

872729
201



UNIVERSIDAD
DON VASCO
A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.
INCORPORADA A LA
Universidad Nacional Autónoma de México
Clave 8727 - 29

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**"EL TRABAJO MEDICO SOCIAL. ANALISIS DE UNA
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CIVIL DE
URUAPAN "DR. J. JESUS SILVA", A.C.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N :

**AVILES GALINZOGA VIRGINIA
PEREZ AGUILAR ELVIRA**

GENERACION 1987 - 1992



Uruapan, Michoacán

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

INTRODUCCION

PAGINA

CAPITULO I.- ANALISIS DEL MARCO CONTEXTUAL.

1.	Contexto Histórico Social y Político.....	2
1.1	Aspectos generales de la Política Social.....	12
1.2	Políticas de Administración Pública en el Sector Salud.....	15
1.2.1	El Sector Salud y Tratado de Libre Comercio.....	19
1.3	Políticas de Bienestar Social.....	22
1.3.1	El Sector Salud y Diagnóstico de Salud en México.....	27
1.4	Política, Social en la Teoría de Trabajo Social.....	31
1.5	La intervención de Trabajo Social en las Políticas Sociales.....	37
1.6	Conceptos generales de administración en hospitales.....	41
1.7	Conceptos Administrativos para los servicios de comunidad y Bienestar Social.....	46
1.8	Autodiagnóstico Institucional.....	49

CAPITULO II.- LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL SECTOR

2.1	Análisis histórico de Trabajo Social.....	61
2.2	El Trabajo Social en México.....	64
2.3	El Trabajo Médico Social en el área de Salud.....	73
2.4	Especificidad del Trabajador Social en el área de salud.....	76
2.4.1	Objetivos.....	79
2.4.2	Funciones.....	80

2.4.3	Actividades.....	81
2.4.4	Metodología.....	85
2.4.5	Niveles de Atención.....	88
2.5	Ubicación y función del Trabajador Social en el organigrama de un hospital de Segundo Nivel.....	91

CAPITULO III.- MARCO DE REFERENCIA EN LA PRACTICA.

3.1	Situación geográfica en la cual se ubica el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.....	98
3.2	Características generales de la Institución.....	100
3.2.1.	Antecedentes Históricos.....	100
3.2.2	Objetivo de la Institución.....	100
3.2.3	Políticas	101
3.2.4	Estructura Organizativa.....	102
3.2.5	Cobertura de los Servicios.....	103
3.2.6	Características del usuario.....	104
3.2.7	Programas.....	111

**CAPITULO IV.- INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL CIVIL
DE URUAPAN "DR. J. JESUS SILVA", A.C. (PERFIL REAL)**

4.1.	Antecedentes históricos.....	130
4.2	Objetivos.....	131
4.3	Funciones.....	133
4.4	Actividades.....	134
4.5	Especificación del puesto.....	136
4.6	Descripción de la intervención del Trabajador Social.....	137
4.7	Interpretación de la intervención del Trabajador Social.....	140

CAPITULO V.- ESTRATEGIA METODOLOGICA IMPLEMENTADA EN LA PRACTICA.

5.1	Investigación.....	185
5.2	Diagnóstica.....	185
5.3	Programación y ejecución.....	186
5.4	Evaluación.....	193

CAPITULO VI.- MODELO DE INTERVENCION APLICADO EN LA PRACTICA.

6.1	Necesidades a las que fue dirigida la acción.....	206
6.2	Conceptualización del problema.....	206
6.3.	Características de los componentes.....	207
6.4	Niveles de atención.....	214
6.5	Proyectos implementados.....	214

CAPITULO VII.- MODELO DE INTERVENCION DESDE LA PERSPECTIVA DE

TRABAJO SOCIAL.....	215
----------------------------	------------

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

El Sector Salud de México ha tenido históricamente objetivos encaminado a mejorar los niveles de salud de la población, sin embargo, las políticas sociales implementadas para tal fin no responden a las demandas de los servicios de salud, por una parte la falta de recursos para la implementación de programas encaminados a la educación para la salud y por otro la ineficiencia en la administración de recursos disponibles por parte de las Instituciones que los ejecutan.

Las nuevas políticas sociales para el bienestar social no se llevan a la práctica con equidad para que beneficie a la población en general, sino que tienen más efecto en los lugares con mayor influencia económica y política (forma disfrazada de mantener el control social).

Por ello es que la mayoría de los servicios de salud de la beneficencia pública se encuentran centralizados y burocratizados, causando que la población rural difícilmente tenga acceso a los mismos.

El Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., es una Institución descentralizada respaldada jurídica y administrativamente por una Asociación Civil, la cual proporciona servicios médico quirúrgicos tanto a pacientes que tienen la capacidad económica de pagar un servicio privado, como aquellas personas que no tienen acceso a las instituciones médicas de Seguridad Social (ISSSTE o IMSS); los recursos con los que cuenta para su funcionamiento son: las ganancias obtenidas por la prestación de servicios privados, las cuotas de recuperación de los pacientes del área de beneficencia y un subsidio anual de la Beneficencia Pública Nacional.

