULO V

ANÁLISIS GENERAL DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO SOCIAL REALIZADO EN EL ÁREA NORMATIVA DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. -----	84
5.1 Análisis Relacionado con el Marco Teórico. -----	84
5.2 Análisis Relacionado con la Planeación y Desarrollo del Proyecto. -----	87
5.3 Análisis Relacionado con la Metodología Utilizada en el Área Normativa, en Acciones de Educación para la Salud.-----	89
5.4 En Relación a la Integración del Trabajador Social con el Equipo Multidisciplinario. -----	91
PRODUCTOS OBTENIDOS -----	93
RECOMENDACIONES -----	114
CONCLUSIONES -----	115
ANEXOS -----	117
BIBLIOGRAFÍA -----	126

INTRODUCCIÓN

Hoy por hoy el concepto de salud ha cambiado, actualmente se le reconoce como “producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales” este nuevo concepto de salud es el resultado de las relaciones sociales y está establecida por un proceso histórico del cual es una de sus expresiones más importantes OMS ¹.

La salud es un derecho constitucional de todos los mexicanos, por ello la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social establecen los derechos y obligaciones de los diferentes sectores, (Patronal, Obrero, Trabajadores IMSS, Trabajadores al Servicio del Estado ISSSTE, Fuerzas Armadas, PEMEX y Marina) de la población para tener acceso a los beneficios de la Seguridad Social, la finalidad de esta Ley es garantizar el derecho humano a la salud y a la asistencia médica, además de proteger los medios de subsistencia y proporcionar los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

En el contexto mundial de la salud, México interviene en acuerdos internacionales con diferentes organizaciones en los que ha adquirido compromisos en beneficio de sus habitantes, algunos de estos acuerdos en materia de Promoción y Educación para la Salud son: **Atención Primaria de Salud (Alma Atta en la URSS en septiembre de 1978), Salud para Todos en el Año 2000 (Ottawa en 1986), La Promoción de la Salud en el Siglo XXI (Yakarta 1997), Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (México 2000).**

Para dar respuesta a estas obligaciones y compromisos se desarrollan acciones y se llevan a cabo estrategias dentro de las instituciones de salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, debido a que no puede quedar al margen de estas obligaciones, se han implementado acciones para dar una nueva alternativa de solución a la problemática de salud, ya que es una de las instituciones básicas en materia de Salud y Seguridad Social en el país.

El Seguro Social, ha elaborado una Estrategia Institucional de Promoción para la Salud, con el propósito de “contribuir a mantener, incrementar y recuperar la salud de la población derechohabiente y de educación para la salud con el fin de fortalecer las capacidades individuales, familiares y comunitarias para propiciar la autonomía entre los derechohabientes” ².

¹ Tello, Peón Nelia. Revista Anales de Trabajo Social No. 1, ENTS. UNAM. Pág. 66.

² Plan Institucional de Promoción de la Salud 2003-2006, Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales IMSS.

En busca de mejorar la calidad de atención de sus derechohabientes el Instituto Mexicano del Seguro Social ha trabajado en la planeación del Proyecto de “Servicios de Enlace” entre el Área Médica y el Área Social del Instituto, en el que se desarrollarán funciones para la atención por medio de la Promoción y Educación Para la Salud, a través de prevenir y controlar enfermedades, conocer el grado de dependencia y autosuficiencia, así como conocer los factores de riesgo que condicionan las enfermedades crónico-degenerativas e implementar procesos que lleven a la modificación de estilos de vida de sus derechohabientes. La intención es proporcionar una atención integral a los pacientes que padezcan enfermedades como: “diabetes tipo 2; hipertensión arterial y sobrepeso / obesidad, padecimientos que son principales causas de muerte ”³.

En este contexto la intervención del Trabajador Social es indispensable para la planeación, promoción, implementación, supervisión y evaluación de proyectos institucionales que integren actividades de educación para la salud en los que intervengan equipos de salud multidisciplinarios, ya que el trabajo en equipo es necesario para brindar una atención integral al paciente, la salud no es sólo un proceso biológico sino que es un proceso bio-psico-social en el que intervienen las relaciones sociales y está determinada por un transcurso histórico, así mismo es de suma importancia la participación del profesional de Trabajo Social en la planeación, desarrollo e implemento de proyectos de salud dentro del área normativa u operativa, en donde se considera el proceso metodológico del Trabajo Social.

En este trabajo se desarrolla un proceso metodológico de la sistematización, partiendo de cuatro etapas fundamentales:

1. Descripción de la experiencia.
2. Análisis.
3. Evaluación.
4. Propuestas de Intervención (Productos Obtenidos y Recomendaciones.)

Se hace también un análisis de logros alcanzados durante el periodo de desarrollo del servicio social, se presenta una breve explicación de los métodos, técnicas e instrumentos que se utilizaron y por último, se hace un análisis general de la experiencia.

3 [www.gob.imss.mx.DireccióndePrestacionesMédicas](http://www.gob.imss.mx/DireccióndePrestacionesMédicas). Informes IMSS 2001. Capítulo 1, El entorno Económico y Social, Transición Epidemiológica y Cambios de Perfil de las Enfermedades.

CAPITULO 1

EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROCESO PRIORITARIO EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

A partir de la evolución del concepto de salud, que en la actualidad se define como “el producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, culturales y económico sociales, y que además se considera el resultado de las relaciones sociales y que está determinado por un proceso histórico”⁴, retomando este nuevo enfoque, así como los acuerdos internacionales sobre promoción de la salud, las instituciones de salud y de seguridad social han integrado a sus programas acciones de educación para la salud, para poder dar una atención integral de prevención y mejora de las enfermedades.

Por lo anterior se debe considerar que la educación para la salud, es un proceso en el que se trata de modificar patrones de conducta por motivos de salud, cambiar estilos de vida, se trata de que el individuo contribuya a su propia salud evitando los factores de riesgo y adoptando comportamientos de salud más positivos.

La educación para la salud actualmente se utiliza como una estrategia para mejorar el estado de salud de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, como una forma de responsabilizar al propio paciente de las actitudes que debe tomar ante la presencia de un padecimiento, de esta manera se puede considerar a la salud como un proyecto social, se trata de conseguir la autosuficiencia gradualmente, hasta llegar a lograrla de forma total.

Las actitudes y las conductas relacionadas con la salud se entienden como parte integral del estilo de vida global de la sociedad, el grupo social o el individuo.

Nancy Milio dice que “los estilos de vida son patrones de elecciones (de conducta) hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con la que pueden elegir unas y desdeñar otras”⁵.

⁴ Tello, Peón Nelía. Revista Anales de Trabajo Social No. 1, ENTS. UNAM. Pág. 66.

⁵ Fiecher, Astrid, Breeze, Elizabeth. Eficacia de la Promoción de la Salud, Capítulo 2. Desafíos Políticos I Afrontando la Nueva Edad. La salud de la Tercera Edad en la Comunidad Europea. Barcelona España 2002. Pág. 12.

1.1 Principales Enfermedades Crónico-Degenerativas y los Factores que las Condicionan.

Cada vez más en México esta ocurriendo un fenómeno de “transición epidemiológica, que consiste en el aumento en la prevalencia, y por lo tanto en las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónico-degenerativas, ha expensas de una reducción en la frecuencia de las enfermedades infecciosas”⁶.

Este fenómeno se observa principalmente en países en vías de desarrollo, y es consecuencia de cambios en sus condiciones sociales y económicas. La causa principal de este fenómeno es el cambio en los estilos de vida de la población, especialmente en los grupos que emigran de las áreas rurales a las urbanas. Ya que estos individuos cambian su alimentación tradicional por una de composición y contenido altamente calórico que favorece el desarrollo de la obesidad, principal factor de riesgo de padecer estas enfermedades, además del factor hereditario y genético.

Las “principales causas de mortalidad en México en el año de 1992, la ocuparon sobretodo las enfermedades crónico-degenerativas como: en el número uno las enfermedades del corazón con 61,645 defunciones (71.0%), en el número dos se encuentran los tumores malignos con 43,692 defunciones (50.4%), los accidentes ocupan el número tres con 38,246 defunciones (44.1%), la diabetes el número cuatro con 28,304 defunciones (32.6%), las complicaciones peri natales el número cinco con 21,759 defunciones (25.1%), la enfermedad cerebro vascular el número seis con 21,429 defunciones (24.7%), la cirrosis el número siete con 19,105 defunciones (22.0%), la influenza y neumonías el número ocho con 18,688 defunciones (21.5%), los homicidios y lesiones en número nueve con 16,596 defunciones (19.1%) y las enfermedades infecciosas intestinales el número diez con 14,191 defunciones (16.4%)”⁷.

“De 1976 al año 2000, entre los derechohabientes del IMSS, se han presentado importantes cambios en el perfil de las enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan: la diabetes y sus complicaciones, los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades renales, el cáncer cérvico-uterino, los trastornos mentales, así mismo las enfermedades hipertensivas y el sobrepeso / obesidad”⁸.

⁶ www.gob.imss.mx. Dirección de Prestaciones Médicas. Informe IMSS 2002, Cambios del Perfil Epidemiológico. Dirección de Prestaciones Médicas.

⁷ Principales Causas de Mortalidad en México. Informe Dirección General de Epidemiología, S.S.A. 1992.

⁸ www.gob.imss.mx. Dirección de Prestaciones Médicas. Informe IMSS 2002, Cambios del Perfil Epidemiológico. Dirección de Prestaciones Médicas.

El incremento de este tipo de padecimientos, como ya se mencionó se debe principalmente a los estilos de vida que desarrolla la población y a los factores de riesgo como: los malos hábitos alimenticios, la obesidad, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo, el alcoholismo y el factor hereditario. Los estilos de vida y la educación para la salud son factores que pueden contribuir a controlar la propagación y modificar los factores de riesgo de enfermedad.

La hipertensión arterial y la obesidad son consideradas enfermedades, pero a la vez un factor de riesgo que pueden ocasionar a las personas que las padecen una muy alta posibilidad de sufrir otras enfermedades.

El incremento de estas enfermedades hasta ahora ha sido considerable, ha sucedido una progresión que va del 62.0% que existía en 1985 se alcanzó un 85% en el 2000 y se espera que en el 2005 sea de 88.5%⁹.

Aquí se mencionaran principalmente tres de las enfermedades crónico-degenerativas de mayor prevalencia en la población: **Obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes.**

Obesidad

La obesidad constituye un serio problema de salud pública en sociedades occidentales. Esta enfermedad ha alcanzado cifras epidémicas en Estados Unidos en muchos países Europeos y Latinoamericanos entre los que se encuentra México.

Definición

“La obesidad es una entidad patológica crónica que se caracteriza por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud. Es una enfermedad compleja, multifactorial, que resulta de la interacción entre factores genéticos y ambientales que se manifiestan con un fenotipo heterogéneo”¹⁰.

“En 1997, la Organización Mundial de la Salud incluyó a la obesidad entre las enfermedades epidémicas. Tal decisión se fundamenta en los datos estadísticos de prevalencia que se informan desde casi todos los países del mundo, en especial los occidentales y más industrializados. En ellos se ha observado que el número de obesos crece en forma alarmante, por lo que se espera que, de no mediar acciones que corrijan esta tendencia, suceda un incremento importante de esta patología y de las enfermedades

⁹ [www.gob.imss.mx/DireccióndePrestacionesMédicasInforme IMSS 2002, Cambios del Perfil](http://www.gob.imss.mx/DireccióndePrestacionesMédicasInforme%20IMSS%202002,%20Cambios%20del%20Perfil%20Epidemiológico.%20Dirección%20de%20Prestaciones%20Médicas)

Epidemiológico. Dirección de Prestaciones Médicas.

¹⁰ <http://www.pquiatria.com/psicologia/vol1num1/refart2.htm#ref5>. Revista Electrónica de Psicología, Vol. 1, No. 1, Julio 1997.

asociadas a la obesidad, como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, etcétera.

Hablar hoy de la obesidad significa referirse a la más importante epidemia que afecta a la humanidad en este inicio de siglo¹¹.

La obesidad o el exceso de peso, es un problema social y de salud que afecta en diferentes grados a un elevado porcentaje de la población, su prevalencia es mayor en mujeres que en varones y va aumentando a medida que avanza la edad y desciende la clase social.

La obesidad, es un problema estético pero además un importante problema de salud, su papel como uno de los factores de riesgo para padecer enfermedades como la hipertensión, diabetes, artritis o los trastornos cardiovasculares en general. Pero además de su relación con las enfermedades físicas, la obesidad se presenta en la sociedad "obsesionada" por la delgadez, como un factor de riesgo para problemas de naturaleza psicológica como depresión, ansiedad, hostilidad, aislamiento, etc. Estos problemas pueden, a su vez, derivar hacia otros trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia.

La tecnología favorece el sedentarismo y además proliferan los establecimientos de comida rápida, por lo general estos alimentos son concentrados en energía por ser ricos en grasas y azúcares, con un valor nutritivo muy escaso, el tipo de alimentación es influido por patrones socio-económicos.

Hoy en día la influencia de la publicidad y de los medios de comunicación son capaces de modificar las preferencias alimentarias, muchas veces en un sentido negativo.

Los países que aportan datos epidemiológicos más recientes y confiables son los industrializados (E.U. Canadá, Francia, Inglaterra, Alemania, y Japón), ellos permiten establecer los datos de prevalencia durante la última década, donde se muestra claramente un incremento. Con excepción de Japón, el resto de los países manifiesta un índice creciente de sobrepeso entre su población.

En América Latina los datos son escasos, pero aún así muestran una tendencia similar al resto del mundo occidental, con ciertas características regionales: en los varones la prevalencia de obesidad oscila entre el 20% y el 40%, mientras que las mujeres presentan cifras entre el 30% y el 50%.

¹¹Guía didáctica de Nutrición para Pacientes Diabéticos, Hipertensos y Obesos. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales IMSS 2003.

En México la prevalencia de la obesidad varía, actualmente, es menor en zonas rurales que en zonas urbanas, también varía según la región. La migración rural hacia las zonas urbanas hace que los individuos cambien de hábitos alimenticios, aumentando el consumo de refrescos y de alimentos con alto nivel calórico. También se ha observado que la obesidad aumenta a medida que aumenta la edad. Además constituye una causa frecuente de morbilidad ocupando el cuarto lugar en la República Mexicana y el DF.

Tratándose de los niños el riesgo de que un niño obeso sea adulto obeso es muy alto, en estudios longitudinales se ha observado que dos tercios de los adultos obesos fueron obesos en su niñez.

“En el IMSS, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, la prevalencia de obesidad en mujeres derechohabientes fue de 31% y la mayor proporción se encontró en la región Norte (34.4%) donde destacan Coahuila (41.1%) y Durango (40.5%). La obesidad tiende a aumentar durante la vida reproductiva y existe un natural descenso en el peso en etapas posteriores. En las mujeres de 20 a 30 años la obesidad afecta al 20%, se incrementa al 32.2% en las de 31 a 40 años, sube aún mas (45%) en las mujeres de 41 a 50 años, a partir de esa edad empieza a descender la proporción de mujeres obesas y llega al 33.6% en las mayores de 60 años”¹². La región norte es donde la obesidad es mayor aunque en algunos grupos de edad destaca también la región sur.

“Las causas más frecuentes e importantes de padecer obesidad, son: hereditarias ó genéticas, metabólicas, psicológicas, socioculturales, sedentarismo, neuroendocrinas, medicamentosas, y una nutrición altamente calórica”¹³.

“La obesidad es causa frecuente de problemas respiratorios, de enfermedades de la vesícula biliar, de artritis, de gota, de ciertos tipos de cáncer, de hipertensión arterial, y de enfermedades cardiovasculares. A la obesidad se le vincula estrechamente con la diabetes, se puede decir que es el detonante ambiental más importante para padecerla, 70% a 80% de los pacientes con diabetes son obesos, más del 60% con obesidad severa”¹⁴.

Clasificación

En la actualidad, “para referirse a la magnitud de la obesidad, se debe remitir al Índice de Masa Corporal (IMC). Se sabe que el peso corporal debe guardar una relación armónica con la altura del individuo. Este artificio

¹² Encuesta Nacional de Salud S.S.A.. 2002. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.

¹³ <http://www.pquiatria.com/psicologia/vol1num1/refart2.htm#ref5>. Revista Electrónica de Psicología, Vol. 1, No. 1, Julio 1997.

¹⁴ Ramos, Carricarte. Obesidad Conceptos Actuales. Editorial Página Electrónica. México 1995. Pág. 71.

matemático que no es más que la razón entre el peso del sujeto y su talla elevada al cuadrado ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$), refleja en forma clara su situación ponderal, permitiendo clasificar la obesidad según su valor y establecer la relación que existe con la magnitud del riesgo”¹⁵.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad, el diagnóstico de obesidad en un adulto se establece cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25; o de Sobrepeso, al estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25; considerando como talla baja en la mujer adulta, una estatura menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros”¹⁶.

En las Unidades de Medicina Familiar y en los Centros de Seguridad Social del IMSS, existen grupos de ayuda para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad, en ellos se realizan actividades deportivas, educativas, de orientación nutricional y psicológica que ayudan a tener hábitos de vida saludables y corregir o controlar la obesidad.

La base del tratamiento y del control de la obesidad es el cambio en los estilos de vida, modificar los hábitos alimenticios, llevar una dieta baja en calorías y hacer actividad física, es además recomendable que su control se lleve a cabo por un grupo multidisciplinario.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública en todo el mundo, “la Organización Mundial de la Salud informó que en 1999 la cifra de personas que padecían de ésta enfermedad ascendía aproximadamente a 600 millones en todo el mundo y que casi 3 millones de ellas morían cada año como resultado de esta enfermedad. Siete de cada 10 personas con hipertensión no reciben tratamiento adecuado, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH)”¹⁷.

Definición

La hipertensión arterial a sido definida de varias maneras por diferentes organizaciones y autoridades. En el 1er. Congreso Mexicano de Hipertensión Arterial se definió como “un padecimiento de etiología

¹⁵ Guía didáctica de Nutrición Para Pacientes Diabéticos, Hipertensos y Obesos. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. 2003.

¹⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998.

¹⁷ Guía didáctica de Nutrición Para Pacientes Diabéticos, Hipertensos y Obesos. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales IMSS. 2003.

múltiple, caracterizado por el aumento sostenido de las cifras de tensión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mm de Hg, aunado a deterioro funcional y orgánico, con lesiones anatómicas de curso clínico variado e irregular, con predominio en vasos sanguíneos, corazón, riñón y cerebro. Afecta de manera diferente tanto a individuos como a poblaciones”¹⁸.

La hipertensión esta aumentando rápidamente en los países en desarrollo, a causa de la situación económica y social, se considera uno de los más grandes retos para autoridades de salud pública y médicos. Esta enfermedad se relaciona con: cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca, e insuficiencia renal.

La Organización Panamericana de Salud señala que en México, la mortalidad atribuida a la Hipertensión Arterial en 1995 fue de 12.84 por cada 100,000 hombres, y de 15.22 por cada 100,000 mujeres. “Los riesgos de padecer hipertensión arterial se asocian al sedentarismo, obesidad, tabaquismo y estrés”. “La hipertensión arterial es la primera causa de muerte en México, con 443 mil defunciones en tan sólo un año”¹⁹.

“En el Instituto Mexicano del Seguro Social durante los últimos diez años, se diagnosticaron 1,892,112 casos nuevos de Hipertensión Arterial, con un promedio de 788 hipertensos diagnosticados por día. La mortalidad en el mismo periodo, es ascendente con un incremento de 91.7% de 1996 al 2000”²⁰.

“De 1990 al 2000 se registraron 17,821 defunciones a causa de Hipertensión Arterial, cerca del 70% de estas en el lapso de 1998 – 2000”²¹. Es alarmante la situación del creciente número de casos de Hipertensión Arterial, principalmente en población joven, así como la elevada prevalencia de factores que la condicionan.

Más de la mitad de las personas que tienen presión arterial elevada no lo saben y desconocen que tienen este padecimiento, considerado la primer causa de muerte en México por encima de los accidentes y las enfermedades infectocontagiosas, se le conoce como el asesino silencioso.

Los factores de riesgo que influyen muy estrechamente para padecer hipertensión son: una alimentación rica en grasa, el sedentarismo, es decir sin ejercicio físico, el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo, el estrés, la ingesta excesiva de alcohol, café y sal, y la herencia genética,

¹⁸ Primer Congreso Mexicano de Hipertensión Arterial. SSA. OMS. México, 2000.

¹⁹ Boletín de prensa No. 234 Domingo 4 de mayo de 2003. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.

²⁰ IBID, 4 de mayo 2003.

²¹ IBID, 4 de mayo 2003

además el uso de anticonceptivos y vivir en situaciones de tensión constante.

Dentro del ámbito Social, los factores más importantes de padecer hipertensión son:

1. El estrés por el ritmo de vida que se lleva en las grandes ciudades.
2. El desempleo.
3. La violencia que se sufre en las familias, por el aumento de la delincuencia y la fármaco dependencia.
4. Además de la carga genética, ya que existen familias completas que padecen esta enfermedad.

Según la Encuesta Nacional de Salud del 2002, “la hipertensión arterial es la primera causa de muerte en México, se le conoce como “el asesino silencioso” porque no manifiesta síntomas en las etapas iniciales. Cuando el paciente ya tiene dolor de cabeza, mareo o hemorragia nasal, es porque se han desarrollado las complicaciones y hay riesgo de infarto cerebral, embolia o infarto del miocardio. En este año fallecieron 443 mil personas por este padecimiento. Se encuestaron a 40 mil 100 personas, en edades entre los 18 y 70 años de edad, de los cuales el 35% se registró hipertenso tan sólo en los estados de la frontera norte del país; y alrededor del 24 %, en los del sur. En los adultos mayores de sesenta años, se encontró que uno de cada dos tiene hipertensión arterial”²².

Diabetes

La diabetes es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presenta con mayor frecuencia en el ámbito mundial y por su magnitud es considerada como pandemia con tendencia ascendente. En la actualidad se estima que existen alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos veinticinco años. En América Latina existen 20 millones de personas con diabetes.

La diabetes es una enfermedad incurable, hasta el día de hoy no se halla una cura, sin embargo cada día se sabe más de cómo controlarla, permitiendo que la persona diabética lleve una vida sana y productiva.