El objetivo general de la Institución es "Mejorar y conservar la salud integral de la comunidad basada en cinco aspectos:

- Medicina Preventiva,
- Medicina Curativa,
- Rehabilitación,
- Investigación,
- Enseñanza"

Dicho objetivo no ha sido posible cumplir en su totalidad debido a que no se cuenta con los recursos económicos, técnicos y humanos para llevar a la práctica la medicina preventiva y la rehabilitación; solamente proporciona medicina curativa, se realiza la enseñanza para los médicos internos de pregrado y residentes rotatorios de post grado.

Los servicios que proporciona la Institución cubren parte del Municipio de Uruapan, abarcando la región de la Meseta Purépecha y de la Tierra Caliente Michoacana; y por ello al conocer las características generales del Hospital Civil de Uruapan, "Dr. J. Jesús Silva", A.C., es necesario considerar el contexto Nacional e Internacional en el cual se inscribe esta experiencia, marcando así una dirección a seguir desde el punto de vista económico, social y político. Las formas como afecta y afectará tanto a la Institución como al usuario, se puede analizar desde las políticas que el Estado ha implementado y las que están en proceso de llevarse a cabo: la privatización de las empresas paraestatales, el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, la modificación del Artículo 27 Constitucional y la

ejecución del PRONASOL, son algunos factores que traerán como consecuencia las siguientes situaciones socioeconómicas.

La privatización específicamente de los ingenios azucareros cercanos al Municipio de Uruapan (Ingenio Lázaro Cárdenas de Taretan, Michoacán), ha ocasionado el despido de personal y la selección de aquellos ejidatarios que vendan su producción cañera a la iniciativa privada; por consiguiente se ha acentuado el desempleo y subempleo ocasionando la suspensión del derecho a la salud a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tal situación ha venido a aumentar las demandas de los usuarios que solicitan atención médica en el área de beneficencia del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

Por lo que respecta a la modificación del Artículo 27 Constitucional, ocasionará que los ejidatarios y comuneros tanto de la Meseta Purépecha como de la Tierra Cliente Michoacana, una vez que sean propietarios de su tierra y al no ser sujetos de crédito para participar de manera efectiva en el proceso productivo, se convertirán en asalariados agrícolas. De tal suerte que tendrán menos recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas; en concreto les será más difícil el acceso a los servicios médicos y todo lo que implica un servicio de hospitalización en la actualidad; es así que esta Institución de salud tendrá que ampliar su cobertura de servicios.

Sin embargo, aunque PRONASOL no tuvo trascendencia en la ciudad y mucho menos en este Hospital que no es dependencia del Estado; se destinaron recursos para la construcción de un Hospital General Regional que posiblemente cubrirá una importante fracción

de la población que no tiene acceso a las Instituciones Médicas de Seguridad Social.

El Tratado del Libre Comercio aún en proceso de negociación quizá sea un proyecto para largo plazo, sin embargo si esto llega a suceder ¿Qué va a pasar con los sesenta millones de mexicanos que no tienen la capacidad competitiva de participar en este proceso de apertura comercial? Aunado a todo lo anteriormente, con el Tratado de Libre Comercio aumentará el desempleo y consecuentemente la marginalidad, las enfermedades carenciales y todo un círculo vicioso de causas y efectos que propiciará la enfermedad si se considera este concepto como la ausencia de bienestar físico, mental y social.

Con toda esta perspectiva, esta Institución y todos los recursos con los que cuenta tienen necesariamente que efficientarse, en el centro de este panorama está el trabajador social, un sujeto que debe proponer con bases objetivas, las mejores pautas de acción para que cada día independientemente de los mecanismos de control social que el Estado ha implementado, se ofrezcan nuevas y variadas alternativas de acción encaminadas a disminuir las necesidades y carencias de los usuarios en materia de salud, así como proponer la reorganización de los servicios de salud, en función de mejorar día con día la calidad de los servicios.

El fin último de la experiencia es el de implementar y llevar a la práctica el Trabajo Social profesional en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., con el objeto de dar a conocer nuevas formas de acción y la profesionalización que ha alcanzado el trabajador social en el área de salud; así como dar

a conocer a los usuarios de los servicios y los profesionistas que integran el equipo de salud, que las actividades efectuadas no se limitan a proporcionar asistencia, resolviendo problemas momentáneos de salud, sino que su intervención participa en la toma de decisiones de la Institución, en la ejecución de proyectos encaminados a la educación para la salud y hacer aportes para la investigación en el área.