Definición

“La diabetes es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos; se manifiesta principalmente como glucosa en sangre elevada, aunque puede coexistir con colesterol y lípidos en sangre elevados; esta alteración se

²² Encuesta Nacional de Salud SSA.. 2000.Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.

encuentra asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina, con grados variables de resistencia a ésta; actualmente se reconoce que esta enfermedad de carácter heterogéneo y multifactorial comprende un grupo de anormalidades clínicas y genéticas en las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador; este conjunto de alteraciones en todo el organismo determina en los pacientes que padecen la enfermedad el desarrollo de daño en pequeños y grandes vasos sanguíneos, y por consiguiente las complicaciones crónicas del padecimiento”²³.

En México, la diabetes constituye uno de los problemas más importantes de salud pública, anualmente se registran más de 180 mil casos nuevos y es causa de 36 mil defunciones; la discapacidad e invalidez, así como los años de vida potencialmente perdidos por muerte temprana debido a diabetes, han significado un alto costo social y económico.

“En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se sitúa en el segundo lugar en la demanda de consulta de medicina familiar y en el primero en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez; es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario”²⁴.

“Los factores de riesgo para padecer diabetes se clasifican en **modificables y no modificables**.

Los factores de riesgo **modificables** son:

1. Obesidad
2. Sobrepeso
3. Sedentarismo
4. Tabaquismo
5. Manejo inadecuado del estrés
6. Hábitos inadecuados de alimentación
7. Estilo de vida no saludable

Los factores de riesgo **no modificables** son:

1. Ascendencia hispánica
2. Edad igual o mayor a 45 años
3. Antecedente de diabetes en un familiar de primer grado
4. Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer igual o mayor a 4 Kg.”²⁵

²³ Asociación Americana de Diabetes. Manejo Médico de Diabetes Tipo 2. Cuarta Edición, EU. 1998.

²⁴ Boletín de prensa No. 234 Domingo 4 de mayo de 2003. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.

²⁵ Guía Técnica de Actividad Física para Pacientes con Diabetes Tipo 2. IMSS. 2003.

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Los factores modificables son los que preocupan y en los que se ocupa más el equipo de salud en su práctica diaria, ya que si se logra incidir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que: la enfermedad se manifieste, se retarde su aparición o se modifique la evolución desfavorable hacia las complicaciones.

Una persona que padece diabetes, tiene 25 veces más riesgo de padecer ceguera, además la diabetes es la enfermedad que más frecuentemente influye en los hombres para sufrir disfunción eréctil sexual.

”Existen dos tipos de diabetes:

Tipo I o insulino dependiente: La persona no produce insulina y depende de inyectársela diariamente. Por lo general se presenta en la niñez o adolescencia. La dieta y el ejercicio son parte importante del tratamiento.

Tipo II o no insulino dependiente: No hay una cantidad adecuada de insulina y/o su acción es deficiente, el organismo no la puede utilizar adecuadamente. Es el tipo de Diabetes más frecuente (90% de las personas diabéticas). Se desarrolla más a menudo en personas mayores de 40 años. El tratamiento consiste en dieta y ejercicio. En algunas personas se necesita de pastillas y hasta de insulina”²⁶.

”Los **síntomas** más importantes que llevan al diagnóstico de diabetes son:

1. Pérdida de peso inexplicable.
2. Polifagia (mucho hambre).
3. Polidipsia (mucho sed).
4. Poliuria (mucho orina).
5. Heridas que no cicatrizan con facilidad.
6. Piel reseca o boca seca.
7. Fatiga.
8. Visión borrosa.
9. Nivel de glucosa en sangre mayor de 200mg/dl en ayuno”²⁷ .

Las **complicaciones** que se pueden presentar son:

1. Hipoglucemia, que se manifiesta por: sudoración, angustia, temblor.

²⁶ www.nutrasweet.com.mx. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán Clínica de Diabetes y Metabolismo de Lípidos y Departamento de Educación para la Salud.

²⁷ Karam, Patricia. Diabetes Tu y Yo. ¿Tienes Diabetes? Revista Diabetes Hoy. Volumen 13 Número 3 mayo-junio 2003. Pag. 43. Edit. Asociación Mexicana de Diabetes AC.

2. Taquicardia.
3. Disminución de la agudeza visual que puede ser temporal o puede ser la causa de hemorragias persistentes dentro del ojo.

Se presentan también **complicaciones crónicas** como:

1. Retinopatía diabética.
2. Nefropatía diabética.
3. Neuropatía diabética.
4. Impotencia sexual.
5. Problemas cardiovasculares.
6. Frecuencia de infartos más alta que en la población en general, etc.

Factores que influyen en el padecimiento de enfermedades crónico degenerativas como: obesidad, hipertensión y diabetes.

Un factor de riesgo “es una característica inherente al individuo o del medio, que aumenta la probabilidad de que ocurra un daño”²⁸.

- Los **factores** principales que condicionan estas enfermedades son:
 - **Los estilos de vida,**
 - **Los factores de riesgo y**
 - **Los factores hereditarios.**

Así de acuerdo a la conducta que un individuo desarrolle, en la que influye el factor hereditario tienen más o menos posibilidades de contraer alguna enfermedad.

- Íntimamente **ligado con el riesgo** de padecer una enfermedad crónico-degenerativa están los **factores de riesgo**, entre los que se encuentran: **la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaco, el alcohol, la fármaco-dependencia, el estrés y el sedentarismo.**
- El **consumo de alcohol** es importante ya que representa una fuente energética adicional. las personas con enfermedades crónico-degenerativas, especialmente las que padecen diabetes deben conocer los efectos que el alcohol puede tener sobre su glucosa y su salud.
- Las **personas fumadoras** corren un riesgo mayor de muerte y pueden sufrir enfermedades como: enfermedades izquémicas, enfermedades cardiovasculares, infarto al miocardio, ataque

²⁸ Documento Técnico del Taller de nutrición y factores de riesgo IMSS 2000. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

fulminante, ataques al corazón y cataratas, teniendo más posibilidades de sufrir una discapacidad debido a problemas respiratorios y de movilidad. El cigarrillo modifica el metabolismo basal, y es un factor de riesgo mayor que la obesidad.

- **El factor hereditario** debe ser tomado en cuenta como uno de los más importantes, ya que cuando los progenitores son diabéticos se tiene más riesgo de padecer esta misma enfermedad.
- **Vivir en constante estrés y en un estado de sedentarismo** puede desencadenar en padecer obesidad, hipertensión y diabetes.

Vivir una vida tranquila y realizar actividad física diariamente ayuda a evitar el sufrir esta enfermedad.

1.2 Acciones Implementadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para Proporcionar Atención Integral a la Población Derechohabiente con Enfermedades Crónico-Degenerativas.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la atención a la salud y la demanda de servicios han tenido un enfoque predominantemente curativo; la tendencia actual es priorizar la prevención, la promoción y la educación para la salud, para responder de manera integral a las necesidades de salud de los derechohabientes, al tiempo que se mejora la calidad de los servicios.

Para responder a estas necesidades, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha integrado acciones para beneficio de los derechohabientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas, tanto en los servicios médicos como en prestaciones sociales; que van desde la atención médica, estudios especializados, nuevos medicamentos incluidos en el cuadro básico, instalaciones y aparatos médicos modernos, así como clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel de atención, etc.

En la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales se han integrado programas de atención a pacientes con este tipo de enfermedades en los que han colaborado el Área Médica y el Área Social, programas como: Fomento a la Salud, Cultura Para la Salud, Promoción de la Salud, Superación del Nivel de Vida, Acuerdos de Acciones Vinculadas Para la Salud de los Trabajadores IMSS, Programa de Atención al Adulto Mayor, Proyecto IMSS CARMEN (Conjunto de Acciones Para la Reducción Multifactorial de Riesgos a las Enfermedades no Transmisibles o Crónico-Degenerativas).

Actualmente se manejan los programas de: PREVENIMSS, Rehabilitación Integral, Programa Institucional sobre la Discapacidad y su Prevención, Programa de la Mujer, Programa de Atención al Adulto Mayor, próximamente podrá implementarse el Proyecto de Servicios de Enlace, en el que se realizarán acciones vinculadas entre la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Las acciones de PREVENIMSS están encaminadas a prevenir y atender las enfermedades que padecen los derechohabientes hombres y mujeres, así mismo se efectúan acciones como:

1. Educación para la salud.
2. Actividad física.
3. Alimentación.
4. Detección y control de sobrepeso y obesidad.
5. Diabetes mellitus.
6. Hipertensión arterial.

Todas estas acciones se relacionan con una mejora a la calidad de atención a los derechohabientes.

1.3 Plan Institucional de Promoción de la Salud 2002-2006, de la Coordinación de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Prestaciones Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social .

El plan institucional de Promoción de la Salud, es una estrategia implementada por el Instituto Mexicano del Seguro Social que se proyectará hasta el año 2012, se comentaran a continuación los puntos más importantes y se hará un breve resumen.

Evolución del Concepto de Salud.

El concepto de salud ha evolucionado a la luz del desarrollo científico y tecnológico, avanzando desde el concepto miasmático, hasta el concepto mas amplio que trasciende al individuo (bienestar bio-psico-social) para ubicarse no en un estado, sino en un proceso que es determinado por diversos factores y condiciones sobre el cual avanzan las actuales propuestas de promoción de la salud.

La promoción de la salud, ha evolucionado de igual forma, no solamente en el terreno de la construcción conceptual sino a partir de las prácticas en materia de promoción, que sin duda coexisten, pasando básicamente por tres vertientes fundamentales: la visión higienista- preventiva, la epidemiológico -social y la socio-sanitaria; cada una en la práctica orienta sus acciones a la atención de los factores que consideran determinan o condicionan la salud, la calidad de vida de los individuos y las condiciones de bienestar social de los pueblos.

Aunque el concepto de Promoción de la Salud en su sentido contemporáneo se ha ido construyendo en los últimos 25 años, sus raíces se reconocen desde la antigüedad, su discurso no es completamente nuevo y se ha ido adaptando a los nuevos retos y circunstancias que enfrenta la humanidad. Su desarrollo no ha sido fácil y periódicamente se observan demoras y aún retrocesos; y ha sufrido de interpretaciones equivocadas en ocasiones se le ha tomado como equivalente a la educación en salud.

Durante los años 70 la promoción resurge como Ave Fénix, pero en la práctica solo fue programada y aplicada en forma parcial; en esos años la promoción fue equiparada casi totalmente a las actividades dirigidas a modificar los estilos de vida no saludables causantes de muerte y enfermedad en los países en desarrollo. En los años 80, con la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, surge la Carta de Ottawa que se convirtió en fuente de inspiración y nuevo credo para quienes vienen invocando la importancia de la promoción de la salud para el logro de un desarrollo humano digno.

La Organización Mundial de la Salud, definió en estos años a la promoción de la salud, como: "La acción social, educativa y política dirigida a incrementar el nivel de salud de la población; como un proceso de activación de las comunidades, dirigentes políticos, profesionales y población, a favor de políticas, sistemas y modos de vida saludables el cual se lleva a cabo por medio de la abogacía, empoderamiento de la población y construcción de un sistema de soporte social que le permita a la gente vivir sanamente"²⁹ .

A la Promoción de la salud se le concibe como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades pueden ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su nivel de salud. Desde esta visión a la salud se le identifica con la conocida afirmación del Director de la OMS en 1988: la salud es un producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica.

²⁹ Programa Institucional de Promoción de la Salud 2002-2006. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.

La Promoción de la Salud en México.

En México, tanto el Plan Nacional de Desarrollo 2000 – 2006, como el Programa Nacional de Salud, reconocen a la promoción de la salud como un instrumento para contribuir a la equidad y al desarrollo social.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, históricamente se han desarrollado diversos programas de promoción de la salud en los que han participado de manera sustantiva: la Dirección de Prestaciones Médicas en coordinación con la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Estos programas han tenido como eje la atención a daños específicos a la salud y se han desarrollado de manera heterogénea en las 37 delegaciones del sistema.

Diagnóstico Situacional Previo: Programas Vinculados de Promoción de la Salud - Instituto Mexicano del Seguro Social

Partiendo del análisis general, y convencidos de la necesidad de diseñar y desarrollar una Estrategia Institucional de Promoción de la Salud, la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales realizaron un primer análisis situacional de los programas dirigidos a la comunidad derechohabiente del IMSS.

Propuesta Institucional.

La Coordinación Socio-Médica: Cambio de Paradigma en la Atención de la Salud.

Primeramente se dice que en los países desarrollados, como consecuencia de los procesos de envejecimiento poblacional, el incremento en la demanda de servicios de salud se invierte el mayor gasto. Este paradigma hace necesario el planteamiento de un enfoque que no sea exclusivamente biomédico o no exclusivamente psicosocial para abordar intervenciones en salud, especialmente con individuos o grupos en situaciones de vulnerabilidad o exclusión.

La coordinación socio-sanitaria o socio-médica se podría definir como el conjunto de recursos de atención en salud y de atención social que operan conjuntamente desde sus respectivos sistemas cuya finalidad es la optimización de recursos, integración de acciones conjuntas y complementariedad de las mismas y la sinergia en el impacto de las intervenciones.

Esta coordinación se plantea además como un espacio de construcción, para organizar, coordinar y complementar la atención que se oferta a las personas y sus familias desde los profesionales de ambos sistemas, pero a la vez debe posibilitar coordinar y complementar la labor de los voluntarios y del apoyo informal, con una interacción permanente del individuo y los grupos en los ecosistemas de mayor proximidad a los ciudadanos.

Definición del Modelo de Coordinación Socio-Médica en la Estrategia Institucional de Promoción de La Salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la atención a la salud y la demanda de servicios han tenido un enfoque predominantemente curativo; la tendencia actual es reforzar la promoción de la salud y la prevención para responder de manera integral a las necesidades de salud de los derechohabientes, al tiempo que se mejora la calidad de los servicios.

Por este motivo, con la implementación de los dos nuevos modelos de atención de la Dirección de Prestaciones Médicas y de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, el IMSS está transitando desde un modelo epidemiológico-social hacia un modelo avanzado de coordinación socio-sanitaria o socio-médica de la salud.

Objetivo de la Estrategia Institucional de Promoción de la Salud.

“La finalidad del plan consiste en contribuir a mantener, incrementar y recuperar la salud de la población derechohabiente mediante acciones de promoción de la salud, que incidan en los distintos niveles de dependencia de la población, en un marco de corresponsabilidad”.

Los objetivos estratégicos de la estrategia institucional se refieren a:

1. Tener una coordinación socio-médica, para aplicar criterios, mejorar la eficiencia y fortalecer las capacidades.
2. Implementar acciones de educación para la salud mejorando los programas y orientándolos al fortalecimiento de las capacidades individuales, familiares y comunitarias fortaleciendo la autonomía.
3. Que exista participación social y comunitaria.
4. Establecer mecanismos de control y evaluación

Metas Estratégicas.

- Constituir un equipo de coordinación socio-médica de promoción de la salud en cada una de las delegaciones.
- Establecer equipos de coordinación socio-médica de promoción de la salud en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales y en las Unidades de Medicina Familiar.

- Capacitar al 100% del personal participante en los equipos delegacionales y/o locales.
- Establecer un protocolo de información para cada uno de los procedimientos de coordinación socio-médica a nivel: institucional, delegacional y/o local.

23

- Realizar campañas anuales de comunicación social por programas, proyectos y servicios de promoción de la salud en el IMSS, las delegacionales y las circunscripciones locales.
- Definir y aplicar instrumentos metodológicos específicos en los programas, proyectos y servicios socio-médicos de promoción de la salud.
- Diseñar y administrar herramientas de control y mejora continua.
- Realizar una evaluación anual del proceso de implementación y administración estratégica.

Destinatarios: Universo de Atención.

Los destinatarios fundamentales de la Estrategia Institucional de Promoción de la Salud son los derechohabientes del IMSS. Priorizando en los diferentes niveles de dependencia que puede presentar la población derechohabiente normalizada, vulnerable o excluida.

- 1) Niños
- 2) Adolescentes
- 3) Mujeres
- 4) Hombres
- 5) Adultos mayores
- 6) Trabajadores

Para la estrategia global, los destinatarios indirectos serán el conjunto de la estructura de recursos humanos del IMSS y la población de México en general: sociedad civil, voluntariado, iniciativa privada.

Evaluación Estratégica.

La metodología evaluativa, proviene de la Evaluación de Programas Sociales, Educativos y de Salud. Debido al propio modelo de coordinación socio-médica institucional de promoción de la salud que se pretende implementar y administrar, se plantean diferentes momentos y niveles de evaluación para los que habrá que construir procedimientos específicos de medición de desempeño e impacto.

La evaluación que se plantea es de dos tipos:

- **Evaluación del proceso:** avanzada desde los dos diagnósticos situacionales previos, así como en el sistema de control y la mejora continua.
- **Evaluación periódica:** dirigida a una medición post-facto en las distintas fases operativas, tanto del desempeño como los impactos en salud generados por la estrategia, permitirá tomar decisiones para posibles cambios estratégicos.

Con la idea de optimizar los recursos disponibles, se utilizará una evaluación desde dentro del Instituto.

Elementos.

El sistema de evaluación finalmente diseñado se realizará contando con todos los elementos implicados en la implementación y administración de la Estrategia Institucional de Promoción de la Salud. En este sentido, será conveniente tener en cuenta las siguientes cuestiones y aspectos relacionados:

ELEMENTOS IMPLICADOS	NECESIDADES - DEMANDAS RESPECTO AL PLAN	ALGUNOS ASPECTOS EVALUATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Nuestras políticas son adecuadas ?. ¿Conviene modificar la financiación ?. 	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones causales. Política - problema.
<ul style="list-style-type: none"> DIRECCIONES DE PRESTACIONES MÉDICAS Y DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONOMICAS-SOCIALES 	<ul style="list-style-type: none"> ¿El plan ha conseguido sus metas ?. ¿Cómo se puedo mejorar?. ¿Se cumple su teoría base y conceptualización ?. 	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones causales. Programa - problema.
<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS TÉCNICOS DE COORDINACIÓN SOCIOMÉDICA E INTERVENCIONES SOCIO-MÉDICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es efectivo mi trabajo individual y con los equipos interdisciplinarios?. ¿ Esta siendo efectiva la pedagogía social y de participación comunitaria? ¿Cómo se puede mejorar?. 	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones causales. Acciones desempeñadas - problema.
<ul style="list-style-type: none"> COMUNIDAD DERECHOHABIENTE DEL IMSS 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se cumplen las expectativas de ayuda con la atención recibida por los servicios y prestaciones de la Estrategia? 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de consistencia de la evaluación. Formal con la evaluación subjetiva.
<ul style="list-style-type: none"> FAMILIARES Y ALLEGADOS 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se cumplen las expectativas de ayuda al apoyo informal próximo al usuario de los servicios y prestaciones de la Estrategia? 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de consistencia de la evaluación. Formal con la evaluación subjetiva.
<ul style="list-style-type: none"> POTENCIALES USUARIOS 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Me servirá la atención y los programas ?. 	<ul style="list-style-type: none"> Sí efectivo, tranquilización.
<ul style="list-style-type: none"> ECOSISTEMAS RELACIONADOS Y POBLACIÓN EN GENERAL 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Sirve la Estrategia a las necesidades que creo tiene ?. 	<ul style="list-style-type: none"> Desconfianza/confianza. Presión fiscal.

FUENTE: Programa Institucional de Promoción de la Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social.

Áreas Funcionales.

Finalmente, se diseñará una estructura funcional, que basada en las líneas estratégicas diseñadas en el presente Plan, tendrá como finalidad la optimización de los recursos de equipamiento y humanos disponibles en el Instituto para la Estrategia Institucional de Promoción de la Salud.

Equipos.

Equipo Institucional de Coordinación Socio-Médica de Promoción de la Salud

- **Misión:** fomentar la vinculación entre las áreas y coordinaciones institucionales participantes en la estrategia, así como evaluar desempeño estratégico y los impactos en salud.
- **Componentes.** Estos equipos estarán integrados por representantes de las coordinaciones institucionales de:
 - Dirección de Prestaciones Médicas.
 - Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.
 - Coordinaciones Generales de: Atención-Orientación al Derechohabiente, Comunicación SocialSindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).

Equipos Delegacionales de Coordinación Socio-Médica de Promoción de la Salud

- **Misión:** cumplir, hacer cumplir y brindar la asesoría requerida a las unidades de medicina familiar y de prestaciones sociales para la correcta aplicación de Estrategia Institucional de Promoción de la Salud.
- **Componentes.** Estos equipos estarán integrados por representantes de las coordinaciones delegacionales de:
 - Atención Médica
 - Salud Comunitaria.
 - Prestaciones Sociales
 - Atención y Orientación al Derechohabiente
 - Comunicación Social
 - Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

Equipos Locales de Coordinación Socio-Médica de Promoción de la Salud

- **Misión:** convocar a representantes locales de otras áreas institucionales para agilizar la resolución de problemas específicos de operación e implementar, administrar, controlar y evaluar las intervenciones socio-médicas de promoción de salud.

- **Componentes.** Estos equipos estarán integrados por los directores de las unidades de medicina familiar y de las unidades operativas de prestaciones sociales relacionadas entre sí por el ámbito de circunscripción local, así como por los profesionales con funciones de coordinación.

- **Impacto:**
 - Incrementar en un 30% las derivaciones de derechohabientes entre las unidades de medicina familiar y las unidades de prestaciones sociales.
 - Aumentar las capacidades y habilidades de atención socio-médica de los profesionales en el primer nivel de atención de las unidades de prestaciones médicas y de las unidades de prestaciones sociales.
 - Establecer un perfil socio-médico de la comunidad derechohabiente en las circunscripciones locales en las que se administre la estrategia institucional de promoción de la salud.
 - Realizar una investigación socio-médica de promoción de la salud determinando sobre el porcentaje de disminución en la demanda de atención médica por parte de los derechohabientes referidos a las unidades de prestaciones sociales.
 - Incrementar en un 30% la participación activa de los derechohabientes en los proyectos de educación para la salud de las unidades locales de prestaciones sociales.
 - Aumentar las capacidades y destrezas de los derechohabientes participantes en los proyectos de educación para la salud fomentando su propia responsabilidad en el cuidado de salud individual y familiar.

1.4 Características de la Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social con Enfermedades Crónico-Degenerativas.

“En el año 2000 el total de personas aseguradas fue de 45,899,268, de los cuales 48.6% hombres, 51.4% mujeres”³⁰.