Para poder llevar a la práctica las funciones que marca el actual quehacer profesional del Trabajador Social en el área de salud, es necesario considerar que el departamento no es una estructura aislada de la Institución y que por propia naturaleza de su actividad requiere de una estrecha coordinación con las demás áreas que la integran, para de esta forma alcanzar el objetivo general de la Institución, por tanto, la intención última de la experiencia es realizar una reestructuración organizativa no sólo del propio departamento de Trabajo Social, sino proponer un modelo de reorganización para toda la Institución encaminado a mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan, y con la participación organizada de todo el personal que conforma la Institución. Además dicha reestructuración organizativa retoma lo importante que es para el Hospital el mejorar la calidad de sus servicios pues se preocupa por mantener el prestigio adquirido, ya que es el único centro hospitalario en la ciudad hasta 1992 que proporciona servicios del segundo nivel de atención con carácter mixto, que ha tratado de cubrir con la demanda de la población marginada que no tiene acceso a la protección de la Seguridad Social.

De esta forma se pretende lograr un Centro Hospitalario que proporcione servicios médico-quirúrgicos de manera organizada, donde cada estructura conozca y realice sus funciones y actividades encaminadas a un mismo propósito, de tal manera los objetivos que se plantean en el presente trabajo son los siguientes:

- * Reorganizar las funciones del departamento de Trabajo Social, tomando como referencia el perfil ideal del Trabajador Social en el área de Salud.

- * Realizar en la práctica las funciones básicas del perfil ideal orientadas por un manual de procedimientos.

- * Sugerir un modelo de reorganización administrativa que permita mejorar la calidad de los servicios de salud.

- * Lograr la integración del Trabajador Social al equipo de salud.

De igual manera se dará respuesta a la hipótesis que se retomará para el desarrollo de este trabajo de investigación: Una mayor preparación teórico metodológica del Trabajador Social generará mayor integración en el equipo de salud provocando con esto mejor desempeño de sus funciones.

Este trabajo es resultado de una investigación donde se contemplan las etapas del proceso metodológico, investigación, planeación, ejecución y evaluación de una experiencia, se trata de una aportación para las nuevas generaciones de Trabajadores Sociales en una ciudad donde la asistencia es la función esencial de su actividad diaria, de esta manera se cumple con un compromiso tanto personal como profesional: marca una pauta diferente de actuación del Trabajador Social Profesional.

Por lo antes expuesto, el deber ser del Trabajador Social es primordial en el sector salud investigando y proponiendo medidas encaminadas a responder con servicios de calidad a las necesidades de salud de la población.

De esta manera no sólo se hace una descripción e interpretación de los resultados de una investigación, también se justifica el carácter práctico del Trabajo Social, mediante la ejecución de funciones y actividades del perfil ideal, así como la evaluación de la experiencia.

I.- ANALISIS DEL MARCO CONTEXTUAL.

1.- Contexto histórico, social y político.

El presente trabajo se desarrolló en el siguiente contexto histórico, social y político.

Una de las políticas económicas del sexenio anterior fue iniciar el proceso de reprivatización de las empresas paraestatales, tal medida fue tomada a consecuencia del crecimiento del aparato estatal y de su administración, el Estado ha decidido suspender subsidios a empresas improductivas y recorte de personal burocrático que aumenta de sobremanera el gasto público. Con dicha situación se espera dos resultados: primero, el deterioro de las relaciones obrero patronales por el abaratamiento de la fuerza de trabajo y segundo, el más productivo, se van a obtener más recursos. La iniciativa priva reorganizará la administración, habrá más y mejores servicios, pero a mayor costo. La educación y capacitación técnica tendrá que mejorarse para ser más competitivos, consecuentemente los trabajadores menos capacitados no tendrán acceso a tal proceso productivo, lo que propiciará la agudización del subempleo y desempleo y una serie de problemas y necesidades sociales-económicas que necesariamente merman el ingreso per cápita de las clases más desprotegidas, por consiguiente, tendrán menos posibilidades de adquirir satisfactores a sus necesidades.

“La iniciativa de ley para la modificación del Artículo 27 Constitucional tiene como objetivo fundamental:

1.- Legalizar los vicios y las políticas ilegales en que hasta ahora han incurrido los ejidatarios: renta de parcelas, venta de derechos agrarios, trafique con los propios derechos, etc.

2.- El ejido y la comunidad han sido objetivos de usufructo por disposición gubernamental y ahora se constituye en la propiedad social de la tierra.

3.- Plantea regular el aprovechamiento de las tierras de uso común en ejidos y comunidades. Promueve el desarrollo en las tierras ejidales y comunales para que sean integradas a la actividad productiva.

4.- Garantiza la libertad de cada uno de los ejidatarios, a fin de que esa libertad sea efectiva y no sólo declarativa; que se tomen decisiones conscientes y responsables.

5.- El ejido no se va a privatizar, al contrario se eleva a rango constitucional.

Sin embargo, otra fracción de la población, en especial los grupos de izquierda declaran abiertamente que tal contrarreforma obedece a la política que se está imponiendo en México.

Una vez aceptado y modificado tal artículo, el proceso de privatización de la propiedad comunal y el ejido traerá como consecuencias.

1.- El acaparamiento por parte de los capitalistas del agro mexicano y transnacionales que comprarán sus propiedades a los campesinos.