Del total de derechohabientes, los hombres y mujeres que se encuentran en edad reproductiva y los adultos mayores, son los que padecen con más frecuencia enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión arterial, diabetes y obesidad.

“La diabetes y la hipertensión arterial constituyen las principales causas de enfermedad y muerte en la población asegurada en edad productiva. Así mismo se realizaron 5.2 millones de detecciones de diabetes en hombres, mujeres y adultos mayores 29.5% de asegurados, y 6.7 millones de detecciones de hipertensión arterial 37.8% de esta misma población”³¹.

“De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, la prevalencia de obesidad es mayor entre las mujeres aseguradas que entre los hombres, los resultados fueron del 31%, y la mayor proporción se encontró en la región Norte del país (34.4%) donde destacan Coahuila (41.1%) y Durango (40.5%)”³².

De acuerdo a esta misma encuesta, la obesidad aumenta durante la vida reproductiva de las mujeres y desciende en las etapas posteriores.

³⁰ www.gob.imss.mx Dirección de Prestaciones Económicas. Informe de la *Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera 2000 IMSS*.

³¹ Boletín de prensa No. 234 Domingo 4 de mayo de 2003. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.

³² Encuesta Nacional de Salud SSA 2000, Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.

CAPITULO II

EL DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

En México el Marco Jurídico y Normativo del derecho a la Salud y a la Seguridad Social lo contemplan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social, de los cuales se mencionarán los artículos más significativos e importantes.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El artículo 4o. de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, establece el derecho a la protección de la Salud en beneficio de todos los mexicanos.

En el Artículo 123 fracción XXIX de la Constitución Política esta constituida la obligatoriedad del régimen de Seguridad Social, así como en la Ley del Seguro Social y en la Ley Federal del Trabajo, las que determinan las características de los derechos y obligaciones para los diferentes sectores que comprenden el régimen así como el propio Estado, con plena delimitación de campos, funciones y prerrogativas tanto para unos como para otros, lo cual define a la seguridad social como un conjunto de prestaciones de derecho y no de beneficencia.

Ley General de Salud.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud.

En el Capítulo I Artículo 23, para los efectos de salud, indica que se entenderá por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Así mismo en el Artículo 24 se establece que los servicios de salud se clasifican en tres tipo:

- I. De atención médica.
- II. De salud pública y
- III. De asistencia social.

En el Capítulo II Artículo 32, dice que se entiende por atención médica al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Artículo 33, en este artículo se dispone que las actividades de atención médica son:

- I. Preventiva y de promoción general y de protección específica.
- II. Curativas, tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- III. De rehabilitación, son acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

El Artículo 37 de la Ley General de Salud, establece que son servicios a derechohabientes de instituciones públicas y de seguridad social los prestados por estas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, o a las que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

En los Artículos 50 y 51, se considera un usuario de servicios de salud, a toda persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores, público, social y privado, los que tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportuna y de calidad y a recibir una atención profesional.

Ley Federal del Trabajo

La Ley Federal del Trabajo determina las características de los derechos médicos económicos y sociales en caso de accidente de un trabajador.

El artículo 487 explica que los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo tendrán derecho a:

- I. Asistencia médica y quirúrgica.
- II. Rehabilitación.
- III. Hospitalización, cuando el caso lo requiera.
- IV. Medicamentos y material de curación.
- V. Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios.
- VI. La indemnización fijada en el presente título.

Ley del Seguro Social

La **Ley del Seguro Social** determina las características de los derechos y obligaciones para los diferentes sectores de la población que comprenden el régimen, así como el propio Estado, con plena delimitación de campos, funciones y prerrogativas.

El Artículo 2, determina que “La seguridad social tiene por finalidad, garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado”³³.

Los Artículos 3 y 4 estipulan que la seguridad social está a cargo de: entidades o dependencias públicas, federales o locales y organismos descentralizados y que el Seguro Social es el Instrumento Básico.

En los Artículos 6 y 7 se acuerda que, el Seguro Social comprende : I el régimen obligatorio, II el régimen voluntario y cubre prestaciones en especie y en dinero.

2.1 Convenios y/o Acuerdos Internacionales en Promoción y Educación para la Salud.

México participa desde hace muchos años en convenios y acuerdos internacionales, en los que se ha comprometido a participar en beneficio de la salud de la población, se mencionaran los más importantes en materia de Promoción y Educación para la Salud.

2.1.1 Declaración de Alma-Ata

**Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud
Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Alma-Ata Kasakhstán
Soviético, URSS, Septiembre 1978**

La conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma - Ata el 12 de septiembre de 1978, consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los Gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo y se hace la siguiente declaración:

33 Ley del Seguro Social, Editada por la Dirección Jurídica de la Coordinación de Comunicación Social del IMSS 1998.

La salud, en ese momento estaba considerada como: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y existe una grave necesidad de salud en la población, sobre todo en los países en desarrollo y desarrollados y que es motivo de preocupación común para todos los países.

Los problemas más graves de salud existen en los países en desarrollo, ya que ahí es en donde se encuentran los mayores índices de pobreza, y la pobreza es el mayor obstáculo para que un país pueda tener salud.

Un país que tiene un desarrollo económico y social que se basa en un nuevo orden económico internacional tiene una importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para lograr una equidad entre los países en desarrollo y los países desarrollados.

La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial.

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Los Gobiernos la obligación de cuidar la salud de sus pueblos.

Uno de los principales objetivos sociales de los Gobiernos, debe ser que en los próximos decenios, todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente reproductiva.

La atención primaria, se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesario para resolver esos problemas. Comprende, las siguientes actividades:

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- La asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia.

- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- El suministro de medicamentos esenciales.

La atención primaria exige y fomenta en grado máximo la auto responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización y el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud. En la atención primaria se incluyen médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico.

La atención Primaria de Salud es fundamentalmente asistencia sanitaria al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan cubrir. La atención primaria la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico, social y de la comunidad.

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de actuación nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países.

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares.

2.1.2 Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud (17-21 de noviembre de 1986)

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 emite la siguiente Carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”.

Esta carta fue una respuesta que tiene como punto de partida la declaración de Alma Ata sobre atención primaria y el documento “Los objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud.

En esta conferencia se mencionó que **la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para así se pueda alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social**, para esto un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de ampliar o adaptarse al medio ambiente.

Según la Carta de Ottawa, los requisitos principales para la salud son:

- La paz
- La educación.
- La vivienda.
- La alimentación.
- La renta.
- Un ecosistema estable.
- La justicia social
- La equidad.

Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, del medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir a favor o en detrimento de la salud.

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades además de proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Además de que **la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas , autoridades locales, industria y medios de comunicación.**

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Como en el caso de la estrategia institucional en el IMSS, que toma sus bases en las necesidades de su población derechohabiente, y las actividades a realizar están adaptadas de tal manera que puedan funcionar en beneficio de los pacientes.

Se deben de crear ambientes favorables ya que nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales , y la conservación de los recursos naturales, deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afectan de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población.

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios **la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos.** Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Los **convenios a favor de la promoción de la salud** de los participantes de esta conferencia son :

- Intervenir en el terreno de la política de la salud pública y abogar a favor de un compromiso político .
- Eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud.
- Reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud, apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles .
- Reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud, compartir el poder con otros sectores con otras disciplinas y, lo que es aún más importante con el pueblo mismo.
- Reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles. La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza a favor de la salud.

En esta conferencia se asienta el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales , la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

2.1.3 Declaración de Yakarta Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (1997)

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es **la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud.** Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI.

La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social. La promoción de la salud es una valiosa inversión y cada vez más está siendo reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud. **La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, a través de inversiones y acciones, además actúa sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social.**

La Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud ofrece una **visión y enfoque para la promoción de la salud en el próximo siglo XXI.**

En la Declaración de Yakarta se establecieron los siguientes prerequisites para la salud:

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. La paz. | 8. El empoderamiento de las mujeres |
| 2. La vivienda. | 9. Los ingresos. |
| 3. La educación. | 10. Un ecosistema estable. |
| 4. La seguridad social. | 11. Uso sostenible de los recursos. |
| 5. Las relaciones sociales. | 12. La justicia social. |
| 6. La comida. | 13. El respeto de los derechos humanos |
| 7. La equidad. | |

Por encima de todo la pobreza es la mayor amenaza a la salud.

La situación actual y las tendencias demográficas tal como la urbanización, el incremento en el número de personas mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas que han aumentado por el comportamiento sedentario, la resistencia a los antibióticos, que se ha incrementado por el abuso de drogas y la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas.

Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y cambiar estilos de vida, y las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para lograr una mayor equidad en salud.

Las **estrategias** que se plasmaron en esta carta son:

- Se debe dar prioridad a la salud, construyendo políticas públicas saludables, asignando más recursos a las instituciones de salud y de seguridad social.
- Se deben crear entornos que apoyen la salud, trabajando conjuntamente, gobierno, instituciones de salud, industria, medios de comunicación, profesionales de salud y la propia población.
- Se debe fortalecer la acción comunitaria, capacitando a la población sobre su propia salud.
- Se deben desarrollar habilidades personales, responsabilizando a los individuos de su propia salud haciéndolos autosuficientes.
- Se deben reorientar los servicios de salud, ya que la prevalencia de las enfermedades ha cambiado y la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas va en aumento, considerando que este tipo de enfermedades pueden prevenirse.

Las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI son:

- Promover la responsabilidad social para la salud, los responsables de la toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social.
- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
- Consolidar y expandir la colaboración para la salud.
- Aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo.
- Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud.

En la Conferencia los participantes se comprometen a compartir los mensajes claves de la Declaración con sus gobiernos, instituciones y comunidades, para poner en la práctica las acciones propuestas y reinformar a la 5ª Conferencia de Promoción de la Salud, además aprueban la formación de una alianza global de promoción de la salud.

2.1.4 Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud México 2000.

En el mes de junio del año 2000, se llevó a cabo en México la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, y se trabajó en lo que fue considerado como los **retos de trabajo para el siglo XXI** :

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y fortalecer la capacidad de decisión individual.
- Consolidar y ampliar las alianzas en pro de la salud.
- Aumentar la inversión en el desarrollo de la salud.
- Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Se construyó lo que fue denominado la **Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud**, que es el **compromiso político de los gobiernos** a favor de la misma tiene como eje fundamental: pasar de las ideas a la acción .

Las acciones deberán estar encaminadas bajo las premisas de que:

- A. La promoción de la salud es un proceso, no una solución rápida. Su objetivo es lograr un resultado concreto en el largo plazo, pero con efectos en el mediano y corto plazos; los resultados comprenden la participación ciudadana y comunitaria y contribuyen a mejorar la calidad de vida.
- B. La promoción de la salud eficaz fortalece las aptitudes y capacidades de las personas, las organizaciones y las comunidades, para actuar y mejorar los factores determinantes de la salud.
- C. En la comunidad, el ámbito de la promoción de la salud debe extenderse a las escuelas y centros laborales.
- D. Las desigualdades en las condiciones de vida hacen urgente la promoción de la salud en un contexto de corresponsabilidad.

Es necesario fortalecer la capacidad local, incrementando los niveles de alfabetismo sanitario como base para el empoderamiento individual y el desarrollo de la comunidad.

En estos acuerdos internacionales el Gobierno de México ha hecho compromisos con los demás países a favor de la población, firmando y además organizando en el año 2000 la Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Las responsabilidades y compromisos que se han adquirido deben de cumplirse por medio de las instituciones de salud y de seguridad social del país, de lo cual el IMSS no queda excento.

2.2 Seguridad Social y Prestaciones Sociales en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En un país en proceso de desarrollo la Seguridad Social implica necesariamente un esfuerzo decidido por mejorar, a través de servicios sociales de diversa índole las condiciones y los modos de existencia de la comunidad.

La Seguridad Social es sinónimo de bienestar, de salud, de ocupación adecuada y segura, de amparo contra todos los infortunios y previsión. Es lucha contra la miseria y la desocupación. Es la elevación de la personalidad humana en todo su complejo psicofísico, amparando ante todos los riesgos fundamentales: pérdida de salud, pérdida de capacidad de trabajo (enfermedad, vejez, accidentes), pérdida de salario (paro forzoso invalidez), procurando proteger la integridad físico orgánica de los hombres, conservándola o recuperándola cuando se ha perdido, manteniendo en lo posible la capacidad de ganancia.

“La Seguridad Social emerge de la proyección definida y genética de la Previsión Social, y tiene como finalidad atender el mayor número de necesidades del ser humano frente a las múltiples contingencias de su vida individual y familiar, contribuir mediante servicios y prestaciones económicas a elevar su nivel de vida social, económica y cultural, así como proporcionar mediante la aplicación de sus técnicas mayores recursos a la población trabajadora, que permitan una mejor distribución del ingreso nacional de un país”³⁴.

La Seguridad Social desempeña un importante papel dentro de la estrategia para satisfacer las necesidades básicas, su protección tiene influencia en los ingresos y en los niveles de vida, si se generaliza a toda la población la prestación de servicios de salud permitiría la elevación de la situación sanitaria.

Los servicios de salud en el país son proporcionados por instituciones públicas y por instituciones privadas, dentro de las instituciones públicas se consideran a los organismos que integran el Régimen de Seguridad Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tienen como característica fundamental la obligación de la cooperación económica del sujeto y de la prestación de servicios por la institución, lo que les da características de Seguro Social.

³⁴ Ley del Seguro Social Edit. Dirección Jurídica de la Coordinación de Comunicación Social del IMSS 1998.

El desarrollo de un país está considerado como sinónimo de crecimiento. El derecho a la protección de la salud es una de las garantías individuales que establece la constitución política en el Artículo 4to., y en el Art.123 fracción XXIX se establece la obligatoriedad del régimen de Seguridad Social, la Ley del Seguro Social y la Ley Federal del Trabajo, determinan las características de los derechos y obligaciones para los diferentes sectores de la población que comprenden el régimen así como el propio Estado, con plena delimitación de campos, funciones y prerrogativas tanto para unos como para otros, lo cual define a la seguridad social como un conjunto de prestaciones de derecho y no de beneficencia.

La Seguridad Social en el país es humanista pues sus líneas de conducta se encaminan hacia el respeto y la dignidad del hombre. Los medios por los que se pretende alcanzar son dinámicos y sufren modificaciones de acuerdo a la evolución de las necesidades de la población a la que se dirigen. Las prestaciones que otorgan se estructuran de acuerdo con las necesidades urgentes que van surgiendo con el desarrollo económico y social del país.

2.2.1 Antecedentes

“En México los organismos que integran fundamentalmente el Régimen de Seguridad Social son:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), atiende a los trabajadores empleados por un patrón y trabajadores IMSS.
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), atienden a quienes prestan sus servicios en la estructura gubernamental.
- Petróleos Mexicanos (PEMEX), atiende a sus empleados.
- Institutos Estatales, atienden a algunos trabajadores estatales y municipales.
- El Banco del Ejército, la Armada y la Marina, atienden a los miembros de las Fuerzas Armadas y la Marina³⁵.

El 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, que dio origen a la institución más importante de seguridad social en México el Instituto Mexicano del Seguro Social, con las características singulares de la evolución política, social, económica y cultural, y con las bases filosóficas y políticas de valor universal que contiene la declaración de los derechos humanos en los acuerdos internacionales.

34 Narro, Robles José. La Seguridad Social y el Estado Moderno. Estructura Económica y Social de México “LOS NOVENTA” México 1992. Edit. IMSS. ISSSTE. FCE. Quinta Parte La Atención a la Salud en la Seguridad Social Mexicana Pág. 343

“La ley del ISSSTE se proclamó 1959, dio origen al Instituto de Seguridad Social de los Servicios del Estado, con diversas reformas, la última el 27 de mayo del 2000, es una institución que proporciona servicios de salud y de seguridad social únicamente a los trabajadores del Estado” ³⁶ .

“Objetivos de la Seguridad Social:

1. Garantizar el derecho humano a la salud.
2. Garantizar la asistencia médica.
3. Garantizar la protección de los medios de subsistencia y
4. Garantizar los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Como instrumento básico de la Seguridad Social en México se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social”. **tiene como finalidad:**

1. Atender el mayor número de necesidades del ser humano frente a las múltiples contingencias de su vida, individual y familiar.
2. Contribuir mediante servicios y prestaciones económicas a elevar sus niveles de vida social, económica y cultural.
3. Proporcionar mediante la aplicación de sus técnicas mayores recursos a la población trabajadora, que permitan una mejor distribución del ingreso nacional” ³⁶ .

Conceptos de Seguridad Social

Existen diferentes conceptos de seguridad social, sin embargo los que más se identifican con la seguridad social del país son los siguientes:

“La seguridad Social tiene una relación directa con la salud, entendida a nivel de bienestar, es el mecanismo destinado a corregir por medio del Seguro Social la desigual distribución de la riqueza para asegurar la cobertura de los riesgos a que todos los componentes del grupo social se encuentran expuestos” ³⁷ .

“La seguridad Social, es el conjunto de instituciones, principios normas y disposiciones que protege a todos los elementos de la sociedad, cualquier

³⁶ Narro, Robles José. La Seguridad Social y el Estado Moderno. Estructura Económica y Social de México “LOS NOVENTA” México 1992. Edit. IMSS. ISSSTE . FCE. Quinta Parte, La Atención a la Salud en la Seguridad Social Mexicana. Pág. 344

³⁶ *Ley del Seguro Social*. Edit. Dirección Jurídica de la Coordinación de Comunicación Social del IMSS 1998.

³⁷ *Prestaciones Sociales Institucionales* Edit. Coordinación de Comunicación Social IMSS. México 1996 Pág. 8.

“La seguridad Social, es el conjunto de instituciones, principios normas y disposiciones que protege a todos los elementos de la sociedad, cualquier contingencia que pudieran sufrir, y permite la elevación humana en los aspectos psicológico, moral, económico, social y cultural”³⁹.

“Para Miguel Huerta Maldonado, la Seguridad Social es: un conjunto de medios técnicos que garantizan la eficacia de la protección frente a las contingencias, es en suma una doctrina y una técnica, es el derecho universal al goce solidario de los bienes materiales y culturales que confieren dignidad a la vida humana. Como técnica es el conjunto de medios que adopta la sociedad y el Estado como parte de la política social, para garantizar el pleno ejercicio de ese derecho, fórmula básica de la justicia social”⁴⁰.

Antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, 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 legales 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 declara de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros confines similares”⁴¹.

“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

³⁹ Gallaga, García Roberto. La Seguridad Social y el Estado Moderno. Estructura Económica y Social de México “LOS NOVENTA” México 1992. Edit. IMSS. ISSSTE. FCE. El Concepto Integral de Seguridad Social Pág 78

⁴⁰ Marco Teórico de las Prestaciones Sociales Institucionales. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Coordinación de Prestaciones Sociales IMSS, 2000. Pag. 19.

⁴¹ IBID. IMSS. 2000. Pag. 12.

del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. en estos dos documentos legales 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”⁴².

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 empleadores 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 ”se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad”⁴³.

”En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en que 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 aún estudios ulteriores”⁴⁴.

”Por encargo del mismo presidente Cárdenas se elaboró un nuevo proyecto que era un resumen de todos los anteriores su principal autor fue el entonces titular de la Secretaría de Gobernación Licenciado Ignacio 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 o prevendría los riesgos sociales de: enfermedades profesionales, accidentes de trabajo enfermedades no profesionales y

⁴² Marco Teórico de las Prestaciones Sociales Institucionales. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Coordinación de Prestaciones Sociales IMSS, 2000. Pag 8.

⁴³ IBID. Pag. 26..

⁴⁴ Esparza, Ruiz Gerardo. *La Seguridad Social y el Estado Moderno, estructura económica y social de México* IMSS. ISSSTE. FCE. México 1992. *La Seguridad Social y los Trabajadores*. Pag. 392.

aprobado por un consejo de ministros y enviado a la Cámara de Diputados pero no pudo llegar más adelante”⁴⁵.

A partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social, y se dieron a la tarea de buscar instituciones nacionales e internacionales que procuraran la paz y la tranquilidad mundial (acuerdo de la Carta del Atlántico).

Hacia 1942 el interés del presidente Manuel Ávila Camacho por las cuestiones laborales, anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, en diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como justificación que se cumpliría con uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana, proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia, contribuir al cumplimiento de un deber legal de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales. El Congreso aprobó la Iniciativa de Ley el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Y se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

El 19 de enero de 1943 se promulgó como un instrumento de justicia social la Ley del Seguro Social, que dio origen a la institución más importante de seguridad social en México el Instituto Mexicano del Seguro Social, con las características singulares de la evolución política, social, económica y cultural, y con las bases filosóficas y políticas de valor universal que contiene la declaración de los derechos humanos en los acuerdos internacionales.

Cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social

“El IMSS empezó operando en el DF, para 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara, así fue creciendo el régimen y ampliando sus servicios sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres, para 1964 se encontraban protegidos por el Seguro Social más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementó entre 1964 y 1970 en un 50%”⁴⁶. A finales de 1996 la población atendida por el IMSS ascendía a 39, millones 553 mil personas.

⁴⁵ Esparza, Ruiz Gerardo. *La Seguridad Social y el Estado Moderno, estructura económica y social de México* IMSS. ISSSTE. FCE. México 1992. *La Seguridad Social y los Trabajadores*. Pág. 394

⁴⁶ *Prestaciones Sociales Institucionales, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS. México 1996.* Pág. 26.

En 1973 la nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a: ejidatarios, comuneros, y pequeños propietarios organizados e implementaba el ramo de guarderías en toda la Republica.

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 cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Para junio 1995 la población derechohabiente amparada por IMSS fue de 39 millones de 91 millones de habitantes, el 37% de la cobertura nacional.

La Misión y el objetivo del Instituto Mexicano del Seguro Social

“La misión del instituto es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familiares la protección suficiente y oportuna ante los contingencias de: enfermedad, invalidez, vejez y la muerte. La protección se extiende no sólo a la salud sino a los medios de subsistencia, se complementa con un conjunto de servicios sociales de beneficio colectivo, orienta a complementar el ingreso familiar, a buscar formas de mejorar el estado de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y a utilizar mejor el tiempo libre”⁴⁷.

“El objetivo del Instituto Mexicano del Seguro Social, es dar satisfacción a todos las factores determinantes del nivel de vida: inicialmente se otorgaron prestaciones médicas y económicas, posteriormente se incorporaron a su régimen las prestaciones sociales, para llevar un desarrollo social paralelo al crecimiento”⁴⁸.