2.- Los ejidatarios y comuneros ya no tendrán una propiedad, habrá ganancias para los propietarios y los campesinos continuarán pagando el precio por el crecimiento y desarrollo económico".(1)

Al parecer con tales reformas se podrá competir con el mercado Internacional, específicamente mediante el Tratado de Libre Comercio cuyo objetivo es "forjar una relación económica vigorosa para mantener un crecimiento sostenido, abrir mercados, así como, para que el comercio y la inversión entre los Estados Unidos de Norteamérica, México y Canadá se expanda aún más.

Se trata de que el gobierno mexicano sea la punta de lanza de un proyecto que le permita continuar con la hegemonía política mundial cuando su hegemonía económica hace tanto que quedó rebasada por los hechos.

Para el gobierno de Salinas de Gortari, se trata de que el gobierno norteamericano se convierta en aval, en el respaldo político de un proyecto económico que siendo exitoso tiene el pequeño problema de que le sobran sesenta millones de mexicanos. Para los sesenta millones restantes, la política es la que dictan las fuerzas del mercado.

Mientras Japón va a la cabeza del bloque económico de la Cuenca del Pacífico, y mientras los países europeos están a punto de formar el Mercado Común Europeo; Estados Unidos ve aún más amenazada su vulnerable situación económica frente al resto del mundo, vuelve a dirigir la vista al continente, desde Alaska hasta la Tierra de Fuego. El colchón que le amortigüe los costos de su reconversión productiva: el acceso a mano de obra barata, recursos naturales y energéticos, evasión de leyes ecológicas,

destrucción de conquistas sociales laborales. Con todo este panorama aparecen la iniciativa de las Américas.

Los Estados Unidos prometen que tales políticas serán recompensadas con los tres pilares en que se basa tal propuesta:

Comercio (disminuyendo aranceles), mayor flujo de inversión y mejor trato con respecto a la deuda externa.

Sin embargo la firma de este tratado, aunque aún no ha traído consecuencias directas tanto sociales como económicas por estar en proceso de negociación (1992), y es un plan para implementarse a largo plazo; ha provocado una serie de polémicas entre las cuales se mencionan quizás la más importante y que se debe vislumbrar sus futuras implicaciones.

Estados Unidos de Norteamérica con una población casi tres veces mayor a la de México, un territorio cinco veces más grande, su riqueza (producto interno bruto) supera treinta y dos veces más a la de México que creció con una tasa negativa -1.4% anual; Estados Unidos lo hizo al 2.1%, el crecimiento promedio de los precios en el mismo período fue de 74% y 4% respectivamente; los salarios promedio en el sector manufacturero guardan una relación de dieciocho a uno.

La capacidad de Estados Unidos para comercializar con el exterior es quince veces mayor que México en relación con las exportaciones de ambos países. Con tal asimetría en las economías ¿Cómo va a competir México con Estados Unidos y Canadá? se reconoce que es una necesidad la reinserción del país en la economía mundial,

no es un reto inventado por el gobierno. Tanto para México como para los demás países de América Latina, es importante delimitar a tiempo la capacidad que se tiene de salvaguardar su futuro como naciones independientes y soberanas, tomando en cuenta su capacidad para resolver este desafío de la manera más adecuada."

(2)

Otro de los acontecimientos que tuvo lugar durante la práctica escolar y servicio social fue el conflicto del Golfo Pérsico, su trascendencia al país propició ganancias extras por la venta de petróleo, tales divisas han permitido en parte, la implementación de políticas sociales de educación, vivienda, alimentos básicos, servicios de salud, etc.; todas estas políticas englobadas en el PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad), el cual surge de una doble vertiente: la protesta, el reclamo ciudadano expresado en la urnas del 6 de Julio de 1988, las clases medias depauperadas, reducidas en su nivel de vida como nunca antes en el pasado, expresaron su inconformidad a través del voto. La otra vertiente fue la de una situación social que para ese entonces ya reflejaba índices alarmantes de deterioro en todos los rubros que integran lo que podríamos llamar el nivel de vida de subsistencia de la mayoría de la población. Indicadores alarmantes en materia de alimentación, salud, educación y dotación de servicios básicos.

Surge el problema de cómo atacar en forma rápida y efectiva tales indicadores, alterar las formas de operación de las dependencias y secretarías vinculadas con estas áreas tardarían años, si es

que algo se lograba; pero además había que dar una respuesta política al deterioro de la imagen presidencial y de su partido. Esto último fue colocado en el primer sitio y solidaridad se convirtió en el programa del Presidente.

Se pretendía corregir con "chipotes" una política ideada y aplicada para continuar manteniendo el sistema y dar solución a problemas momentáneos, no una política económica encaminada a resolver las verdaderas causas de la pobreza de más de la mitad de la población mexicana.