2.2.2 Situación Actual de la Seguridad Social.

Las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera y por consiguiente la seguridad social se encuentra en una situación crítica, ya que el presupuesto que se autoriza para este ramo es muy reducido, aunado con el incremento y el cambio de la morbilidad de las enfermedades, es insuficiente, así mismo el incremento de la población derechohabiente con diferentes necesidades de atención de salud se ha vuelto un reto a resolver por el gobierno actual, ya que las instalaciones, los servicios y el personal asignado son pocos e insuficientes para resolver este problema en toda la República.

⁴⁷ *Ley del Seguro Social* Edit. Dirección Jurídica de la Coordinación de Comunicación Social del IMSS 1998.

⁴⁸ *Prestaciones Sociales Institucionales, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS. México 1996.*
Pág. 17.

En 2001 los derechohabientes y solidario-habientes cubiertos por el IMSS representaban el 56 por ciento de la cobertura nacional de habitantes del país.

“Para el año 2002 la población derechohabiente del IMSS se extendió a 46 millones 258 mil 055 personas”⁴⁹. Hoy existen aproximadamente 10 millones de trabajadores en riesgo de llegar al 2025 sin derecho a pensión y a seguro médico. El objetivo a corto y mediano plazo es lograr cubrir a la mayor parte de los mexicanos y proporcionarles los servicios del Seguro Social.

Actualmente el IMSS atiende a alrededor de 55 millones de mexicanos, registrándose como trabajadores a 12.5 millones.

Al día de hoy, el MSS es la Institución de Seguridad Social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México.

A pesar de los esfuerzos del Gobierno y trabajadores del IMSS y el ISSSTE, las instituciones más importantes de seguridad social en el país tienen un futuro incierto, ya que se ha comentado que su situación financiera se encuentra en números rojos, y que en cualquier momento podrían declararse en quiebra, situación que llevaría a la mayoría de los mexicanos a quedar desprotegidos en lo que se refiere a salud, quedando estas instituciones en manos privadas, y tendrían un manejo en el que se perdería por completo el objetivo para lo que fue creada la seguridad social en México.

2.3 Promoción y Educación para la Salud Acciones Prioritarias para la Prevención y Control de Enfermedades Crónico-Degenerativas .

La promoción de la salud es una valiosa inversión. La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social.

La promoción de la salud es reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud , es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, a través de inversiones y acciones, actúa sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las

⁴⁹ www.imss.direcciondeprestacioneseconomicasysociales. Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera IMSS. 2000.

desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social.

El Plan Institucional de Promoción de la Salud considera a la promoción de la salud: “un proceso que permite a las personas mantener incrementar y recuperar su salud por medio de acciones de educación para la salud, participación comunitaria e integración social orientadas a adquirir mayor autonomía, el cambio en estilos de vida y el control sobre su propia salud, en un marco de corresponsabilidad entre los usuarios y la institución” ⁵⁰.

La Promoción de la Salud es a medida confundida con la **“Educación para la Salud, esta procura informar a las personas sobre los temas relacionados con su salud, proporciona una información que las personas motivadas pueden utilizar como base para la acción”** ⁵¹.

La promoción de la salud es una tarea de importancia capital en el desarrollo de todos los pueblos del mundo, este nuevo paradigma ya ha rebasado el ámbito de la salud pública y se ha convertido en una tarea multisectorial, al tiempo que continua siendo **una tarea multidisciplinaria que involucra y responsabiliza de su desarrollo y resultados a la parte gubernamental y a todos los actores de la sociedad**, con esto surge el concepto de responsabilidad social.

“La promoción de la salud tiene que ser una tarea descentralizada que involucra y responsabiliza la participación de las comunidades, para ello existe ya el concepto de **“capacidad de las comunidades”**, mediante el cual se asegura o se facilita el proceso de promoción de la salud, esta capacidad de las comunidades, requiere básicamente de tres elementos para hacer posible su viabilidad:

1. Se debe favorecer la infraestructura organizacional y la cohesión social.
2. Es necesario que las acciones a realizar mediante estas redes integren intereses compartidos.
3. Estas organizaciones locales deben contar con el acceso irrestricto a los recursos en el nivel local, recursos de todo tipo, financieros y tener acceso a los conocimientos, habilidades, a los expertos y a todas la posibles herramientas que hagan eficiente la labor de la promoción de la salud” ⁵².

⁵⁰ *Plan Institucional de promoción de la Salud 2002-2006*. Dirección de Prestaciones Médicas. Dirección De Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS.

⁵¹ *Guía Técnica de Promoción y Educación para la Salud*. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS. 2003.

⁵² *Memoria Institucional “Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México”*. Secretaría de Salud México. 2000.

El concepto de responsabilidad social en la promoción de la salud lleva consigo de manera inherente la necesidad de capacidad de gestión, de acción y decisión de las comunidades, de las redes sociales, de las autoridades sanitarias, y llevar a cabo procesos de descentralización para que los recursos puedan estar al alcance de todas las comunidades.

La responsabilidad social busca proporcionar al individuo la oportunidad de responsabilizarse y participar en las acciones tendientes a preservar la salud, disminuyendo al mínimo los riesgos que la amenazan, la participación social se debe hacer en un marco de participación democrática.

La promoción de la salud repercute en todos los ámbitos de acción del ser humano, por lo tanto es necesario que todos los sectores de la sociedad y la economía hagan su parte , solamente mediante el trabajo sostenido a nivel local en los ámbitos de salud pública, educación, agua, vivienda y empleo como se pueden obtener resultados exitosos, la salud de todos es un factor esencial para el desarrollo de nuestras comunidades.

Así se entiende que la participación comunitaria en la promoción de la salud es la base fundamental de esta actividad, y esta participación se entiende como un proceso que permite sumar los recursos de diferentes instancias que comparten propósitos tareas y resultados, lo que hace que la promoción de la salud sea un proceso transformador de las condiciones de vida que contempla a las personas como autoras de las mismas acciones.

“Existen dos vertientes de promoción de la salud que merecen una mención cuidadosa: La primera esta encaminada a **la prevención de la violencia**, es un ejemplo de la riqueza multisectorial y de **participación social** que requiere una acción de promoción de la salud, ya que **la violencia es hoy uno de los problemas más agobiantes , sus consecuencias inciden en muchos otros ámbitos de la vida cotidiana**”⁵³ .

Todo ello hace necesaria la participación social como parte fundamental del proceso de promoción de la salud, pero hace también necesaria la participación multisectorial que incluye el trabajo muy importante de todos los medios de comunicación masiva.

⁵³ Memoria Institucional Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México Secretaria de Salud México. 2000.

En las tareas actuales de promoción de la salud, es necesario fortalecer la integración de redes sociales a nivel local que cuenten con los recursos humanos, materiales y financieros pertinentes para adaptarlos a sus necesidades de acuerdo con el contexto sociocultural en el que se desarrollan y hacer copartícipes y beneficiarios de las actividades a todos los sectores de la sociedad.

Dentro de la promoción y educación para la salud el **autocuidado** es un recurso sanitario fundamental dentro del sistema de salud, se define como, "Las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de salud tomadas por, individuos, familiares, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc. comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas" ⁵⁴ .

2.4 Importancia de la Participación del Trabajador Social en Equipos Multidisciplinarios en el Campo de la Salud.

El trabajar en equipo es una de las habilidades que el Trabajador Social desarrolla durante su formación académica como profesionista de Trabajo Social, y es una de las características que lo distinguen y que debe tener dentro del su perfil profesional.

"Un perfil profesional debe identificar el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades, aptitudes y actitudes que debe poseer el egresado para un óptimo desempeño profesional"⁵⁵.

El Trabajo Social del área de salud se define como, "el conjunto de acciones metodológicamente orientados mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población, a efecto de contribuir a su salud integral" ⁵⁶ .

En la definición operativa el Trabajo Social del área de salud esta considerado como "un elemento del equipo de salud que desarrolla acciones metodológicas destinados al estudio de las necesidades sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad así como a la identificación y optimización de recursos disponibles para su atención, y poder presentar

⁵⁴ Montorio, I. Antología de Promoción de la Salud, publicación científica No.557. Organización Panamericana de la Salud, Washington, EU. 1996. p.403.

⁵⁵ Salazar, Hernández Ma. Guadalupe. *Revista de Trabajo Social No. 37. Enero, Febrero y Marzo 1989. Número especial. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. Pág. 2.*

⁵⁶ *IBID. 1989. Pág. 32*

alternativas de acción para la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud, con la participación del individuo, grupos y comunidades”⁵⁷.

El profesional del área está capacitado para participar en equipos interdisciplinarios de salud, en estos equipos puede desarrollar las funciones de administración, investigación, coordinación, educación, asistencia, enseñanza, promoción social y comunitaria, orientación legal, de medicina del trabajo y sistematización. Así como en la organización de grupos y de la población en general, para participar en proyectos o programas específicos.

La intervención del Trabajador Social en los equipos multidisciplinarios en el campo de la salud es sumamente importante y además necesaria, ya que como se especifica en el nuevo concepto de salud, considerada actualmente como el resultado de las relaciones sociales en el que interaccionan los procesos biológicos, culturales y económico sociales que se determinan por un proceso histórico, del individuo y del cambio de las enfermedades.

A partir del desarrollo de este nuevo concepto de salud, el trabajo y participación del Trabajador Social es la más indicada, ya que nadie como nosotros para conocer, investigar e intervenir en las alternativas de solución de los problemas sociales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social esta considerando al Trabajador Social como parte importante de los equipos sociales y de salud. Además Trabajo Social tiene la posibilidad de intervenir en una serie de actividades que apoyan tanto al área médica como al área social, en el área operativa o de planeación y normatividad como son: la planeación, implementación y evaluación de programas y proyectos, la capacitación, la investigación, la educación para la salud, las actividades administrativas, la atención directa a la población y la continua orientación.

⁵⁷ Salazar, Hernández Ma. Guadalupe. *Revista de Trabajo Social* No. 37. Enero, Febrero y Marzo 1989. Número especial. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. Pág. 32.

CAPITULO III

PLANEACIÓN Y DESARROLLO DEL PROYECTO DE “SERVICIOS DE ENLACE” ENTRE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES Y LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS, DERIVADO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Mejorar la calidad de atención de sus derechohabientes ha sido la preocupación permanente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en busca de esta mejora se han involucrado las direcciones más importantes del IMSS, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales y la Dirección de Prestaciones Médicas, basándose en el Plan Institucional de Promoción y Educación para la Salud se planeó el proyecto de “Servicios de Enlace”, que es el resultado del trabajo y esfuerzo de todas las personas involucradas y la aprobación del Director General del IMSS el Dr. Santiago Levy Algaza.

3.1 Proyecto de “Servicios de Enlace”, Desarrollado en el Área Normativa de la División de Bienestar Social, en Donde se Originó el Programa de Servicio Social.

El proyecto de Servicios de Enlace, es un instrumento que el Instituto Mexicano del Seguro Social implementará en diferentes etapas para beneficiar a los derechohabientes que padezcan **enfermedades crónico-degenerativas como: Obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes Tipo 2**, mayores de cuarenta años que no sean insulino-dependientes.

Así mismo para crear un proceso de mejora de la Medicina Familiar. Este proyecto se fundamenta en el manejo de la Promoción y Educación para la Salud, del proyecto se comentaran los puntos más importantes y se hará un breve resumen.

Resumen y Presentación del Proyecto

La Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales han trabajado conjuntamente durante el año 2002, con el propósito de fortalecer y desarrollar las acciones de promoción de la salud dirigidas a los usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El resultado más importante de esta colaboración, el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2002 - 2006, constituye la primera planeación por parte de ambas direcciones para incorporar como elemento sustantivo de sus respectivas estrategias y líneas de acción, procesos de mejora en la coordinación y la vinculación entre las áreas de prestaciones médicas y de prestaciones sociales, por medio de actividades de promoción de la salud, educación para la salud y participación social y comunitaria en la atención prestada a los usuarios.

A mediados del año 2002, estas dos Direcciones Institucionales, con el apoyo de la Dirección General del IMSS, deciden que la operación de este Plan Institucional de Promoción de la Salud, sea una responsabilidad local de las Unidades de Medicina Familiar y de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales, por medio de un primer proyecto operativo denominado “Servicios de Enlace entre Prestaciones Médicas y Prestaciones Sociales”.

Objetivos y Metas de los Servicios de Enlace

a) Objetivo General

- Mejorar el nivel de salud de la población derechohabiente, mediante intervenciones socio-médicas de educación para la salud y participación social orientadas a fortalecer las capacidades individuales, familiares y comunitarias, de los pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso/obesidad.

b) Objetivos específicos

1. Fortalecer la interacción y la capacidad de provisión de servicios entre las Unidades de Medicina Familiar (UMFs) y las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPSs)
2. Establecer los mecanismos operativos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las UMFs y las UOPSs.
3. Diseñar intervenciones socio médicas para que los derechohabientes adquieran conocimientos, destrezas y habilidades para el cuidado de su salud, que contribuyan al control y limitación de complicaciones y secuelas discapacitantes.
4. Capacitar técnicamente al personal participante, con criterios de profesionalidad, calidad y mejora continua, para lograr una adecuada y óptima implementación de los Servicios de Enlace.

5. Ofertar intervenciones de educación para la salud a los derechohabientes y sus redes de apoyo informal, congruentes con sus necesidades sociales y condiciones.
6. Incorporar a los derechohabientes a grupos de participación social y de ayuda mutua para fortalecer su autonomía y lograr su inclusión en el entorno social cercano.
7. Evaluar el impacto de las intervenciones socio médicas de los servicios de enlace sobre el estado de bienestar social, calidad de vida y grado de autonomía personal de los derechohabientes participantes.
8. Establecer un sistema de evaluación, a efecto de evaluar el desempeño de los Servicios de Enlace en términos de accesibilidad, calidad técnica y costo efectividad.

c) Metas institucionales

- Implementar y operar los Servicios de Enlace en el 100% de las 115 UOPSs y en las UMF's que correspondan por delegación, proximidad geográfica y capacidad instalada. Periodo 2003 - 2006.
- Poner a disposición de los Servicios de Enlace el 30% de la capacidad instalada en UOPSs. Segundo semestre de 2003.
- Desarrollar operativamente los Servicios de Enlace en el 100% de las 44 UOPSs y de las 56 UMFs proyectadas para la primera fase de implementación institucional. Segundo semestre de 2003.
- Desarrollar operativamente los Servicios de Enlace en el 100% de las 71 UOPSs restantes y las UMFs que correspondan por delegación, proximidad geográfica y capacidad instalada. Periodo 2004 - 2006.
- Diseñar el 100% de sistema de información y evaluación de los Servicios de Enlace. Primer semestre de 2003.
- Crear un equipo local por cada Servicio de Enlace entre las UMF's y las UOPSs que corresponden por delegación, ubicación geográfica y capacidad instalada. Segundo semestre de 2003.
- Capacitar al 100% del personal integrante de los equipos locales de los Servicios de Enlace. Segundo semestre de 2003.
- Implementar el 100% del sistema de información y evaluación. Segundo semestre de 2003.
- Evaluar el desempeño del 100% de los Servicios de Enlace implementados. Segundo semestre de 2004.

d) Metas Locales en las Unidades de Medicina Familiar y Unidades Operativas de Prestaciones Sociales.

- Determinar el índice de cobertura a partir del 30% de la capacidad instalada en las UOPSS que será ofertado en los Servicios de Enlace. Primer semestre de 2003.
- Capacitar al 100% del personal operativo responsable de los Servicios de Enlace. Segundo semestre de 2003.
- Desarrollar una campaña local de difusión sobre los Servicios de Enlace. Segundo semestre de 2003.
- Iniciar el 100% intervenciones programadas localmente. Segundo semestre de 2003.
- Mantener integrados al 75% de los usuarios participantes en las intervenciones socio-médicas de Cada Servicio de Enlace. Periodo 2003 – 2006.
- Incrementar en un promedio del 10% el estado de bienestar social, el nivel de calidad de vida y el grado de autonomía personal del 60% de los usuarios participantes en las intervenciones socio-médicas de los Servicios de Enlace. Periodo 2003 – 2006

Población Blanco (Población Objetivo)

El Plan Institucional de Promoción de la Salud establece que tanto el estado de salud como el estado de bienestar social del individuo, dependen de la combinación de los factores biológicos, de los estilos de vida, del ambiente y de los sistemas de salud y bienestar social. Con base en este planteamiento, el presente proyecto incorpora esta visión integral de la salud, desarrollando el concepto de dependencia o pérdida de autonomía personal. Así, a continuación quedan planteadas un conjunto de variables que por un lado, facilitarán el diagnóstico de las diferentes situaciones de los usuarios potenciales en los Servicios de Enlace, y por otro, posibilitarán la medición periódica de los impactos en salud logrados con los participantes.

a) Criterios de inclusión y exclusión de usuarios potenciales.

El primer criterio general para todos estos motivos de atención, será la edad. Las actividades desarrolladas por las UOPSS estarán dirigidas a derechohabientes de 40 años y más, pues este rango de edad es uno de los que presenta los mayores índices de prevalencia de los motivos de consulta seleccionados.

El segundo requisito fundamental consiste en la posibilidad de desplazamiento del derechohabiente a la UOPS. Previamente los responsables de los Servicios de Enlace realizarán un análisis de las variables de disponibilidad económica, tiempo libre, estado de salud física y apoyos socio-familiares con los que cuentan los usuarios potenciales, para determinar las condiciones que pueden dificultar dicho desplazamiento y el acceso de las actividades programadas, proponiendo alternativas y soluciones a nivel local.

Desde el criterio de salud física, los Servicios de Enlace están dirigidos a los usuarios de los tres motivos de atención que no se encuentren en una situación de enfermedad crónica o descontrolada. A medida que avanza la implementación, el desarrollo operativo y la evaluación de los Servicios de Enlace, será valorada la necesidad de ampliar su cobertura a usuarios crónicos en situación de dependencia moderada o grave, así como a usuarios menores de 40 años.

Los criterios médicos de inclusión y de exclusión que permitirán la derivación de pacientes de las UMFs a las UOPSS, se describen a continuación por cada motivo de atención.

• **Diabetes tipo 2**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con diabetes tipo 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveles de glucosa sanguínea por arriba de 300 mg/dl ▪ Niveles de glucosa hasta 240 mg/dl y cetonas en orina ▪ Retinopatía proliferativa no tratada, (años de evolución del padecimiento, con factores de riesgo elevado para retinopatía diabética) ▪ Hemorragias recientes oculares (si ya tiene retinopatía) ▪ Insuficiencia renal crónica sin un adecuado control medico. ▪ Neuropatía autonómica severa que pueda causar una caída peligrosa de la presión arterial sistólica durante el ejercicio. ▪ Cambios recientes significativos en el electrocardiograma en reposo que no hayan sido adecuadamente investigados y manejados. ▪ Embolismos recientes. ▪ Infarto muscular reciente ▪ Tromboflebitis y trombo intracardiaco ▪ Frecuencia cardiaca en reposo por arriba de 100 pulsaciones por minuto. ▪ Enfermedad metabólica sin control, como la tirotoxicosis o mixedema. ▪ Infección aguda o estado febril ▪ Enfermedad crónica infecciosa como es la mononucleosis infecciosa, hepatitis o SIDA que el medico pueda pensar que pueda tener mas daño que beneficio. ▪ Disturbios hidroelectroliticos ▪ Enfermedades mentales (psicosis)

• **Hipertensión arterial**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con hipertensión arterial controlada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angor pectoris inestable ▪ Cambios recientes significativos en el electrocardiograma en reposo que no hayan sido adecuadamente investigados y manejados. ▪ Embolismos recientes. ▪ Infarto muscular reciente ▪ Tromboflebitis y trombo intracardiaco ▪ En sospecha Miocarditis o pericarditis activa ▪ Insuficiencia cardiaca aguda o insuficiencia cardiaca mal controlada. ▪ Estenosis aortica de moderada a severa ▪ Cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. ▪ Arritmia auricular o ventricular sin control y que pueda ser considerada como clínicamente significativa para la salud ▪ Frecuencia cardiaca en reposo por arriba de 100 pulsaciones por minuto. ▪ Bloqueo de tercer grado cardiaco ▪ Hipertensión arterial sistólica en reposo de 180 mmHg o de presión arterial diastólica 105 mmHg. ▪ Caída reciente de la presión arterial sistólica de mas de 20 mmHg que no haya sido causado por medicamento. ▪ Enfermedad metabólica sin control, como la tirotoxicosis o mixedema. ▪ Infección aguda o estado febril ▪ Enfermedad crónica infecciosa como es la mononucleosis infecciosa, hepatitis o SIDA que el medico pueda pensar que pueda tener mas daño que beneficio. ▪ Disturbios hidroelectroliticos ▪ Enfermedades neuromusculares, músculo esqueléticas o reumáticas, que puedan no ser compatibles con el ejercicio de acuerdo a la opinión medica. ▪ Enfermedades mentales (psicosis) ▪ Cualquier otra contraindicación para la practica de ejercicio

- **Sobrepeso u obesidad**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con sobrepeso u obesidad ▪ Que tengan posibilidad de acudir a unidad operativa de prestaciones sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obesidad intensa ▪ Insuficiencia hepática o renal ▪ Enfermedades tiroideas ▪ Anemia grave o pérdidas de sangre recientes ▪ Enfermedades crónicas de los pulmones (enfisema, bronquitis crónica, algunas formas de asma) ▪ Diabetes tratada con insulina ▪ Convalecencia tras operaciones o enfermedades ▪ Enfermedades óseas, articulares o musculares que causen limitaciones al movimiento o que empeoren con el ejercicio (inflamaciones y degeneraciones articulares, de bolsas sinoviales, tendinosas, etc.) ▪ Trastornos psíquicos que requieran medicación ▪ Atrofias e hipotrofias musculares ▪ Fragilidad ósea, osteoporosis

b) Factores de evaluación socio-médica de los usuarios.

Una vez definidos los usuarios potenciales, con base a un diagnóstico socio médico previo, serán atendidos los que se encuentren en situaciones de autonomía plena, autonomía relativa y dependencia leve. A continuación, y en función de estas situaciones, quedan expuestas una serie de factores básicos que permitirán completar este diagnóstico socio médico.