Retomando el aspecto político, se puede mencionar que hasta Agosto de 1991, por primera vez en la historia política del país la toma de decisiones se hace a través de un conseaso más amplio en donde podemos citar la gubernatura de Baja California Norte y las diputaciones del Estado de Michoacán; se podía observar que se estaba dando una democratización del país. A partir de las elecciones de Agosto de 1991 en donde se eligieron Diputados, Senadores y Gobernadores, toda esta incipiente participación y toma de conciencia política se derrumbó, el mecanismo utilizado en las elecciones fue ganado en la mayoría de los distritos incluyendo a aquellos donde la oposición estaba en proceso de consolidación. Por lo que respecta a las Gubernaturas de San Luis Potosí y Guanajuato, se dejó ver con toda claridad, como cuando un pueblo participa en la elección de sus gobernantes, defiende su postura y también cómo el Ejecutivo manipula y toma decisiones para hacer ver a la ciudadanía que vivimos en un

régimen democrático; en donde se respeta la decisión de la población; otro mecanismo para que tanto mexicanos como a nivel mundial se crea que gozamos de justicia social.

Como ya se mencionó, el gobierno ha tenido que vender propiedades y empresas para tener fondos y financiar su proyecto de modernización. Se puede decir que en la región, tal proceso de reprivatización ha sido mínimo ya que sólo los ingenios azucareros y la industria siderúrgica (SICARTSA) de Ciudad Lázaro Cárdenas son las paraestatales que han pasado a ser propiedad privada; tal proceso ha traído como consecuencia el recorte de personal de ambas industrias y por consiguiente se ha agudizado la migración del campo a los centros urbanos (entre ellos la ciudad de Uruapan es atractivo para residir); así como el subempleo y desempleo.

También la privatización de algunos servicios como Teléfonos de México ha mermado la capacidad en el ingreso, sobre todo de la clase media porque el costo de tal servicio ha aumentado considerablemente; de esta manera la clase media paulatinamente ha pasado a ser quizás la más afectada a tal grado de que sólo hay dos clases sociales: ricos y pobres.

El precio del azúcar, también tuvo un considerable incremento en su costo, como es considerado un producto básico en el ya raquítico ingreso, sobre todo en la gran cantidad de trabajadores eventuales que se dedican a la industria de la construcción

(ayudantes de albañil) y cortadores de aguacate (jornaleros) que son ocupaciones que caracterizan a las personas que viven las colonias de poseionarios de la ciudad y su mayoría son migrantes del campo.

Sobre la iniciativa de ley para la modificación del artículo 27 constitucional, los resultados aún no son muy notorios a nivel local, sin embargo se puede predecir que tal política socioeconómica refuerza y hará crecer las unidades de producción de tipo capitalista en detrimento de la propiedad privada de los ex-ejidatarios y ex-comuneros. Es posible también que una vez teniendo el título de propiedades pueda vender la misma, cosa que bajo el régimen de usufructo, ilegalmente rentaban sus derechos o su parcela, pero en determinado momento la volvía a tener en posesión. ¿Qué efecto tendrá el Tratado de Libre Comercio en la región?

Se debe considerar que Michoacán y específicamente en la región de Uruapan se produce el 60% de los aguacates de México.

Actualmente hay cerca de quince mil hectáreas de árboles jóvenes que aún no están en producción. Con unidad y tecnología adecuada; en pocos años se podría duplicar la producción. Sin embargo, el aguacate mexicano está vedado en Estados Unidos por barrera no arancelaria sino fitosanitaria. La realidad es que los costos de producción de California son más caros, con peor calidad que los Mexicanos pero su gobierno los protege con barreras no arancelarias, si se eliminan estas barreras con el Tratado de Libre Comercio, los aguacates tendrán acceso a un

gran mercado, pero ¿ésto será posible?, si es así, la clase beneficiada será precisamente los grandes productores de aguacate y ¿qué pasará con la gran mayoría de los asalariados eventuales que no se les protege ni siquiera con la seguridad social por parte de los capitalistas agrícolas?

La agroindustria del aguacate no está considerada como una rama económica real, por que todo se exporta y los capitalistas invierten en otros países.

Se dice que el Tratado de Libre Comercio resolverá el problemas del desempleo vía maquiladoras, en poco tiempo se integran al mercado de trabajo un millón doscientos mil jóvenes, sin embargo, el gobierno espera captar quince millones de dólares por inversión extranjera, tales inversiones crearán sólo doscientos mil empleos por año; aunado a lo anterior, el Tratado de Libre Comercio generará desempleo con el cierre de industrias medianas y pequeñas, poco tecnificadas y por tanto empleadoras de mano de obra; en las industrias regionales se tendrá que cambiar la mentalidad de los empresarios, no es posible enfrentar la competencia internacional con el "ahí se va"; por consiguiente este proceso de cambios de actitudes y de modernización tecnológica, implicará la necesidad de emplearse con la suficiente capacitación en el área respectiva, por consiguiente se va a generar más desempleo.

En la región se cuenta con dos zonas eminentemente agrícolas: el valle de Apatzingán y el valle de Zamora en donde se producen frutas y hortalizas, cuyos costos de producción son mayores a

los Estados Unidos y Canadá; los productos tienen subsidios y ventajas tecnológicas que no tiene el país y tampoco existen en esta región; en el campo no se tiene con qué competir con los Estados Unidos; en los escasos productos en los que relativamente es competitiva a nivel nacional la agricultura regional es el jitomate y aguacate; pero se imponen barreras no arancelarias que son medidas proteccionistas del gobierno norteamericano; ¿Será posible que todas estas medidas se eliminen con el Tratado de Libre Comercio?, si es así lo mismo sucederá; se tiene que mejorar la calidad de los productos en base a las políticas agropecuarias adecuadas así como la tecnología, para lo cual será necesario emplear la mano de obra calificada que sustituirá a la menos calificada, agudización del desempleo, mayor pobreza y marginalidad.

Por lo que respecta a la influencia regional del PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad), fue poco significativa, en comparación con los recursos que se destinaron para el Distrito Federal y los estados con más influencia y participación política hacia el partido en el poder. Lo más importante que se retomará es la implementación de un programa de abastecimiento de agua potable en la región de la Meseta Purépecha que funciona a medias porque el suministro no es permanente sino por horarios. Está en construcción un Hospital General Regional (dependencia de la Secretaría de Salud) en la ciudad de Uruapan. Para la "Escuela Digna" y todas las demás actividades; se destinaron recursos que no alcanzaron a cubrir con las necesidades reales; **SOLIDARIDAD**

viene a ser un paliativo para hacer llegar recursos a las poblaciones marginadas de este proyecto modernizador.

En el aspecto político, se puede decir que el Estado de Michoacán atraviesa por una crisis política, hasta antes de las elecciones para Senadores y Diputados (Agosto 1991), se estaba dando una democratización forzada, doce de los trece distritos eran de oposición; cuarenta y cinco municipios también representados por partidos opositores; de las veinticuatro diputaciones locales, once eran de oposición; toda esta situación debida quizá a que el representante de uno de los partidos de oposición (Partido de la Revolución Democrática) proviene de un familia de abuelo que tiene influencia tanto económica como política en el Estado (familia Cárdenas); Michoacán es el estado más devastado por la oposición lo que ha originado descontento social. A partir de las elecciones para Senadores y Diputados en Agosto de 91, todo cambió: PRONASOL y todo su sistema de masificación y manipulación hacia la población, obtuvo buenos resultados, a tal grado que ninguna diputación local fue ganada en ninguno de los distritos por algún partido de oposición, de esta manera las decisiones económicas, políticas y sociales se están tomando en forma unilateral y en beneficio de intereses que respondan al mantenimiento del sistema en detrimento de las necesidades de la mayoría de la población.

1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA POLITICA SOCIAL.

“Las políticas sociales surgen del Estado Capitalista, el cual para poder organizar y garantizar las relaciones de dominación

y desigualdad existentes en una sociedad, se aboca a múltiples tareas que abarcan todos los aspectos de la vida social. Por tanto las áreas de actuación son:

1.- La Política Económica,

2.- La Política de Seguridad,

3.- La Política Social.

El Estado aparece atenuando las diferencias existentes entre sectores sociales con intereses contradictorios, utilizando la política social como instrumento para atenuar las desigualdades sociales, además de proveer los mecanismos técnicos, económicos que permiten financiar su puesta en práctica, práctica que implica la idea de igualdad de oportunidades como objetivo posible y deseable de alcanzar; asegurar esa "igualdad" consiste en otorgar a los individuos la capacidad de obtener ingresos que satisfagan normalmente sus necesidades básicas, situación que va ligada al desarrollo del Estado de Bienestar Social, meta e instrumento del desarrollo integral.

Las Políticas Sociales alcanzarían este propósito si se rigieran por ciertos caracteres generales y respetasen ciertos principios comunes. Por ejemplo, la obligatoriedad y la universalidad de las contribuciones que las financien y de las prestaciones que impliquen; la solidaridad en sus mecanismos constitutivos y en su puesta en práctica, por la cual todos los habitantes participen en las Políticas según sus posibilidades; la coordinación, por los aparatos político-administrativos de ese

Estado, del conjunto de medidas de planificación y gestión que comparten la concepción y ejecución de las diversas políticas sociales, etc.

Clasificación de las Políticas Sociales.

Es una clasificación que atiende las diversas áreas de intervención y que corresponden generalmente a la satisfacción de "necesidades" consideradas como primordiales para las personas.

- a) La existencia de empleo y de un ingreso mínimo.*
- b) La protección de las condiciones de trabajo,*
- c) La educación, la formación y la cultura,*
- d) La asistencia y la promoción social,*
- e) El urbanismo y la vivienda,*
- f) El tiempo libre y la recreación,*
- g) La higiene pública y la salud.*

Esta política social consiste en un conjunto complejo de medidas destinadas a prevenir y curar enfermedades individuales y sociales y a desarrollar la Medicina Preventiva y Curativa.