• Factores socio-demográficos, económicos y educativos

SITUACIÓN	SEXO, GRUPO DE EDAD Y ESTADO CIVIL	RECURSOS ECONÓMICOS	NIVEL EDUCATIVO
Autonomía Plena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombre ▪ Mujer ▪ Adulto/a mayor ▪ Adulto/a ▪ Casado/a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador profesionalista ▪ Pensión de jubilación ▪ Otras rentas regulares complementarias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudios universitarios post-grado y especializaciones ▪ Licenciatura universitaria ▪ Carrera técnica universitaria ▪ Capacitación especializada no universitaria
Autonomía Relativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombre ▪ Mujer ▪ Adulto/a Mayor ▪ Adulto/a ▪ Divorciado/a o separado/a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador/a no profesionalista ▪ Pensión de jubilación ▪ Pensión del IMSS ▪ Otras rentas complementarias no regulares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparatoria ▪ Secundaria ▪ Capacitación especializada no universitaria
Dependencia Leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombre ▪ Mujer ▪ Adulto/a Mayor ▪ Adulto/a ▪ Viudo/a ▪ Soltero/a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador/a no profesionalista ▪ Pensión de incapacidad o viudez ▪ Sin otras rentas complementarias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primaria ▪ Capacitación complementaria no especializada ▪ Analfabetismo funcional

• Factores de salud física, familiares y socio-comunitarios.

SITUACIÓN	NIVEL DE SALUD	RELACIONES FAMILIARES Y CONVIVENCIA EN EL HOGAR	RELACIONES SOCIO-COMUNITARIAS
Autonomía Plena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación de enfermedad compensada ▪ Capacidad funcional plena ▪ Sin limitación física 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convivencia con el/la esposo/a e hijos ▪ Convivencia sólo con la esposa/a ▪ En el propio hogar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con relaciones sociales: red de amistades, vecinales y contactos ▪ Con salidas regulares y visitas a los amigos
Autonomía Relativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación de enfermedad compensada ▪ Frecuentes enfermedades leves 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conviviendo solo/a con hijos/as, en el hogar de éstos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con relaciones sociales y vecinales ▪ Sólo visitas y pocas o ninguna salida
Dependencia Leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación de enfermedad compensada ▪ Alguna incapacidad funcional o limitación leve 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conviviendo en el propio hogar con pariente o amigo/a generacional ▪ Niños/as y adolescentes conviviendo con los padres o familiares cercanos y/o allegados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con relaciones vecinales ▪ Alguna visita o salida irregular

Estrategias y Líneas de Acción

Estrategia I: Coordinación Socio-médica	Estrategia II: Desarrollo de Intervenciones Socio-médicas
<p>I.1.- Normatividad institucional</p> <p>I.2.- Creación de equipos locales</p> <p>I.3.- Capacitación técnico-profesional</p> <p>I.4.- Diagnóstico local</p> <p>I.5.- Implementación de sistemas de información y evaluación de desempeño</p> <p>I.6.- Ofertas locales de intervenciones socio-médicas</p> <p>I.7.- Planeación e implementación de campañas locales de difusión</p> <p>I.8.- Evaluación y mejora continua del desempeño operativo</p>	<p>II.1.- Estudio y diagnóstico de situaciones socio-médicas de los usuarios</p> <p>II.2.- Planes individuales de intervención socio-médica</p> <p>II.3.- Integración de los planes socio-médicos individuales en las actividades de educación y de participación social</p> <p>II.4.- Participación de los usuarios en las actividades programadas</p> <p>II.5.- Control y seguimiento de los usuarios participantes</p> <p>II.6.- Control de calidad de las actividades</p> <p>II.7.- Evaluación periódica y final de impactos en salud</p>

Propuesta de intervenciones socio médicas

AREA 1. Intervenciones Individuales. Plan individual de intervención socio-médica	AREA 2. Intervenciones Grupales. Actividades socio-médicas	AREA 3. Intervenciones comunitarias. Grupos de Ayuda y Participación Social
<p>-Diagnóstico médico</p> <p>-Información al usuario</p> <p>-Diagnóstico social</p> <p>-Plan individual de intervención socio-médica</p> <p>-Control y seguimiento</p> <p>-Evaluación de impactos</p> <p>-Finalización del plan</p> <p>-Seguimiento de impactos post-plan</p> <p>-Post-intervención, si fuera necesaria</p>	<p>-Activación física</p> <p>-Educación para la salud</p> <p>-Orientación nutricional (preparación de dietas)</p> <p>-Culturales</p>	<p>-Grupo de ayuda a familias y allegados - Apoyo informal .</p> <p>-Grupo de ayuda mutua - por motivos de atención -</p> <p>-Grupo de voluntariado y cooperación interinstitucional</p> <p>-Grupo de capacitación de capacitadores</p>

• **Líneas de acción**

- l.1.- Normatividad y reglamentación institucional de los Servicios de Enlace.
- l.2.- Creación de los equipos locales de los Servicios de Enlace.
- l.3.- Capacitación del personal de los equipos operativos.
- l.4.- Diagnóstico local de demanda potencial, capacidad instalada e índices de cobertura.
- l.5.- Implementación de los sistemas de información y de evaluación del desempeño.
- l.6.- Programación de planes anuales de trabajo de los Servicios de Enlace y ofertas locales de intervenciones socio médicas.
- l.7.- Planeación e implementación de campañas locales de difusión sobre los Servicios de Enlace.
- l.8.- Evaluación y mejora continua del desempeño operativo:
 - Eficacia y eficiencia
 - Accesibilidad
 - Calidad técnica ⁵⁸

⁵⁸ Proyecto de Servicios de Enlace entre el área Médica y el área Social del IMSS. 2003.

3.2 Participación del Trabajador Social en el Área de Planeación y Normatividad del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2003-2006.

La participación del Trabajador Social en la planeación y normatividad dentro de las instituciones es muy importante y además conveniente, ya que como profesionistas del área social se pueden tener intervenciones tanto en la planeación, implementación y evaluación de programas o proyectos.

Durante el periodo de prestación del servicio social se realizaron diferentes actividades en el área de planeación y normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo al CELATS (Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social) se manejarán los siguientes aspectos:

1. "Período
2. Personas o actores que participaron.
3. Características del lugar
4. Objetivos del trabajo
5. Actividades realizadas
6. Evaluación General de la experiencia"⁵⁹

1. Período

El periodo de prestación del servicio social tuvo una duración de seis meses, fue del 05 de mayo al 05 de noviembre del 2003, de las 8 a las 16 horas, 8 horas diarias y a veces más.

El servicio social se realizó dentro del espacio que ocupa la División de Bienestar Social, que pertenece a la Coordinación de Prestaciones Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social, ambas ubicadas en el cuarto piso de las Oficinas Centrales en la calle de Villalongín No. 117. Colonia Anzures.

Aunque la mayor parte de las actividades del servicio social se realizaron dentro de esta área, al prestador de servicio no se le limitó el desplazamiento y el relacionarse con personal de otras áreas.

En todas las áreas que pertenecen a esta División se realizaron actividades, y el prestador de servicio tuvo relación directa con los jefes de estas áreas.

⁵⁹ Morgan, Ma. de la Luz. La Sistematización de la Práctica " Cinco Experiencias con Sectores Populares" Editorial Humanitas. 1ª. Edición. CELATS. Lima Perú 1988. Pág. 14.

2. Personas o actores que participaron

Los actores con los que el prestador de servicio tuvo la oportunidad de trabajar y de interactuar dentro del área social son:

- 1 Pasante de servicio social de Trabajo Social
- 1 Pasante de servicio social de Psicología
- 2 Médicos
- 1 Lic. en Arte Dramático
- 2 Lic. en Psicología
- 1 Lic. en derecho
- 1 Ing. Agrónomo
- 1 Contador Público
- 1 Lic. en Admón. De Empresas
- 1 Diseñador gráfico
- 1 Lic. en Administración Pública
- 1 Lic. en Educación Física
- 1 Maestro de Educación Física
- 1 Lic. en Nutrición
- 1 Técnico en Trabajo Social
- Trabajadores de base
- Trabajadores de Confianza

Todos los actores tienen una importante intervención y forman parte del equipo multidisciplinario de trabajo de la División de Bienestar Social.

También participó personal de la Dirección de Prestaciones Médicas, entre los que se encuentran:

- 3 Trabajadores Sociales (2 los trajeron de España).
- 1 Socióloga.
- Médicos
- Psicólogos

En diferentes ocasiones se incorporaron al equipo multidisciplinario de trabajo personal del área operativa, tanto del área Médica como del área Social del Instituto.

Todas las personas que participaron de alguna manera en el equipo de trabajo, son profesionales con una gran responsabilidad y compromiso con la institución, teniendo como prioridad la mejora en la atención de la salud de los derechohabientes.

3. Características del lugar

El lugar en donde se prestó el servicio social es un lugar amplio y agradable, cada una de las personas que se encuentran ahí laborando cuentan con un lugar específico y los utensilios necesarios para la realización de sus tareas y actividades diarias, el ambiente es grato y todos se tratan con respeto.

En este espacio se encuentran ubicadas el Área de Bienestar Familiar, el Área de Bienestar comunitario y el Área de Jubilaciones, todas pertenecen a la División de Bienestar Social.

4. Objetivos del Trabajo

Los objetivos fundamentales del trabajo realizado durante la prestación del servicio social en la planeación del Proyecto de Servicios de Enlace entre el área Médica y el área Social del IMSS, fueron:

- Conocer la realidad actual y las necesidades de la población derechohabiente del IMSS.
- Saber que tipos de enfermedades padecen con más frecuencia , y como han cambiado el tipo de enfermedades a través del tiempo.
- Conocer las estrategias implementadas en otros países y los impactos en salud de programas o proyectos similares.
- Proponer las actividades y las estrategias para las personas que se integren al proyecto.
- Formular las propuestas de los instrumentos que se utilizarán para la integración y la evaluación de los pacientes.
- Organizar los cursos de capacitación para el personal administrativo, directivo y operativo.
- Elaborar las guías necesarias por actividad para la capacitación.

5. Actividades Realizadas

Las actividades que se realizaron durante la prestación del servicio social fueron:

- Investigación } Bibliográfica
 } Hemerográfica
 } Virtual
 } De campo

- Enlace institucional } Instituto Nacional de Nutrición.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
Instituto Nacional de Psiquiatría.
Asociación Mexicana para la Diabetes AC.
- Coordinación de reuniones } Con el área de deportes
Con personal del área operativa
Con la Dirección de Prestaciones Médicas
Con las demás áreas de la División
- Elaboración de documentos } Formato de referencia.
Expediente socio-sanitario.
Evaluación socio-sanitaria.
Instructivos de llenado.
Carnet de Control.
Manual de Procedimientos.
Guías para la capacitación.
Cartas descriptivas por taller
- Organización de dos cursos Taller llevados a cabo en Metepec Puebla } Selección de las categorías operativas para capacitar.
Selección del personal directivo y administrativo para capacitar.
Elaboración de invitaciones.
Envío de invitaciones.
Confirmación de asistencia.
Invitaciones a ponentes.
Distribución de invitados.
Formación de grupos.
Elaboración de guías por tema.
- Evaluación de los cursos de capacitación } Evaluación de los cursos.
Evaluación de los ponentes.
Evaluación de las instalaciones y el servicio.
Evaluación de la participación.
Recepción de propuestas y sugerencias.

Todas las actividades realizadas por el prestador de servicio social en el área normativa de la institución, fueron una gran experiencia y enriquecieron los conocimientos y habilidades.

5. Evaluación General de la Experiencia

La evaluación general de esta experiencia del servicio social realizado en un área de planeación y normatividad del IMSS es:

En primera instancia el haber sido aceptada y haber tenido la ventaja de realizar el servicio social en un lugar como este, ya que es muy difícil que como pasantes se nos de la oportunidad de integrarnos a un área de planeación y a un equipo de trabajo de esta magnitud, además de realizar actividades con la responsabilidad que implica ser un integrante del equipo de trabajo del área, y de elaborar documentos institucionales que normaran el proyecto que se implementará en todas las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales y en Todas las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en toda la Republica.

En seguida, la experiencia de haber sido aceptada y reconocida como un integrante más del equipo multidisciplinario de trabajo de la División de Bienestar Social del IMSS, equipo con una gran experiencia, ya que en esta área se generan gran parte de los programas y proyectos del área social, y por consiguiente todas las funciones y actividades que esto implica.

También deja en el prestador de servicio la experiencia de haber visitado diferentes instituciones de salud, y de haber entrevistado a diferentes y reconocidos investigadores de estas instituciones, ya que la relación que existe entre la Jefa de la División de Bienestar Social del IMSS y personal de estas instituciones es muy cordial y de amistad, y es por esto que se nos dieron las facilidades de realizar estas entrevistas, para realizarlas estuve acompañada de la Psicóloga y Contadora Publica Alejandra Guerra, presentándonos siempre como representantes de la institución.

Esta experiencia deja en el prestador de servicio la satisfacción de poder contribuir de alguna manera a mejorar la calidad de la atención de los derechohabientes de la institución más grande de Seguridad Social en el país, en la cual tengo la fortuna de prestar mis servicios.

3.3 Logros Alcanzados Durante el Desarrollo del Proyecto de Servicio Social.

Los logros alcanzados durante el desarrollo del servicio social son significativos, y dejaron una gran experiencia en el prestador de servicio, los logros más relevantes son:

- Ser aceptado en el área de planeación y normatividad del IMSS, para la realización del servicio social.
- Lograr la integración, el reconocimiento y la aceptación del equipo multidisciplinario de trabajo de la División de Bienestar Social del IMSS.
- Hacer gran parte de la investigación durante el proceso de planeación del proyecto.
- Hacer vínculos con diferentes instituciones de salud.
- La elaboración de documentos institucionales que normaran el proyecto como son:
 - Formato de Referencia
 - Expediente Socio-sanitario
 - Evaluación Socio-sanitaria
 - Manual de Operaciones
 - Carnet de Control para el paciente
 - Los respectivos instructivos de llenado
 - Guías por actividad para los cursos de capacitación
- Organización de un Taller de Planeación y Evaluación (del 28 al 30 de julio 2003, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI).
- Organización de dos Talleres de Capacitación (del 24 al 28 de agosto y del 7 al 11 de septiembre del 2003, se capacitaron a 384 personas de 17 Delegaciones y 12 Estados).
- Evaluación de los cursos de capacitación.

Los logros alcanzados rebasaron los objetivos fijados originalmente, ya que varios de estos logros no estaban considerados entre los objetivos propuestos.

3.4 Valoración Inicial de Resultados del Proceso de Planeación e Intervención en el Área de Planeación.

La valoración inicial permitió redefinir el planteamiento original del proyecto, se establecieron algunas modificaciones que fueran convenientes para obtener un mayor impacto y un mayor beneficio de la población derechohabiente del IMSS.

Para realizar una valoración inicial se hará un análisis **FODA**, (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas encontradas durante el proceso de planeación y de la prestación del servicio social).

Las **fortalezas** en esta valoración son: el trabajo en equipo, la responsabilidad y el compromiso para realizar las actividades asignadas, el apoyo de la Dirección de Prestaciones Médicas, el apoyo total del Director General del IMSS el Dr. Santiago Levy, las facilidades que se dieron en las diferentes instituciones para hacer la investigación necesaria, la disponibilidad del personal para capacitarse, la elaboración a tiempo de los documentos necesarios para el proyecto.

Las **oportunidades** que se presentan en la valoración de los resultados son: contar con un equipo profesional de trabajo, tener un espacio y los utensilios necesarios para la realización del trabajo, que el equipo de trabajo tiene un objetivo en común, los enlaces institucionales con buenos resultados, el contar con las instalaciones necesarias para la capacitación del personal, contar con los espacios y el personal necesario para la implementación del proyecto, ampliar las Delegaciones y los Estados a incluir en la primera etapa del proyecto considerando no sólo los mas cercanos, sino también los más lejanos.

Las **debilidades** principales fueron: en ocasiones la falta de acuerdos entre las diferentes áreas, al principio de la planeación no se dio la importancia que tiene la alimentación de un paciente, el retraso en la contratación de una Licenciada en Nutrición, los constantes cambios que se hicieron al proyecto, los constantes cambios del personal de las diferentes áreas, posponer constantemente la fecha de implementación del proyecto.

Las **amenazas**: que en un determinado momento retiraran su apoyo tanto el área médica como el Director General, que el proyecto no se llegara a implementar, que los pacientes no pudieran terminar sus actividades por no contar con las redes de apoyo de su familia o de sus amigos. Que el personal del área operativa que falta capacitarse ya no quisiera acudir a su capacitación, así se concluye que se debe dar una continuidad a la capacitación del personal.

CAPITULO IV

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO DESARROLLADO EN EL ÁREA DE NORMATIVIDAD DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL.

4.1 Metodología Utilizada en el Programa de Servicio Social.

En cuanto a la experiencia del servicio social, es posible considerar que la metodología implementada en la División de Bienestar Social se conceptualiza como: El conjunto de métodos (etapas, fases o actividades) técnicas e instrumentos que permiten conocer una realidad e intervenir en ella. Lo anterior se fundamenta en que la metodología aplicada formalizó, guío y fundamentó la participación como prestador de servicio social.

La metodología de intervención, que recomienda Ander-Egg se desarrolla a través de los siguientes pasos:

- Investigación
- Diagnóstico
- Planeación o Programación
- Ejecución
- Evaluación

La **metodología utilizada** en el programa de servicio social, se relaciona con todos los pasos de la metodología de intervención de Trabajo Social que señala Ezequiel Ander-Egg. En esta los pasos fueron:

1. Investigación.
2. Diagnóstico situacional.
3. Análisis en relación a las acciones de Promoción de la Salud.
4. Planeación.
5. Enlace con instituciones de salud y con investigadores de las mismas.
6. Elaboración de instrumentos normativos.
7. Capacitación.
- 8.- Evaluación de la capacitación.
- 9.- Evaluación de impactos en la salud de los derechohabientes.

La metodología utilizada y la recomendada si la comparamos siguen los mismos pasos, con la diferencia que los pasos de la metodología utilizada está más desglosada.

El método utilizado es el método funcional, este método es más utilizado en sociología que en trabajo social y que de acuerdo a este método los hechos se captan a través de la noción de función.

Así mismo el **método** funcional refiere que la cultura se presenta como una realidad que satisface las necesidades del hombre y que todos los elementos sociales y culturales cumplen funciones sociológicas.

Las **etapas o fases** desarrolladas en el proceso metodológico fueron las siguientes:

- Investigación
- Planeación
- Promoción
- Capacitación
- Evaluación del proceso

A continuación se **conceptualiza los pasos de la metodología utilizada, así como: el método, las fases o etapas y las técnicas** utilizadas en el proceso metodológico

La investigación: (es un estudio social) es el aspecto básico del Trabajador Social, parte de una cuidadosa observación de los diferentes aspectos y modalidades que presenta la situación motivo de estudio.

El diagnóstico: tiene bases psicológicas y comprende los efectos y causas del problema, un diagnóstico social tiene que ser dinámico, constituir un proceso, implica una apreciación comprensiva continua y evaluativa de las reacciones del sujeto, del grupo o de la comunidad frente a su problemática y situaciones exteriores.

El análisis: es la culminación de una investigación social, son las actividades básicas y fundamentales de todo proceso investigativo. Es distinguir y separar las partes o elementos en que está constituido aquello que se quiere estudiar o se está investigando. Consiste en disociar, separar, descomponer una realidad dada (hecho, fenómeno, proceso, acontecimiento, etc.), que si bien se presenta como un todo se explica o comprende en cada uno de los elementos por separado.

La planeación: es el proceso requerido para la elaboración de un plan. Es el proceso de adopción de técnicas, apoyadas en proyecciones estadísticas, evaluaciones cuantitativas y estimaciones cualitativas para prever el futuro en función de objetivos, metas, políticas y programas establecidos.

Programación: conjunto de procedimientos y técnicas que se utilizan para racionalizar y ordenar las acciones operativas necesarias para realizar un programa, proyecto o un conjunto de actividades con vistas a alcanzar unos objetivos.

Ejecución del plan: efectuación, realización, cumplimiento, acción o efecto de ejecutar o poner en marcha un plan.

Capacitación: hacer a uno apto, habilitarle para alguna cosa, facultar o comisionar a una persona para hacer algo.

La evaluación: es una forma de investigación social aplicada, encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable datos e información suficiente en que se apoya un juicio a cerca del merito y de valor de los diferentes componentes de un programa social o sobre las prestaciones de servicios sociales y puede aplicarse tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución o a un conjunto de actividades específicas que se realizan, se han realizado o se realizarán con el propósito de producir efectos y resultados concretos.

La evaluación es la medición del desempeño de un proceso o de un programa, comparando sus objetivos con los resultados obtenidos y relacionándolos con las acciones que se realizaron para lograrlos.

Ezequiel Ander-Egg nos dice que “ **el método** es el camino a seguir mediante una serie de operaciones, reglas y procedimientos fijados de antemano, de manera voluntaria y reflexiva para alcanzar un cierto fin” ⁶⁰ .

La técnica “es un conjunto de acciones (actos técnicos) realizados conforme a reglas empíricas que se utilizan para hacer algo o para obtener un resultado determinado ” ⁶¹.

⁶⁰ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Edit. El Ateneo 1982 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 185.

⁶¹ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Edit. Lumen 1995. Buenos Aires Argentina. Pág. 285.

4.2 Fases del Proceso Metodológico del Proyecto.

Antes de conocer el proceso metodológico que se siguió para llevar a cabo la recuperación de la experiencia del servicio social, es necesario mencionar que se partió de los conocimientos teórico-prácticos adquiridos como estudiante de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Licenciatura en Trabajo Social, de tal manera que se considera para este trabajo el modelo de sistematización de CELATS (Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social), el cual señala “que una sistematización describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia de trabajo social”⁶².

En este proceso metodológico las etapas que se realizaron fueron:

1. La primera etapa se llamó de **investigación**, esta se realizó durante todo el transcurso del servicio social.

a) Las actividades principales fueron: realizar varios tipos de investigación: bibliográfica, hemerográfica, virtual y de campo. Para recopilar información para la planeación del proyecto.

b) Las técnicas que se utilizaron fueron: selección, organización, análisis y síntesis de información, enlace institucional, (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Nutrición (INN), Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), Asociación Mexicana para la Diabetes (AMD, AC). Para ordenar y clasificar la información y hacer enlaces con instituciones de salud.

c) Los Instrumentos: Fichas de trabajo, guías de análisis y entrevistas informales. Para ordenar y clasificar la información y hacer enlaces institucionales y así poder continuar con la planeación y la construcción de instrumentos.