Por lo tanto, algunas de estas medidas corresponden a la creación de una infraestructura general de tipo hospitalario, mas o menos complementaria con la existente a nivel privado, y otras se dirigen a las personas enfermas, en la forma de programas de ayuda destinados a abaratar o a hacer eventualmente gratuitos los cuidados a personas sin recursos." (3)

1.2 POLITICAS DE ADMINISTRACION PUBLICA EN EL SECTOR SALUD.

"Las unidades hospitalarias del segundo nivel de atención médica realizarán las siguientes funciones:

- 1.- Proporcionar atención médica curativa.
- 2.- Ejecutar acciones de promoción y educación para la salud y aplicación de procedimientos de protección específica.
- 3.- Realizar métodos de rehabilitación física, mental y social.
- 4.- Colaborar en la formación, capacitación y desarrollo de personal médico, técnico, administrativo y otros.
- 5.- Llevar a cabo investigación de orden médico, técnico-administrativo, socio-económico y otros.
- 6.- Coordinar sus actividades con las instituciones que conforman los sectores público, social y privado, de conformidad con lo estipulado en la guía para la integración de la junta directiva, patronal o consejo técnico en unidades hospitalarias".(4)

Algunas de las disposiciones generales para el correcto funcionamiento de las unidades hospitalarias del segundo nivel de atención son:

- "1.- La vigilancia y aplicación de las disposiciones técnico-administrativas contenidas en el manual, serán de la competencia de las entidades federativas y municipales así como de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.
- 2.- Las actividades de atención médica serán:

- Preventivas, las que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

- Rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir deficiencias y limitaciones físicas o mentales.

3.- El segundo nivel de atención médica será responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga, serán proporcionados a pacientes referidos del primero y tercer niveles, a los que presenten espontáneamente como urgencias médico-quirúrgicas. En lo que respecta a las acciones sanitarias, se ejercerá control sanitario y de contaminación ambiental interna.

4.- Debe contar con un conjunto de recursos debidamente organizados para atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos que se presentan aproximadamente de un 10 a un 15% de las demandas y que no es posible resolver en el primer nivel de atención médica, por requerir de técnicas y servicios de mediana complejidad.

5.- La atención médica que se proporcione a los usuarios, comprenderá las cuatro especialidades básicas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así como seis complementarias: otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y ortopedia, dermatología, psiquiatría y estomatología; y cuatro de apoyo: anestesiología, anatomía patológica, patología clínica y

radiología, en este nivel la atención será fragmentada, ocasional, ambulatoria o con hospitalización, con servicio de urgencias y primordialmente curativa.

6.- Las unidades hospitalarias dependientes de las instituciones que integran los sectores público, social y privado, deberán proporcionar la atención médica conforme a las prioridades que establezca la Secretaría, garantizando la extensión cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos más vulnerables.

7.- De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se consideró al Hospital, como parte integrante de una organización médico-social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa. El Hospital es también un centro de formación de recursos humanos para la salud y de investigación biopsicosocial. Además ayuda a la profesión médica privada y tendrá una dirección técnico-administrativa capaz de realizar sus objetivos, utilizar racionalmente sus recursos y proyectar su influencia y beneficios a la comunidad.

8.- Los responsables de las áreas de servicios del Hospital deberán elaborar, revisar y actualizar periódicamente los manuales, instructivos, circulares y documentación diversa de carácter

interno que contribuyan a la mejor organización y funcionamiento de la unidad hospitalaria". (5)

" Para la organización de las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención, se tomarán en cuenta los siguientes niveles jerárquicos:

Dirección

Subdirección

Servicio

Departamento

Oficina

Sección

Mesa

Estos niveles jerárquicos estarán de acuerdo con el tabulador de puestos o sus equivalentes de la Secretaría de Salud, de los sectores público, social y privado, según el caso además de acuerdo al número de camas, al grado de complejidad de la atención médica que proporcionen y a su poder de resolución; cada institución o establecimiento podrá adoptar los niveles jerárquicos que respondan a sus necesidades y demandas, así como la estructura orgánica más conveniente lo cual se determina por el número de camas disponibles para la hospitalización de pacientes". (6)

Las disposiciones generales enunciadas deben ser retomadas para la organización de hospitales de segundo nivel de atención médica,

adecuándolas a las propias características de la institución ya que son lineamientos que la Ley General de Salud establece y que deben regir en las instituciones tanto públicas como privadas.

En el Hospital Civil de Oranapan "Dr. J. Jesús Silva" A.C. sólo se practica la medicina curativa, la falta de infraestructura y recursos humanos impide realizar acciones preventivas y acciones tendientes a corregir deficiencias y limitaciones físicas o mentales. Su funcionamiento se encuentra guiado por las disposiciones marcadas por la Ley General de Salud compaginando la dualidad de sus servicios (beneficencia y privados). La forma como se da la organización interna de la institución es lo que impide el mejoramiento de los servicios médicos prestados, generando que no se cumplan con los niveles jerárquicos considerados para el funcionamiento de las Instituciones del Segundo Nivel de atención.

1.2.1 EL SECTOR SALUD Y EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO.

A simple vista el Tratado de Libre Comercio, no parece tener mucho que ver con el sector salud, ya que es un ámbito de producción de servicios aparentemente dominado por el sector público (Estado).