2. La segunda etapa fue la de **planeación**, la que se considera la más importante, ya que en esta etapa se obtuvieron importantes resultados con el diseño y la elaboración de todos los documentos normativos necesarios para el proyecto.

⁶² Morgan, Ma. de la Luz. La Sistematización de la Práctica “ Cinco Experiencias con Sectores Populares” Editorial Humanitas. 1ª. Edición. CELATS. Lima Perú 1988. Pág. 14.

a) Esta etapa se caracterizó por realizar principalmente **actividades** de investigación, se diseñaron y elaboraron instrumentos de evaluación, formatos e instructivos normativos, se elaboró en gran parte el manual de procedimientos, se diseñó el proyecto de Servicio Social, cronogramas, flujo gramas, guías técnicas por actividad, cartas descriptivas y la organización de un taller de evaluación.

b) **Técnicas:** selección, revisión, análisis y síntesis de documentos; análisis del expediente socio-sanitario y formato de referencia, captura de información, elaboración de oficios e invitaciones.

c) **Instrumentos:** entrevistas informales, fichas de trabajo, guías de análisis y discusión en grupo, invitaciones a personal operativo, administrativo y directivo del área médica y del área social del IMSS..

3. La tercera etapa fue la de **promoción**, en la que se convocó a los cursos de capacitación.

a) En esta etapa las principales **actividades** fueron: convocar a los cursos de capacitación al personal administrativo(jefes delegacionales) personal directivo, (directores de unidades), personal operativo, (Orientador Técnico Médico, Trabajadores Sociales, Instructores de Educación Física, de Danza y de Arte Dramático y cocineros) al personal de Nivel Central (Jefes de Áreas, de División, Coordinadores), invitados especiales (Director del IMSS, Coordinadores Regionales).

b) **Técnicas:** seleccionar (al personal de las diferentes categorías y áreas que se capacitará), técnica de comunicación (para el envío de oficios e Invitaciones y la confirmación de asistencia a los cursos taller).

c) **Instrumentos:** fax (envío de oficios e Invitaciones), teléfono (invitaciones telefónicas), computadora (envío de invitaciones vía correo electrónico).

4. En la cuarta etapa se llevó a cabo la **capacitación** del personal que participara en el proyecto.

- a) **Funciones** principales: investigación bibliográfica, virtual y de campo, planeación, promoción y convocatoria a talleres.
- b) **Técnicas:** selección, organización, análisis y síntesis de información, enlace institucional, organización de talleres y elaboración de guías técnicas para cada taller.
- c) **Instrumentos:** fichas de trabajo, guías de análisis y entrevistas informales, invitaciones (a ponentes y a personal administrativo, directivo, operativo y área médica), teléfono (para entablar la comunicación).

Operación de los cursos de capacitación

Los cursos taller se llevaron a cabo en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en Metepec Puebla en dos etapas:

El primero se llevó a cabo del 24 al 28 de agosto del 2003 y se capacitaron a 140 personas.

El segundo se llevó a cabo del 7 al 11 de septiembre del 2003 en el que se capacitaron a 244 personas.

En los dos cursos taller se capacitaron en total a 384 personas del área administrativa y operativa de 17 delegaciones del IMSS y de 12 Estados de la República.

A estos cursos taller acudieron tanto personal administrativo como personal del área operativa, así como del área Médica como son:

Personal Administrativo de las Delegaciones del IMSS:

- Jefes de área
- Jefes de Departamento
- jefes de Oficina

Personal Operativo y Administrativo de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales:

- Directores
- Operador Técnico Médico
- Trabajadores Sociales
- Maestros de teatro

- Maestros de Baile de Salón
- Maestros de Educación Física
- Cocineros y
- Nutricionistas Dietistas

Personal del Área Médica:

- Coordinadores de Atención Médica de Primer Nivel

En estos cursos se impartieron los siguientes talleres:

- Educación para la Salud.
- Orientación Nutricional.
- Activación Física.
- Prediseño del Plan Local de Implementación de los Servicios de Enlace.
- Actividades culturales – Teatro
- Actividades culturales – Danza
- Taller de área Médica

Los talleres de este curso fueron impartidos por: Médicos, Licenciados en Educación Física Instructores de Bailes Regionales y de Bailes de Salón, Maestros de Teatro y Licenciadas en Nutrición.

Evaluación de la capacitación

En la evaluación de estos cursos taller y del personal que acudió a estos talleres, se recogieron propuestas de continuidad de estos talleres y se confirmó el interés que el personal operativo tiene por aprender para mejorar la atención de los derechohabientes.

5. La quinta y última etapa fue la de **evaluación del proceso**.

- a) Funciones** principales, supervisión del trabajo del equipo, modificación de instrumentos.
- b) Técnicas**, revisión de la información, asignación de tareas por área, análisis de propuestas de actividades para el proyecto, discusión en grupo
- c) Instrumentos**, orden del día, computadora, guías de análisis, programa de trabajo del servicio social, diario de campo.

Evaluación de impactos

Al poner en marcha la primera etapa del proyecto, se tiene contemplado beneficiar a alrededor de treinta mil derechohabientes con enfermedades crónico-degenerativas con diabetes, hipertensión arterial y sobrepeso / obesidad mayores de cuarenta años que no sean insulino-dependientes.

4.3 Explicación de los Métodos, Técnicas e Instrumentos Aplicados en el Proceso de Planeación del Proyecto Desarrollado en la División de Bienestar Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antes de hacer referencia a los **métodos**, técnicas e instrumentos aplicados en la intervención del trabajador social en la que se investigó sobre salud, promoción de la salud, educación para la salud, sobre estilos de vida, factores de riesgo, dependencia, autosuficiencia, y sobre las principales enfermedades crónico degenerativas (obesidad, hipertensión arterial y diabetes) que padece actualmente la población en general y la población derechohabiente del IMSS.

El método utilizado en el proceso de planeación es el **Método Funcional**. De acuerdo a este método los hechos se captan a través de la noción de función, así se puede decir que la tasa de crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas, están en función de los cambios en los estilos de vida, pero también en función de la morbilidad y la epidemiología y de la situación económica, en este sentido utilizando el sentido matemático.

Es un método utilizado más en Sociología, dice que la noción de función procede de las matemáticas, pero adaptada mediante la biología, en la que se hace una relación en los procesos vitales u orgánicos en cuanto contribuyen al mantenimiento del organismo humano.

“Malinowski (el padre del funcionalismo), considera que:

- La función es concebida por referencia a todo el sistema social.
- Todos los elementos sociales y culturales, cumplen funciones sociológicas.
- Estos elementos son indispensables, se puede citar el sistema concreto y científico, observar, explicar, luego el aspecto interdependiente de los factores recogidos y su vínculo con la sociedad global.

- Una definición de la “cultura”, que no se presenta como una enumeración, sino como una realidad instrumental que satisface las necesidades del hombre”⁶³.

“**Durkheim**, dice que el funcionalismo trata de explicar un fenómeno social, y se tienen que buscar separadamente la causa eficiente que lo produce y la función que desempeña, dice que la función consiste en mantener la causa preexistente de la que derivan los hechos”⁶⁴.

Se busca una causalidad de los hechos sociales y de una sociedad en desequilibrio.

Las técnicas o conjunto de acciones utilizadas en el proceso de planeación del proyecto de servicios de enlace fueron:

La observación: es la técnica que se utiliza en la vida cotidiana para adquirir conocimientos, se considera uno de los procedimientos para la recolección de datos.

La entrevista, es la técnica más utilizada en el Trabajo Social, tiene el propósito de obtener información directa del individuo de lo que se quiere investigar.

Por lo que respecta al proyecto de servicios de enlace, se utilizó la **entrevista informal** sobre todo a investigadores y profesionistas de instituciones de salud, a través de esta el Trabajador Social obtendría información sobre las investigaciones hechas por los entrevistados y sus resultados (depresión, estrés, calidad de vida, factores de riesgo nutrición, etc), y de esta manera obtener información sobre lo conveniente para el diseño y elaboración del expediente socio-sanitario y los instrumentos de evaluación que se le aplicarán al paciente.

Técnicas expositivas: estas se utilizaron en la impartición de los cursos de capacitación y talleres durante la planeación del proyecto.

Se manejaron **las técnicas grupales**, principalmente la **discusión en grupo**, para llegar a acuerdos sobre el trabajo realizado y el trabajo a realizar, **se utilizó la lluvia de ideas**, esta fue empleada en las reuniones del equipo multidisciplinario y personal de las diferentes áreas, se planeaban las actividades convenientes a realizar por los pacientes y el tiempo de

⁶³ Baena Paz Guillermina Proceso de Investigación Social. Seminario de Áreas Sustantivas de Trabajo Social, Antología . Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM. Pag. 33.

⁶⁴ IBID. Pag. 34.

duración, así como cada cuanto tiempo se evaluaría el estado de salud de los pacientes, además de que se revisaban los instrumentos elaborados, etc.

También se utilizó la técnica **de la comunicación**: a la que se considera una relación entre individuos, encaminada a la transmisión de significados, mediante el empleo del lenguaje, la mímica, los ademanes, las actitudes, etc. en las que ambas partes actúan como emisores y receptores, esta técnica fue utilizada con frecuencia por el prestador de servicio para formalizar los enlaces institucionales y las invitaciones a los cursos, además de la comunicación con el equipo y con el personal del área.

Se utilizaron diferentes técnicas de **investigación** como: la bibliográfica, la hemerográfica y la virtual, estas se utilizaron como una herramienta para saber que era exactamente lo que queríamos saber y lo que queríamos hacer durante la planeación.

Otra de las técnicas utilizadas es el **análisis de datos**: procedimiento mediante el cual se hace un examen amplio y detenido de la información y los antecedentes recopilados, con el fin de concebir una valoración y apreciación crítica de los mismos. Para realizar este análisis se hizo una selección, revisión y síntesis de la información obtenida.

Los instrumentos utilizados fueron:

Fichas de trabajo, para ordenar, clasificar, sintetizar la información

Guías de análisis, para clasificar y analizar la información obtenida durante la investigación.

Entrevistas informales, para obtener la información necesaria para el diseño y elaboración de instrumentos.

Teléfono, para hacer la gestión de los enlaces institucionales, para hacer invitaciones vía telefónica

Fax, para el envío de Oficios e Invitaciones

Computadora, para enviar invitaciones vía correo electrónico al personal operativo, administrativo, directivo, del área médica y el área social del IMSS para llevar a cabo la promoción de los cursos y talleres de capacitación.

Orden del día, para saber que puntos se iban a tratar en las reuniones y que puntos quedaban pendientes de tratar.

Diario de campo, en donde se registraban las actividades realizadas diariamente por el prestador de servicio social y que serviría de gran apoyo para la realización de este trabajo de sistematización.

Método	Técnicas	Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> • Funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • La observación • La entrevista informal • Técnicas grupales • Discusión en grupo • Técnicas de comunicación • Las expositivas • Investigación bibliográfica, hemerográfica. virtual • Análisis de datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo • Guías de análisis • Entrevistas informales • Teléfono • Fax • computadora • Orden del día • Diario de campo

4.4 Evaluación Preliminar del Desarrollo y de la Intervención en el Proyecto.

Evaluar el desarrollo del proyecto, es evaluar la intervención directa y el trabajo con un equipo multidisciplinario.

El trabajo en equipo es una experiencia que enriquece las cualidades profesionales y cualquier trabajo que se construya en conjunto.

Para poder elaborar un proyecto, primero se realizó un diagnóstico situacional de morbilidad y mortalidad de los derechohabientes del Instituto, se buscaron las causas más frecuentes de los padecimientos, de las estrategias implementadas y de los resultados obtenidos.

El proyecto de Servicios de Enlace, se basa en el Plan Institucional de Promoción de la Salud y se tomo como modelo las intervenciones socio-médicas que se han hecho en Europa.

Se intervino desde la planeación del proyecto, en la investigación de todo tipo, en enlaces institucionales, en la elaboración de documentos normativos, en donde intervinieron también otros profesionistas.

CAPITULO V

ANÁLISIS GENERAL DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO SOCIAL REALIZADO EN EL ÁREA NORMATIVA DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL DEL IMSS.

Hacer un análisis general de la experiencia del Servicio Social, es hablar de todo el trabajo efectuado durante el periodo de realización del servicio social, desde la integración al área y al equipo de trabajo, hasta la culminación, exponiendo tanto los aspectos involucrados, como los resultados obtenidos de esta experiencia.

Es significativo mencionar que en este trabajo se presentó la oportunidad de tener una trascendente intervención como profesional de Trabajo Social, ya que se caracterizó por las siguientes situaciones:

1. Participación en el diseño de documentos normativos institucionales.
2. Intervención como un integrante más del equipo multidisciplinario.
4. Modificación de algunas actividades del proyecto.
4. Realización de funciones y actividades específicas del Trabajador Social contribuyendo así:
 - Al reconocimiento y respeto hacia la profesión por profesionistas de otras áreas.
 - A mejorar la calidad de la atención de los derechohabientes del IMSS.

5.1 Análisis Relacionado con el Marco Teórico.

Para dar el primer paso de este análisis se tuvieron que analizar las fuentes bibliográficas que respaldan el derecho a la salud, a la seguridad social y a las prestaciones sociales, la cual se encuentra sustentada para los mexicanos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley Federal del Trabajo, en la Ley del Seguro Social, en las que se estipulan y determinan los derechos y además las obligaciones para tener acceso a los servicios de salud y seguridad social que prestan diferentes instituciones.

De acuerdo al marco teórico y conceptual que se manejó durante la prestación del servicio social se presenta lo siguiente:

Concepto		Experiencia del servicio social
Salud	Producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales, es el resultado de las relaciones sociales y esta establecida por un proceso histórico del cual es una de sus expresiones más importantes OMS.	Es el objetivo que tienen las instituciones de salud y de Seguridad Social, para que un individuo pueda decir que se halla en buen estado de salud, debe de encontrarse en buen estado físico y mental pero también no tener problemas económicos y sociales, actualmente en el IMSS, está siendo reconocida la importancia que tiene lo social para que un derechohabiente pueda tener una buena salud.
Promoción de la salud	Proceso que permite a las personas adquirir mayor autonomía y control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla, en el marco de sus condiciones sociales económicas y del entorno.	Es necesario implementarla en los programas relacionados con la salud, ya que por medio de este proceso el individuo debe adquirir una independencia y debe hacerse responsable de su propia salud para mejorarla.
Educación para la salud	Conjunto de acciones dirigidas a que individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud y participar en forma activa y eficiente en el manejo de los daños a la salud.	Un individuo permite que se le eduque para adquirir los conocimientos que necesita cuando se trata de mejorar su estado de salud. Esto se ha comprobado con la implementación de programas que el IMSS dirige a su población derechohabiente.

Concepto		Experiencia del servicio social
Estilo de vida	Conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto modo de control.	Un individuo es libre de tomar sus propias decisiones sobre modificar o seguir con ciertos estilos de vida que pueden mejorar o empeorar su estado de salud.
Factor de riesgo	Característica, signo, síntoma o resultado de una prueba, asociado con el aumento de probabilidades de desarrollar un problema de salud.	Los factores de riesgo están asociados directamente al padecimiento de una enfermedad, pero es posible que se pueden modificar para reducir las probabilidad de un padecimiento.
Calidad de vida	Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.	Todas las estrategias y actividades del proyecto, están encaminadas a mejorar la calidad de vida de los derechohabientes.
Grupo de autoayuda	Son grupos pequeños, voluntarios y estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico, estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar problemas y conseguir cambios sociales y/o personales.	Cuando se trata de transmitir las experiencias individuales o grupales los grupos de autoayuda son grupos que funcionan, porque tienen objetivos y propósitos comunes, por medio de estos objetivos se logran cambios individuales o colectivos.
Programa	Hace referencia a una constelación de proyectos relacionados o coordinados entre sí.	El programa institucional de Promoción y Educación para la salud, además de incluir al proyecto de Servicios de Enlace entre el Área Médica y el Área Social del IMSS, también se relaciona y se apoyará con el proyecto denominado PREVENIMSS, dirigido a prevenir y mejorar el estado de salud de los derechohabientes de todas las edades.

5.2 Análisis Relacionado con la Planeación y Desarrollo del Proyecto.

Servicios de Enlace es el primer proyecto derivado del Plan Estratégico de Promoción de la Salud, se trata del Plan que incluirá diferentes proyectos en los que se buscarán estrategias institucionales para mejorar la calidad de la atención de los derechohabientes.

Para la planificación del proyecto, el equipo técnico institucional de Servicios de Enlace realizó un análisis situacional previo e independiente por cada una de las direcciones Médica y Social del IMSS, para después encontrar los puntos de coincidencia y reconocimiento.

Como resultado de un análisis situacional, se determinó la importancia de integrar el **área social** en la atención a padecimientos crónico-degenerativos como : Diabetes, Hipertensión y Obesidad.

En la fase de **Planeación** como prestador de servicio social se retoman los siguientes aspectos:

► Trabajo Multidisciplinario

- Médicos
- Psicólogos
- Sociólogos
- Lic. En Derecho
- Lic. En Admón. de Empresas
- Lic. En Admón. Pública
- Lic. En Nutrición
- Lic. En Educación Física
- Lic. En Arte Dramático
- Contador Público
- Ingeniero Agrónomo

Reuniones periódicas para planear las actividades del proyecto.

Trabajo conjunto para revisión de los documentos normativos elaborados.

Trabajo en equipo para la organización de los cursos taller.

► Diseño de instrumentos

- Formato de referencia
- Expediente Socio-Sanitario
- Evaluación Socio-Sanitaria
- Carnet de Control para el paciente
- Manual de Operaciones y Procedimientos
- Guías por tema para la capacitación

► **Enlace institucional**

- El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- El Instituto Nacional de Psiquiatría
- El Instituto Nacional de Nutrición
- La Asociación Mexicana para la Diabetes A.C.

► **Dentro de la fase de Planeación, primera etapa de Capacitación.**

- Selección del personal que debía capacitarse y confirmación de asistencia
- Organización de los cursos taller
- Realización de invitaciones vía fax, vía telefónica o personalmente
- Invitaciones de ponentes
- Invitaciones a autoridades institucionales
- Elaboración de cartas descriptivas
- Elaboración de las guías correspondientes a cada tema:
 - Guía didáctica de educación para la salud
 - Guía didáctica de nutrición para pacientes diabéticos, hipertensos y obesos
 - Guía didáctica para teatro
 - Guía didáctica para Baile de Salón
 - Guía Técnica de Actividad Física para pacientes con Hipertensión Arterial
 - Guía Técnica de Actividad Física para Pacientes con Diabetes Tipo 2
 - Guía Didáctica de Actividad Física para Pacientes con Sobrepeso y Obesidad.

► **Logros obtenidos**

- La integración total del prestador de servicio social al equipo multidisciplinario.
- El reconocimiento a la profesión por profesionistas de otras áreas.
- La elaboración de los documentos normativos para el proyecto.
- Modificación de algunas actividades del proyecto.
- Evaluación de los dos cursos taller.

► **Aportes**

- Todo el trabajo realizado durante la prestación del servicio social, servirá para mejorar la atención de los derechohabientes del IMSS que se integren al proyecto.
- Con la implementación de la primera etapa del proyecto se beneficiará a alrededor de 30 mil derechohabientes con enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes, hipertensión arterial y obesidad.

5.3 Análisis Relacionado con la Metodología Utilizada en el Área Normativa, en Acciones de Educación para la Salud.

De toda metodología debe hacerse un análisis, sobre todo para saber si lo que se está realizando es lo conveniente, en este caso se hace un análisis al trabajo en conjunto entre el área médica y el área social del IMSS, ya que ambas áreas se consideran en este momento un complemento una de la otra para beneficio de la salud de cada uno de sus derechohabientes.

En este análisis se tomaron en cuenta cuatro etapas fundamentales, mismas que se mencionaran de manera general:

1. Acuerdos entre las Direcciones de Prestaciones Médicas y la de Prestaciones Económicas y Sociales para realizar un trabajo en conjunto.
2. Trabajo en equipo en los que colaboraron profesionistas de las dos Direcciones mencionadas, proponiendo cada una la forma de trabajo y las actividades que se incluirían en el proyecto.
3. Elaboración de todos los instrumentos normativos necesarios.
4. Capacitación de 384 personas de 46 Unidades Operativas de Prestaciones Sociales de 12 Estados de la República. Cabe mencionar que el personal capacitado pertenece tanto al área operativa, como administrativa y directiva, así como al área médica del primer nivel de atención de 17 delegaciones del IMSS.

Las etapas que se desarrollaron fueron:

- Investigación
- Planeación
- Promoción
- Capacitación
- Evaluación del proceso

Las etapas se presentan de esta manera para seguir un orden del proceso metodológico desarrollado, proceso que permitió y rebasó el cumplimiento de los objetivos planteados.

Este análisis permite conocer la utilidad del trabajo en conjunto y además con un equipo multidisciplinario en el que se integraron profesionistas tanto del área médica como del área social, esta última fue la que asumió más cargas de trabajo, ya que fue donde se originó la idea del proyecto.

Los **beneficiados** serán directamente los derechohabientes que padezcan enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, obesidad e hipertensión, y la institución porque podrá mejorar la calidad de atención de los pacientes.

De acuerdo a los antecedentes institucionales, esta es la primera ocasión en que ambas Direcciones (Médica y Social) acuerdan y aceptan un trabajo conjunto, sobre todo cuando la idea nace precisamente del Área Social, el Área Médica reconoce que este trabajo puede traer a los derechohabientes del instituto grandes beneficios, pero a la vez relacionándolo con la nueva forma de entender el concepto de salud. Este proyecto beneficiará alrededor de 30 mil derechohabientes con los padecimientos ya mencionados.

En relación al equipo multidisciplinario, las aportaciones de las diferentes áreas todas fueron en el mismo sentido, contribuir a mejorar la salud de los derechohabientes.

Actividades propuestas y acordadas durante este proceso:

Actividades	{	1.- Educación para La salud	}	Tres veces por semana
		2.- Teatro Popular		
		3.- Baile de Salón		
		4.- Orientación Nutricional		Dos horas como mínimo
		5.- Activación Física		
Resultados	{	Se conocerán en un periodo de un año	}	Estimación de Impactos en la salud de los pacientes que participaron

Para la capacitación se acordó que cada una de las áreas elaborara una guía técnica por cada una de las actividades, además se tomó en cuenta a las categorías del área social que serán las que tendrán más la responsabilidad y el contacto con los pacientes que se atenderán, al mismo tiempo este mismo personal ya capacitado se encargará de capacitar al personal que todavía no esté preparado de los mismos centros de trabajo o de otros.

Durante el proceso metodológico se realizaron diferentes fases como: la de investigación, de planeación, de promoción, de capacitación y la evaluación del proceso, se organizó un taller con personal del área operativa y del área normativa, en este taller se recibieron propuestas que sirvieron para enriquecer el contenido de los instrumentos que se elaboraron. Además se realizaron visitas a distintas instituciones de salud, de las entrevistas que se realizaron se tomaron en cuenta algunas recomendaciones de investigadores relacionados con lo social.

5.4 En Relación a la Integración del Trabajador Social con el Equipo Multidisciplinario.

La integración del prestador de servicio de Trabajo Social se puede decir que fue totalmente aceptada desde el primer momento por el gran equipo de profesionistas de la División de Bienestar Social.

Es preciso comentar que la División brindó todas la facilidades y la confianza para la realización de las tareas del prestador de servicio, teniendo la oportunidad de corresponder con responsabilidad, trabajo e iniciativa del Trabajador Social.

Es necesario explicar que este equipo de trabajo está compuesto por profesionistas de diferentes áreas y que el prestador de servicio fue el único profesionista de Trabajo Social que se integró al equipo, lo que hace más importante la participación asumiéndola con una mayor responsabilidad.

En este periodo el prestador de servicio social participó en diferentes actividades como: reuniones con las áreas que pertenecen a la División de Bienestar Social, la de Bienestar comunitario y Bienestar familiar, así como con el área de deportes que pertenece a otra División además de hacer enlaces con otras instituciones de salud y con investigadores de estas.

Así mismo el prestador de servicio tuvo una importante participación en la elaboración de documentos normativos institucionales que se utilizaran para el proyecto de servicios de enlace como: el expediente socio-sanitario y de los instrumentos de evaluación para los pacientes que se integren al proyecto, evaluación de la calidad de vida, evaluación funcional de dependencia y autosuficiencia, de relaciones familiares y comunitarias, de evaluación psicológica, de factores de riesgo, recursos sociales y socio-económicos, del uso del tiempo libre y la evaluación del estado de estrés, así mismo se elaboraron la hoja de referencia y todos los instructivos de llenado.

La importancia de la participación del prestador de servicio de Trabajo Social especialmente en la construcción de todos los instrumentos se relaciona con que será precisamente Trabajo Social de la Unidades de Medicina Familiar y de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales quienes tendrán el manejo de estos documentos.

Al mismo tiempo el prestador de servicio social participó con el equipo en la elaboración del manual de procedimientos para el proyecto y en la construcción de una guía técnica de nutrición que será utilizada para los cursos taller.

El prestador de servicio también participó en la organización de dos cursos taller para la primera etapa de capacitación del personal administrativo y operativo de 17 Delegaciones del IMSS y 46 Unidades Operativas de Prestaciones Sociales.

En esta primera etapa se capacitaron a 384 personas de diferentes categorías como: Jefes de Áreas, Jefes de Departamento y Jefes de Oficina, Directores de Unidades Operativas de Prestaciones Sociales y a Coordinadores de Atención Médica de Primer Nivel, (personal administrativo). Operadores Técnico Médico, Trabajadores Sociales, Maestros de teatro, de Baile de Salón de Educación Física y Cocineros, (personal operativo).

Finalmente el prestador de servicio hizo la evaluación de los dos cursos taller en los que se recibieron propuestas de organización de talleres complementarios. En estos talleres la encargada de comentar sobre los instrumentos para la implementación del Proyecto de Servicios de Enlace fue la Jefe de la División de Bienestar Social la Dra. Lilia Monroy Ramírez de Arellano.

El trabajo y la participación del prestador de servicio social en este proceso fue reconocida incluso por la misma Jefe de División y el equipo manifestó su total satisfacción y reconocimiento por el trabajo realizado.

PRODUCTOS OBTENIDOS

Como productos obtenidos durante la prestación del servicio social dentro del área de planeación y normatividad en el área social del IMSS, se presentan los instrumentos y documentos que se elaboraron.

Estos instrumentos y documentos normativos, los manejará sobre todo Trabajo Social. Se construyeron con el fin de facilitar la elaboración de un diagnóstico y proponer una intervención para mejorar el estado de salud de los pacientes que se integren al proyecto.

De cada uno de estos documentos se elaboró el instructivo de llenado por cada punto, se estructuró también el manual de procedimientos y las guías por cada uno de los temas para la capacitación del personal. En este caso a la prestadora de servicio le toco trabajar en la elaboración de la guía de nutrición.

LAS APORTACIONES PARA EL PROYECTO DE SERVICIOS DE ENLACE, SON LOS PRODUCTOS OBTENIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL Y ES LA APORTACIÓN QUE EL PRESTADOR DE SERVICIO HACE A LA INSTITUCIÓN.

PRODUCTO NÚMERO 1

“FORMATO DE REFERENCIA”

SERÁ EL PRIMER DOCUMENTO DEL PROYECTO QUE SERÁ MANEJADO POR EL MÉDICO Y TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y EN LA UNIDAD OPERATIVA DE PRESTACIONES SOCIALES.

ESTE DOCUMENTO CONTENDRÁ LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE Y EL TIPO DE PADECIMIENTO, ASÍ MISMO LOS ANTECEDENTES MÁS RELEVANTES TANTO MÉDICO COMO SOCIAL, SERVIRÁ AL MISMO TIEMPO COMO PASE DE ENVÍO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A LA UNIDAD OPERATIVA DE PRESTACIONES SOCIALES.

14. OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES DEL MÉDICO:

15. NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:

IV. OBSERVACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA UMF

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DEL T. S.:

PERSPECTIVAS DE INTEGRACIÓN AL PROGRAMA:

NOMBRE DEL FAMILIAR DE APOYO:

DOMICILIO: TELÉFONO: PARENTESCO:

REFERENCIA A UOPS:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

HORARIO DE SERVICIO:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL O PERSONAL DE LA UMF QUE REFIERE

PARA REQUISITAR POR UOPS

V. RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD OPERATIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL U ORIENTADOR TÉCNICO MÉDICO:

OBSERVACIONES DEL TS U OTM (ENTREVISTA DE RECEPCIÓN):

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES, MATERIALES, HORARIOS Y GESTIONES PARA SU INSCRIPCIÓN:

OTRAS:

FECHA DE RECEPCIÓN: ____ / ____ / ____

FECHA DE TÉRMINO: ____ / ____ / ____

OBSERVACIONES:

PRODUCTO NÚMERO 2

“EXPEDIENTE SOCIO-SANITARIO”

ESTE DOCUMENTO LO MANEJARÁ EL TRABAJADOR SOCIAL O EL OPERADOR TÉCNICO MÉDICO DE LA UNIDAD OPERATIVA DE PRESTACIONES SOCIALES.

SERVIRÁ PARA QUE DE MANERA RÁPIDA SE PUEDA IDENTIFICAR A UN PACIENTE, TENER SUS DATOS GENERALES Y SABER SU ESTADO GENERAL.

FACTORES DE RIESGO

Modelos de consumo

Alcohol: Sí No Frecuencia: _____ No. de copas: _____

Tabaco: Sí No Temporalidad: _____ No. de cigarros: _____

Tranquilizantes o estimulantes: Sí No Tipo: _____

Riesgos Ocupacionales

Estrés: Leve Moderado Severo Probabilidad de accidente o enfermedad: _____

Inherentes al Ocio

Escape a la monotonía Participación emocional Participación activa Participación creativa

ACTIVIDADES FÍSICAS

Realiza: Sí No Cual: _____ Motivo: _____

RECURSOS SOCIALES

Grado de dependencia: Total Grave Moderada Leve Independiente

Red de apoyo: Familiar Sí No Otros: Sí No

Recursos Psico-Afectivos:

Depresión: Normal Leve Establecida

ESTADO NUTRICIONAL

Cuántas comidas realiza al día Una Dos Tres Más de tres

Ha llevado o lleva actualmente una dieta especial Si No

De acuerdo a su padecimiento, sabe que alimentos puede consumir y cuales no Si No

Sabe cuántas calorías puede consumir durante el día Si No

DIAGNÓSTICO SOCIAL

- 1.-Condiciones generales del paciente: _____

2. Situación familiar y redes de apoyo: _____

3. Factores de riesgo: _____

4. Situación económica: _____

5. Dependencia y autonomía: _____

6. Estado Psico-Afectivo: _____

7. Estado Nutricional: _____

8. Actividad Física: _____

10. Calidad de vida: _____

11. Observaciones: _____

PLAN INDIVIDUAL DE INTERVENCIÓN

Intervenciones grupales

Actividad Física

Orientación Nutricional

Educación Para la Salud

Actividades Culturales

2 veces por semana

3 veces por semana

Intervenciones Comunitarias

Incorporación a grupos de ayuda a familias

Integración a grupos de ayuda mutua

Incorporación a grupos de voluntariado

Integración a grupos de capacitación a capacitadores

PRODUCTO NÚMERO 3

“EVALUACIÓN SOCIO-SANITARIA”

LA EVALUACIÓN SOCIO-SANITARIA, CUENTA CON UNA FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SABER: LOS HÁBITOS Y COSTUMBRES DE LOS PACIENTES, LOS RECURSOS ECONÓMICOS Y SOCIALES CON LOS QUE CUENTA Y LOS FACTORES QUE PONEN EN RIESGO SU SALUD, ASÍ COMO DEL ESTADO DE: DEPENDENCIA O AUTOSUFICIENCIA, PSICOLÓGICO, DE ESTRÉS Y DE DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO LIBRE, AL MISMO TIEMPO SERVIRÁN PARA HACER UN SEGUIMIENTO Y SERCIORARSE DE SI HAY MEJORA O IMPACTOS EN SU ESTADO DE SALUD.

ESTOS DOCUMENTOS SERAN MANEJADOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL O EL OPERADOR TÉCNICO MÉDICO DE LA UNIDAD OPERATIVA DE PRESTACIONES SOCIALES, AL RECIBIR AL PACIENTE.

EVALUACIÓN SOCIO-SANITARIA

No. de Expediente:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____	Fecha de ingreso: <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td colspan="4">Año</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Día	Mes	Año											
Calidad Jurídica: Asegurado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>												
No. de Afiliación: <input type="text"/>	U. M. F.: <input type="text"/> Consultorio: ___ Turno: M V												
C.U.R.P.: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>												
Centro de trabajo: _____	Puesto: _____ Horario: _____												
Fecha de Nacimiento: ___/___/___	Lugar de Nacimiento: _____												
Domicilio: _____													
Municipio/ Delegación: _____	Estado: _____ Tel.: _____												

DATOS GENERALES

- Estado civil**
Soltero /a Casado /a Separado /a o Divorciado /a Viudo /a
- Escolaridad**
No sabe leer Sin estudios, sabe leer y escribir Primaria Secundaria
Bachillerato/ Carrera técnica Licenciatura Postgrado
- ¿En cuál de estas situaciones se encuentra?**
Trabaja Labores en casa Jubilado Desempleado
Estudiante
- Indique cual es su ocupación**

RECURSOS SOCIO-ECONÓMICOS

- ¿En promedio a cuanto asciende sus gastos mensuales? \$** _____
- ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales? \$** _____
- ¿Quién contribuye para solventar sus gastos?** _____
- ¿Con cuánto contribuye cada mes? \$** _____
- Considera que su situación económica es:**
Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
- Su tipo de vivienda es**
a) Urbana Rural
b) Aislada Céntrica
- Su vivienda es:**
Propia Rentada Prestada Gratuita

12. ¿Dispone de los siguientes servicios?

Electricidad Gas Agua potable Drenaje

13. Las condiciones higiénicas de su vivienda son:

Buenas Regulares Malas

14. Las condiciones de su vivienda son:

Buenas Regulares Malas

15. ¿En cuánto tiempo se traslada de su domicilio a la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales? _____

16. ¿Cuánto considera que gastaría en trasladarse a la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales? \$ _____

FACTORES DE RIESGO ADICIONALES AL DAÑO ASOCIADOS A MODELOS DE CONSUMO

17. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?

Nunca (Pasar a 19) Una vez al mes Dos o cuatro veces al mes
Dos o tres veces por semana Cuatro o más veces por semana

18. ¿Cuántas copas se toma en un día común de los que bebe?

Una o dos Tres o cuatro Cinco o seis Siete o nueve Diez o más

19. ¿Usted fuma?

Si No (Pasar a 22)

20. ¿Desde cuándo?

21. ¿Cuánto cigarros fuma al día?

1 a 3 4 a 10 11 a 20 Más de 20

22. ¿Hace usted uso de tranquilizantes o estimulantes?

Si No (Pasar a 25)

23. ¿Cuales?

24. ¿Por qué motivo?

Prescripción médica Automedicación

RECURSOS SOCIALES

25. Condición habitacional actual: ¿con quién vive usted?

Vive solo Vive con sus familiares (Pasar a 27) Vive con cónyuge o pareja
 Vive con amigos (Pasar a 27) Vive en un albergue privado o público

26. Si no vive con su familia. ¿cuántas veces al mes ve a sus familiares?

No los ve 1 vez 2 a 5 veces 6 a 10 veces Más de 10 veces

27. ¿Cómo es la convivencia con su familia?

Muy buena Buena Regular Mala No hay

28. ¿Cuántos hijos tiene?(Mencionar edad y sexo)

Ninguno

Edad	Sexo		Edad	Sexo		Edad	Sexo		Edad	Sexo	
	F	M		F	M		F	M		F	M

29. En la semana ¿con cuántos amigos(as) conversa?

Ninguno/ a (Pasar a 33) 1 a 2 amigos/ as 3 a 5 amigos/ as
 De 6 a 10 amigos/ as Más de 10 amigos/ as

30. De esos amigos, ¿cuántos se conocen entre ellos?

Ninguno 1 a 2 personas 3 a 5 personas 6 a 10 personas más de 10 personas Todas

31. ¿Siente que sus amigos lo aprecian y quieren?

No Sí

32. ¿Realiza actividades físicas, recreativas o laborales con sus amigos (jardinería, paseos, juegos de azar, etc.)?

Casi a diario Al menos una vez a la semana Al menos una vez al mes Nunca

33. Si usted estuviera enfermo o incapacitado ¿tendría alguien que le ayudara en todo lo que necesitara?

Sí No (Pasar a 35) No sé (Pasar a 35)

34. ¿Qué relación tiene con esa persona?

Cónyuge o pareja Hijo /a Otro familiar Amigo/a Otros

35. ¿Cómo considera la relación con sus vecinos?

Ninguna Mala Regular Buena Excelente

36. ¿En cuál o cuáles de las siguientes ocupaciones suele emplear su tiempo libre?

Estar con la familia/ con amigos Ir a bailar/ al cine/ al teatro Viajar/ hacer turismo

Hacer deporte/ salir al campo/ ir de excursión/ pasear Ir a reuniones/ ir a alguna asociación o club

Ver la televisión/ leer libros, revistas/ oír la radio/ escuchar música

Hacer trabajos manuales/ ocuparse del jardín/ tocar algún instrumento/ ir de compras

Otras _____

ACTIVIDAD FÍSICA

37. ¿Práctica o practicó algún deporte o actividad física por un año o más?

SI

NO (Pasar a 40)

38. Indicar cuál y por cuánto tiempo

39. ¿Podría decirnos por qué motivos principalmente practica y/ o practicaba ese deporte o actividad física?

Por mantener o mejorar la salud Por diversión Por relacionarse Porque le gusta
Por la competencia Otras razones _____

40. ¿Podría indicarnos por qué no ha practicado ni practica ningún deporte o actividad física?

No me gusta Por la edad Por motivos de salud No tengo habilidades
No le veo utilidad No tengo tiempo Por falta de instalaciones deportivas Por pereza o desgano
Salgo muy cansado del trabajo o del estudio Otras razones _____

41. ¿Considera importante para su vida la realización de actividad física?

SI

NO

DIAGNÓSTICO SOCIAL

1. Condiciones generales del paciente: _____

2. Condiciones familiares: _____

3. Factores de riesgo: _____

4. Situación económica _____

5. Dependencia y autonomía _____

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN DEL T.S. U OTM.

PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO

EVALUACIÓN 1er TRIMESTRE

EVALUACIÓN 2º TRIMESTRE

EVALUACIÓN 3er TRIMESTRE

EVALUACIÓN FINAL

PARA COMPLETAR LOS INSTRUMENTOS QUE INTEGRAN LA EVALUACIÓN SOCIO-SANITARIA QUE SERVIRÁ PARA HACER UNA EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE SE INTEGREN AL PROYECTO, SE INTEGRARON INSTRUMENTOS QUE YA ESTAN VALIDADOS, PERO QUE SERAN DE GRAN APOYO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS.

ESTOS INSTRUMENTOS SON:

1. Para la **evaluación psicológica** de los pacientes se integra la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage** (VERSIÓN REDUCIDA).
2. Para la **Evaluación Funcional** de los pacientes se integra el **Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria**
3. Para saber **en que utiliza su tiempo libre** un paciente se integra la **Conceptualización de "Nash" en el Uso del Tiempo Libre**
4. Para saber en que grado de **Estrés** se encuentra un paciente se integró un **cuestionario validado para medir el estrés** de acuerdo a los acontecimientos experimentados el año pasado en la vida de un paciente.
5. para saber cuales son los hábitos alimenticios de cada paciente, se incluye un **Cuestionario sobre hábitos de alimentación.**

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (VERSIÓN REDUCIDA)

Ítem	Pregunta	Respuesta	
		SI	NO
1.	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5.	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
6.	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7.	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	0	1
8.	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	1	0
9.	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10.	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	1	0
11.	¿Cree que es agradable estar vivo?	0	1
12.	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	1	0
13.	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14.	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	1	0
15.	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	1	0

Suma Total

ESCALA DE CALIFICACIÓN	Puntuación	Diagnóstico		
	Puntuación total de 0-5	Normal		
	Puntuación total de 6-9	Depresión leve		
	Puntuación mayor a 10	Depresión establecida		

EVALUACIÓN FUNCIONAL
ÍNDICE DE BARTHEL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Item	Situación del paciente	Ptos.
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposición (Valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente episodio de incontinencia, o ayuda para supositorios	5
	Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario de incontinencia, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

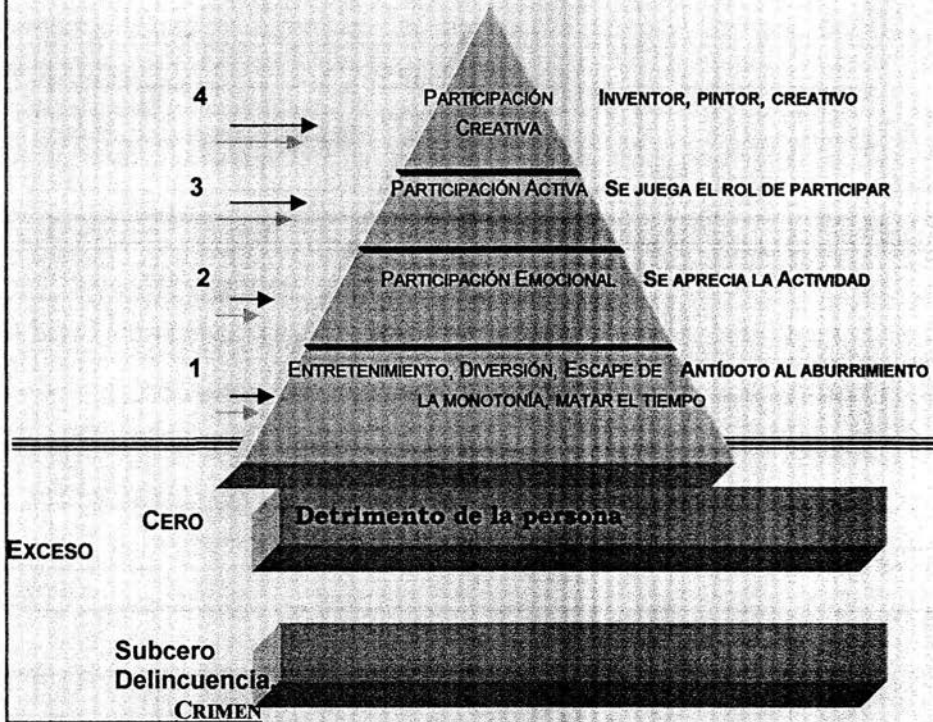
Suma Total

ESCALA DE CALIFICACIÓN Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	Puntuación	Grado de dependencia	Dx
	Puntuación menor de 20	Total	
	Puntuación de 20-35	Grave	
	Puntuación de 40-55	Moderado	
	Puntuación menor o igual a 60	Leve	
	Puntuación de 100	Independiente	

CONCEPTUALIZACIÓN DE "NASH" EN EL USO DEL TIEMPO LIBRE

Del siguiente bloque de actividades elija el que mejor describa las que realiza en su tiempo libre:

1	2	3	4
Ver televisión, escuchar radio, hablar por teléfono, dormir, visitar centros comerciales.	Ir al cine, visitar museos, asistir a eventos deportivos, ir al teatro o conciertos.	Participar en clubes deportivos, de baile; pertenecer a un grupo de teatro popular, asiste con amigos a jugar juegos de salón.	Escribe poesía, novela, cuentos; pintura artística, decoración, manualidades, dibujo, escultura, composición musical.



ESTRÉS

Instrucciones: Marque con una "X" cada acontecimiento que haya experimentado el año pasado y luego sume los valores correspondientes.

Item	Situación del paciente	Puntos
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65
4	Cárcel	63
5	Muerte de un familiar o ser querido	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Pérdida del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Enfermedad de familiar cercano	44
12	Embarazo	40
13	Hijo (a) que se va del hogar	39
14	Dificultades sexuales (impotencia, trastornos eyaculatorios, anorgasmia, fobias, crisis de identidad sexual)	39
15	Un nuevo miembro en la familia	39
16	Reajuste en los negocios	39
17	Cambio de status financiero	38
18	Muerte de un amigo íntimo	37
19	Cambio de trabajo	36
20	Aumento de las discusiones conyugales	35
21	Hipoteca o préstamo superior a un millón de pesos	31
22	Término de hipoteca o préstamo	30
23	Cambio de responsabilidades	29
24	Cambio de escuela	29
25	Problemas con parientes políticos	29
26	Logro personal extraordinario	28
27	La esposa empieza o deja de trabajar	26
28	Comienzo o final de los estudios	26
29	Cambio en las condiciones de vida	25
30	Revisión de los hábitos personales	24
31	Problemas con el jefe	23
32	Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
33	Cambio de domicilio	20
34	Cambio en actividades recreativas	19
35	Cambio en actividades religiosas	19
36	Cambio en actividades sociales	18
		111

37	Hipoteca o préstamo de menos de un millón de pesos	17
38	Cambio en el horario de dormir	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Pequeñas infracciones a la ley	11

Suma total

ESCALA DE CALIFICACIÓN	Puntuación	Magnitud del Estrés	Prob. de accidente o enfermedad	Dx.
	Arriba de 150 puntos	Leve	37%	
	Arriba de 200 puntos	Moderada	51%	
	Arriba de 300 puntos	Severa	79%	

Además de los productos anteriores se plantean las siguientes **recomendaciones** para mejorar la intervención de Trabajo Social dentro del área social del IMSS, tanto en lo **normativo** como en lo **operativo**.

▶ **Identificar funciones y problemáticas del personal de Trabajo Social de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (CSS.)**

▶ **Analizar las normas de operación de Trabajo Social.**

▶ **Participar en propuestas de elaboración y establecimiento de nuevas normas.**

▶ **Intervención profesional en los proyectos que se generen dentro del área.**

▶ **Participación en acciones comunitarias.**

▶ **Crear un área de Trabajo Social**, para que trabajo social de todas las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales tenga un área en donde dirigir sus comentarios, sus dudas o sus propuestas, sabiendo que van a tener una respuesta, ya que en esa área existirán profesionistas con su mismo perfil profesional que los atenderá y les dará una respuesta.

▶ **Se Propone el diseño de un modelo de Trabajo Social** que sea específico para el área social de IMSS, tanto para el área administrativa y normativa como para el área operativa de Prestaciones Sociales, esto para apoyar la recomendación anterior.

CONCLUSIONES

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el Programa que se denomina "Estrategia Institucional de Promoción de la Salud 2002-2006" incluye actividades específicas a Trabajo Social como parte de un equipo multidisciplinario, de este programa, se derivan diferentes proyectos, uno de estos es el denominado "Servicios de Enlace", y es en la planeación de este proyecto en el que el prestador de servicio social tuvo una importante intervención.

En las actividades realizadas para la planeación del proyecto de "Servicios de Enlace" el prestador de servicio social trabajó con un equipo multidisciplinario, que pertenece al área social del IMSS, en el que él tuvo su intervención dentro del área normativa en el diseño y elaboración de documentos institucionales que normarán el proyecto.

En la actualidad, la medicina no sólo debe manejarse de forma curativa, sino que es necesario hacer conciencia de la importancia de la prevención, para poder evitar que las enfermedades sigan teniendo un aumento significativo.

Es por esto que las instituciones de salud han implementado acciones de promoción y educación para la salud, en la implementación de estas acciones el IMSS ha sido pionero, y Trabajo Social tiene un papel muy importante, ya que puede intervenir en todo el proceso de planeación de un programa o proyecto, desde su planeación, hasta su evaluación, pasando por, la investigación social o de salud, la capacitación, y la implementación.

Es fundamental la participación de Trabajo Social en todas las áreas del desarrollo humano, en especial en el ámbito de la salud, ya que para tener una buena salud el aspecto social es tanto o más importante que el aspecto médico o el aspecto biológico, considerando a la salud como un producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales.

Con respecto al fenómeno de transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, Trabajo Social puede desempeñar un papel importante como educador, considerando que es necesario educar a la población en lo referente a su salud, para poder hacer conciencia de que estas enfermedades se pueden prevenir, modificando patrones de conducta y cambiando estilos de vida, evitando factores de riesgo y adoptando comportamientos de salud más positivos.

Las aportaciones del profesional de trabajo social están siempre encaminadas al beneficio de los individuos. En el caso del prestador de servicio social, el trabajo que realizó sirvió para hacer algunas aportaciones para mejorar la calidad de la atención de los derechohabientes del IMSS, sobre todo para los pacientes que se integren en el proyecto arriba mencionado y que padezcan enfermedades crónico degenerativas como Diabetes, Hipertensión Arterial y Obesidad.

Las aportaciones que se hacen son los productos obtenidos durante la prestación del servicio social en el área de planeación y normatividad de la División de Bienestar Social del IMSS, y son: el Formato de Referencia, el Expediente Socio-sanitario y la Evaluación Socio-sanitaria, una propuesta de carnet de control para el paciente, el manual de procedimientos para el proyecto, los instructivos de llenado de estos documentos y una guía de nutrición para pacientes diabéticos, hipertensos y obesos.

Una sistematización describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia. Sistematizar, es otra de las habilidades que un Trabajador Social desarrolla, sobre todo durante los últimos semestres de la carrera.

Plasmar en un documento la recuperación de la experiencia en un trabajo de sistematización, implica que el prestador de servicio social pueda aplicar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la formación académica.

La sistematización de esta experiencia, dejó en el Trabajador Social conocimientos y experiencias nuevas y una sensibilidad al reconocer que los retos superados hacen más fuertes al ser humano, ya que el trabajo con el equipo multidisciplinario de la División de Bienestar Social fue una pauta de reconocimiento a la profesión.

ANEXOS

GLOSARIO

Acondicionamiento Físico.- Grado de desarrollo de las cualidades motrices alcanzado en la práctica sistemática del ejercicio físico.

Actividad Física.- Movimiento corporal voluntario y regulado, producido por los músculos esqueléticos, que consume cierta cantidad de energía.

Actividad: Es un conjunto de operaciones y tareas que se realizan con un propósito común. (un proyecto está integrado por actividades).

Autoayuda: Todas aquellas medidas llevadas a cabo por no profesionales, para promover, mantener o restaurar el estado de salud de una comunidad.

Calidad de vida: Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

Calidad de la atención médica: Consiste en otorgar ala paciente los mayores beneficios posibles con los menos riesgos y a un costo individual y socialmente razonable, en donde los mayores beneficios se definen en relación con lo socialmente aceptados y con el grado de desarrollo tecnológico disponible.

Colesterol.- Una grasa que puede ser sintetizada o ingerida en la dieta a partir de grasa animal; es un precursor de diversas hormonas esteroideas y se utiliza en la biosíntesis de las membranas celulares.

Educación para la Salud: Conjunto de acciones dirigidas a que individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes; que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud y participar en forma activa y eficiente en el manejo de los daños a la salud.

Ejercicio Físico: Actividad física planificada, estructurada y repetitiva, con un mayor o menor consumo de energía.

Estado de salud y bienestar social: Dependen de la combinación de los factores biológicos, los estilos de vida, el ambiente, así como de la disponibilidad en cantidad y calidad suficientes de servicios de atención integral de la salud y de servicios sociales, que sean además adecuados a las necesidades y demandas de los usuarios potenciales.

Estilo de vida: Conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto modo de control.

Evaluación: es la medición del desempeño de un proceso, de un conjunto de procesos o de un programa, comparando sus objetivos con los resultados obtenidos y relacionándolos con las acciones que se realizaron para lograrlos.

Factor de riesgo.- Característica, signo, síntoma o resultado de una prueba, asociado con el aumento de probabilidades de desarrollar un problema de salud.

Frecuencia Cardíaca: Número de latidos del corazón por minuto.

Grupo de autoayuda: Son grupos pequeños, voluntarios y estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico, estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar problemas y conseguir cambios sociales y/o personales.

Isquemia: Deficiencia local de sangre, habitualmente causada por la constricción u oclusión parcial de los vasos sanguíneos arteriales.

Medio ambiente: el medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control.

Neuropatía: Proceso degenerativo del sistema nervioso periférico, derivado de la microangiopatía.

Red Social: Hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales.

Red de Apoyo: Es el subconjunto de relaciones sociales que desempeñan funciones de apoyo.

Pandemia: Epidemia de una enfermedad infecciosa, cuyo agente causal afecta a varios países y continentes.

Planeación: Es un proceso requerido para la elaboración de un plan, en donde se adoptan, técnicas y actividades.

Plan: Se refiere al aspecto global, que comprende el conjunto integrado de todas las actividades, proyectos y programas que se realizan dentro de un período determinado.

Programa. Hace referencia a una constelación de proyectos relacionados o coordinados entre sí. (un plan incluye varios programas).

Proyecto: se refiere a un conjunto de actividades concatenadas que contribuye la unidad más pequeña que forma parte de un programa.

Promoción de la salud: El IMSS la define como: Un proceso que permite a las personas adquirir mayor autonomía y control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla, en el marco de sus condiciones sociales económicas y del entorno.

Promoción de la Salud: Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades, están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo mejorar su estado de salud.

Salud: Producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales, es el resultado de las relaciones sociales y esta establecida por un proceso histórico del cual es una de sus expresiones más importantes OMS.

Sistema de atención de salud: Cantidad, calidad, orden, indole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de salud. incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios, como la optometría, la quiropráctica y la podiatría.

Tarea. es la acción que tiene el máximo grado de concreción y especificación a través de la cual, junto con otras tareas, se realiza una actividad



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA**

INSTRUCCIONES DE LLENADO

1. Introducción

El formato de referencia y contrarreferencia se constituye en el documento central para identificar a los pacientes por obesidad, diabetes tipo II e hipertensión arterial, que sean derivados de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) y a las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPS); sirve asimismo para registrar la evolución que tendrán estos pacientes en los indicadores básicos de su padecimiento, dicho registro permitirá evaluar el impacto de las intervenciones Socio-médicas que se aplicarán en las UOPS.

2. Usuarios

Médico Familiar de la UMF.
Asistente Médica de la UMF.
Trabajadora Social de la UMF.
Trabajadora Social de la UOPS.
Orientador Técnico Médico de la UOPS

3. Requisitado del formato

A: Llenado inicial: Prestaciones Médicas

Corresponderá al médico de la Unidad de Medicina Familiar con el apoyo de la Asistente Médica y la Trabajadora Social de la misma Unidad requisitar los rubros de I a V.

I. Ficha de Identificación

1. Nombre: anotar el nombre completo del derechohabiente sin abreviaturas.
2. Edad: la que tenga en años cumplidos.
3. Sexo: marcar con una cruz el sexo que corresponda.
4. Domicilio: anotar el domicilio del paciente.
5. Teléfono: anotar el número telefónico donde se pueda localizar al paciente.
6. Número de afiliación: anotar el que tenga en el expediente
7. CURP: consignar el número que corresponda.
8. Referido por UMF: registrar el número de la Unidad de Medicina Familiar
9. Consultorio: anotar el número que corresponde al paciente.

10. Fecha: anotar la de la referencia.
11. Diagnóstico de referencia: el médico consignará el diagnóstico correspondiente.
12. observaciones o recomendaciones del médico

II. CONTROL Y SEGUIMIENTO

Según el padecimiento, el Médico Familiar con el apoyo de la Asistente Médica registrarán los valores iniciales con los que se realiza la referencia, los que servirán como punto de correlación para las evaluaciones posteriores, los datos se registrarán en la columna que corresponde al primer bimestre; posteriormente se registrarán las cifras obtenidas en los bimestres subsecuentes durante el proceso.

Los renglones a requisitar, por padecimiento son los siguientes:

Cuadro 1

- 1.1 a 1.2, (peso y estatura): será para todos los pacientes.
- 1.2 a 1.6, (índice de masa corporal, circunferencia cintura, circunferencia cadera, índice cintura cadera): para pacientes obesos.
- 1.7 a 1.11 (presión arterial, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos): todos los pacientes
- 1.12 (glucemia en ayuno): diabéticos.

III. FACTORES DE RIESGO

Cuadro 2

Del 2.1 al 2.7, Se registrará información de todos los pacientes por bimestre (consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas, sedentarismo, estrés, sobrepeso y obesidad e hipertensión).

IV. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Cuadro 3

En este cuadro el médico de la UMF registrará los medicamentos prescritos, el tiempo de tratamiento con la dosis y la fecha, esto se ubicará en la columna que corresponde al primer bimestre; posteriormente se registrarán las cifras obtenidas en los bimestres subsecuentes.

V. OBSERVACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA UMF

El Trabajador Social de la UMF asignado a los Servicios de Enlace, plasmará su impresión diagnóstica, la situación actual del paciente, las perspectivas de integración al programa; asimismo, registrará los datos del familiar de apoyo del paciente en el proceso de la intervención Socio-Médica.

Referencia a UOPS: registrará los datos de la UOPS a donde refiere (dirección, teléfono y horario de servicio)

Nombre del Trabajador Social o personal de la UMF que refiere al paciente: se anotará el nombre del trabajador social u de la persona que realiza el envío.

VI. RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD OPERATIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

Nombre del Trabajador Social u Orientador Técnico Médico que recibe al paciente: Anotar aquí los dos datos del personal asignado para este propósito en la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales.

Observaciones del Trabajador Social u Orientador Técnico Médico:

Aquí se irán registrando las observaciones que tenga el Trabajador Social o el Orientador Técnico Médico que verifiquen la disposición del paciente de acuerdo al programa, horarios y materiales necesarios.

Fecha de Recepción: se registrará la fecha en que el paciente acude por primera vez y se integra su expediente.

Fecha de término: se registrará la fecha en que se da por terminada la participación del paciente en el programa de actividades.

Observaciones: registrar aquellos aspectos que la TS u OTM de la UOPS considere relevantes para el seguimiento y evolución del paciente.

B: Llenados subsecuentes

Estos serán realizados bimestralmente dividiendo el llenado del formato como se indica a continuación:

II. Control y seguimiento

Cuadro 1, 2 y 3: requisitados bimestralmente por el personal de Trabajo Social u Orientador Técnico Médico de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales con la información recabada por el paciente en la UMF a través de su cédula de control (Anexo 1)



SERVICIOS DE ENLACE
CÉDULA DE CONTROL DEL PACIENTE

UMF: _____
CONSULTORIO: _____
NOMBRE: _____

II. CONTROL Y SEGUIMIENTO
CUADRO 1

	1 ^{er} Bimestre	2 ^o Bimestre	3 ^{er} Bimestre	4 ^o Bimestre	5 ^o Bimestre	6 ^o Bimestre
1.1 PESO (Kg.)						
1.2 ESTATURA						
1.3 INDICE DE MASA CORPORAL IMC.						
1.4 CIRCUNFERENCIA CINTURA (cm.)						
1.5 CIRCUNFERENCIA CADERA (cm.)						
1.6 INDICE CINTURA CADERA ICC.						
1.7 PRESIÓN ARTERIAL (mm. hg.)						
1.8 COLESTEROL TOTAL (mg. / dl.)						
1.9 COLESTEROL H.D.L. (mg. / dl.)						
1.10 COLESTEROL L.D.L. (mg. / dl.)						
1.11 TRIGLICÉRIDOS (mg. / dl.)						
1.12 GLUCEMIA EN AYUNO						

III. FACTORES DE RIESGO
CUADRO 2

	1 ^{er} Bimestre	2 ^o Bimestre	3 ^{er} Bimestre	4 ^o Bimestre	5 ^o Bimestre	6 ^o Bimestre
2.1 CONSUMO DE TABACO						
2.2 CONSUMO DE ALCOHOL						
2.3 CONSUMO DE DROGAS						
2.4 SEDENTARISMO						
2.5 ESTRÉS						
2.6 SOBREPESO Y OBESIDAD						
2.7 HIPERTENSIÓN						

IV. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
CUADRO 3

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	1º Bimestre		2º Bimestre		3º Bimestre		4º Bimestre		5º Bimestre		6º Bimestre	
		DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA
1													
2													
3													
4													
5													

- La información de la presente "Cédula de control" deberá ser requisitada con los datos proporcionados por el médico tratante.
- El paciente será el responsable de proporcionar esta información al TS u OTM de la UOPS correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, Ezequiel. Metodología del Trabajo Social. Editorial el Ateneo. México 1994.
- Ander-Egg, Ezequiel, Aguilar Ma. José, Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen, Buenos Aires Argentina, 1995.
- Baena Paz Guillermina. Proceso de Investigación Social, Seminario de Áreas Sustantivas de Trabajo Social, Antología, Editada por Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Baztán, J.J. Pérez, del Molino. Alarcón, T. Revista española de geriatría y gerontología. 28 . 1 (32-40) 1993
- Boletín de prensa No. 234 Domingo 4 de mayo de 2003. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS.
- Borrego, Estrada Genaro. Hacia la Medicina Preventiva y la Educación para la Salud, Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados, IMSS, MUNPJ. Coordinación General de Comunicación Social del IMSS, México 1994.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Esfinge 1993 sexta edición.
- De la Revilla, Ahumada L. Bailón E. Luna J. De Dios. Delgado M. A. Prados L. Atención Primaria, Validación de una Escala de Apoyo Social Funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Volumen 8, No. 9. Octubre 1991. Centro de Salud Cartuja Granada, España.
- Diabetes Mellitus, Perfiles Estadísticos No. 6, Series Monográficas, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- E.Shils Maurice. Nutrición en Salud y Enfermedad. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Traducción en México Febrero 2002. Volumen II. Novena edición.
- Fiecher, Astrid. Breeze, Elizabeth Eficacia de la Promoción de la Salud Capítulo 2. Desafíos Políticos 1 Afrontando la Nueva Edad. La salud de la Tercera Edad en la Comunidad Europea. Barcelona España 2002.
- Gil, Montalvo Miguel. Organización de los Servicios de Ayuda a Domicilio, Madrid España, 7 de marzo 1997. pp. 50.
- Gómez, Pérez Francisco J. Avances en Diabetes. Sistema de Actualización Médica. Editorial Corporativo Intermédica México 1999. Primera edición.
- Guía aplicada de evaluación psicológica. Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria en la Persona Mayor. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.

- Guía didáctica de Nutrición para pacientes diabéticos, hipertensos y obesos. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. 2003.
- Guía Técnica de Promoción de la Salud, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales Coordinación de Prestaciones Sociales IMSS. Norma No. 3100-32-047-0059, septiembre de 2001.
- Guía Técnica de Actividad Física para Pacientes con Diabetes Tipo 2. IMSS 2003.
- Guía Técnica de Promoción y Educación para la Salud. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales IMSS. 2001.
- Karam, Patricia. Diabetes Tu y Yo. ¿Tienes Diabetes? Revista Diabetes Hoy. Volumen 13 Número 3 mayo-junio 2003. Edit. Asociación Mexicana de Diabetes AC.
- La Seguridad Social y el Estado Moderno, estructura económica y social de México "LOS NOVENTA", IMSS, ISSSTE, Fondo de Cultura Económica, primera edición, 1992.
- Ley Federal del Trabajo, editorial Macraw Hill 1997 segunda edición.
- Ley del Seguro Social, editada por la Dirección Jurídica, Coordinación General de Comunicación Social del IMSS 1998.
- Manejo Médico de Diabetes Tipo 2. Asociación Americana de Diabetes. Cuarta Edición, EU.1998.
- *Marco Teórico de las Prestaciones Sociales Institucionales. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Coordinación de Prestaciones Sociales IMSS* Coordinación General de Comunicación Social del IMSS, 2000.
- , 2000.
- Mendoza Rangel Ma. del Carmen. Una opción Metodológica para los Trabajadores Sociales. Edit. EMETS
- Montorio, I. Antología de Promoción de la Salud, publicación científica No.557. Organización Panamericana de la Salud, Washington, EU. 1996.
- Morgan, Ma. de la Luz. La Sistematización de la Práctica " Cinco Experiencias con Sectores Populares" Editorial Humanitas. 1ª. Edición. CELATS. Lima Perú 1988.
- Morris B. Mellion, Secretos de la Medicina del Deporte. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 2 de abril del 2000.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998
- OARS multidimensional Functional Assessment Questionnaire 1975, Duke University for the Study Of aging and human development.

- Pérez, Cantera Ruy. Llorente Domingo. Guía para Auxiliares y Cuidadores del Anciano Fundamentos y Procedimientos, Cruz Roja Madrid, Mcgraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Plan Institucional de Promoción de la Salud 2003-2006. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, Diario Oficial de la Federación 6 de junio 2002.
- Prestaciones Sociales Institucionales, Instituto Mexicano del Seguros Social, México 1996.
- Principales Causas de Mortalidad en México. Informe Dirección General de Epidemiología, S.S.A. 1992.
- Proyecto de Servicios de Enlace (institucional), Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS, 2003.
- Quinta conferencia mundial de Promoción de la salud, México, La Reorientación de los Servicios y Sistemas de Salud. tercera sesión ministerial, Dr. Alberto Bustamante. Vice-ministro de salud de Colombia, segunda sesión ministerial Dra. Pamela Hartigan, junio del 2000.
- Ramos, Carricarte. Obesidad, Conceptos Actuales. Editorial Página Electrónica. México 1995.
- Ribera JM, Cruz AJ. Evaluación Funcional del Anciano. Geriatria en Atención Primaria. J. Urianch & Cía. Barcelona, 1.997. 2ª edición: 17-22.
- Rivero, Elena. Esteban Camilo. Hernández Ildelfonso. Pórtela Eward. Colom Dolores a Revista de Medicina Clínica, Vol. 101 no. 18, 1993 . Barcelona España.
- *Salazar, Hernández Ma. Guadalupe. Revista de Trabajo Social No. 37. Enero, Febrero y Marzo 1989. Número especial. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM.*
- Tello, Peón Nelia. Revista Anales de Trabajo Social, No. 1, Escuela Universitaria de Trabajo Social - UM, Escuela Nacional de Trabajo Social- UNAM.

MEDIOS ELECTRÓNICOS

- <http://www.pquiatria.com/psicologia/vol1num1/refart2.htm#ref5>. Revista Electrónica de Psicología, Vol. 1, No. 1, Julio 1997
- www.gob.imss.mx/direccióndeprestacionesmedicas. Informe IMSS 2001. Capitulo 1, El entorno Económico y Social, Transición Epidemiológica y Cambios de Perfil de las Enfermedades.
- www.gob.issste.mx/antecedentes
- www.nutrasweet.com.mx

- info@psiquiatria.com
- info@salud.edu.mx
- www.nutrasweet.com.mx. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán Clínica de Diabetes y Metabolismo de Lípidos y Departamento de Educación para la Salud.
- www.imss.direcciondeprestacioneseconomicasy sociales. *Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera IMSS. 2000.*