Los puntos centrales a investigar y analizar *son el proceso de privatización del sector salud y la legislación social y laboral imperantes*, los cuales se apoyan en tres fuertes evidencias:

a) La primera es de orden conceptual, ya que abrir todas las actividades económicas rentables a la inversión privada y disminuir la responsabilidad estatal en la satisfacción de las necesidades sociales como la salud, son planteamientos básicos de la ideología neoliberal.

b) La segunda es empírica y se desprende del hecho de que en la última década se está dando en México un proceso acelerado aunque de manera silenciosa, de crecimiento de un sector privado de servicios médicos con altos niveles de rentabilidad y una retracción de las instituciones públicas (S.S., I.M.S.S., I.S.S.T.E.) Ejemplo: Morelia, Zamora y Uruapan, Michoacán, en donde grupos médicos se han asociado y con capital propio se ha propiciado la creación de nuevos y modernos hospitales que están compitiendo con las dependencias estatales y con el Hospital Civil "Dr. J. Jesús Silva" A.C. (nuestro objeto de estudio), cabe señalar que solo una mínima parte de la población tiene acceso a este tipo de servicios costosos ya que "en México los servicios médicos privados es una de las actividades más rentables de la economía".(7)

c) La tercera es analógica y parte del supuesto reconocimiento de que el complejo médico-industrial estadounidense es uno de los sectores económicos más poderosos de aquel país y ha basado su control sobre el sector salud en una legislación social atrasada (existe una propuesta de modificación a dichas leyes la cual no ha sido aprobada a la fecha).

MEXICO SECTOR SALUD. SISTEMA PUBLICO - SECTOR
PRIVADO.

"La Legislación Mexicana reconoce la protección a la salud como un derecho social en el artículo 4o. Constitucional e incluye a los servicios médicos como parte de la Seguridad Social inscrita en el artículo 123.

Hasta 1983 existía un fuerte predominio de las instituciones públicas (S.S., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etc.) y el desarrollo del sistema de salud se daba principalmente con la expansión de dichas instituciones y bajo esa perspectiva, existía la posibilidad de conformar un sistema único de salud.

Pero debido a la crisis fiscal y financiera que vive el Estado Mexicano a principios de la década de los ochentas y con la consecuente imposición de la primera fase del proyecto neoliberal, en 1983, empieza a darse una drástica reducción en los presupuestos de las Instituciones Públicas de Salud que se prolonga hasta hoy; los presupuestos per cápita del I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. están 44% más abajo que en 1983, el de S.S. 50% y el I.M.S.S. COPLAMAR el 43%, después de haber llegado a su nivel más bajo en 1985 y 1986 ". (8)

El recorte presupuestal repercutió negativamente en el funcionamiento institucional por varias vías.

1.- Desvalorización del trabajo institucional que se refleja en la reducción de salarios, del material y equipo necesarios para prestar adecuadamente el servicio y se impuso una normatividad

MEXICO SECTOR SALUD. SISTEMA PUBLICO - SECTOR
PRIVADO.

"La Legislación Mexicana reconoce la protección a la salud como un derecho social en el artículo 4o. Constitucional e incluye a los servicios médicos como parte de la Seguridad Social inscrita en el artículo 123.

Hasta 1983 existía un fuerte predominio de las instituciones públicas (S.S., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etc.) y el desarrollo del sistema de salud se daba principalmente con la expansión de dichas instituciones y bajo esa perspectiva, existía la posibilidad de conformar un sistema único de salud.

Pero debido a la crisis fiscal y financiera que vive el Estado Mexicano a principios de la década de los ochentas y con la consecuente imposición de la primera fase del proyecto neoliberal, en 1983, empieza a darse una drástica reducción en los presupuestos de las Instituciones Públicas de Salud que se prolonga hasta hoy; los presupuestos per cápita del I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. están 44% más abajo que en 1983, el de S.S. 50% y el I.M.S.S. COPLAMAR el 43%, después de haber llegado a su nivel más bajo en 1985 y 1986 ". (8)

El recorte presupuestal repercutió negativamente en el funcionamiento institucional por varias vías.

1.- Desvalorización del trabajo institucional que se refleja en la reducción de salarios, del material y equipo necesarios para prestar adecuadamente el servicio y se impuso una normatividad

regida sobre las relaciones laborales y el consecuente aplazamiento de la inversión y mantenimiento.

2.- Incremento de burocratismo como mecanismo para limitar el acceso a los servicios frente a una demanda en ascenso a raíz del empobrecimiento de los derechohabientes y una artificial inclusión de nuevos grupos en la Seguridad Social sin incremento correlativo en los recursos (trabajadores municipales por ejemplo).

Cabe mencionar que el Hospital Civil de Urnapan "Dr. J. Jesús Silva" A.C. es una institución que se caracteriza por la dualidad en la prestación de sus servicios y que resulta necesario buscar y sugerir alternativas que permitan mejorar la calidad de los mismos, por una parte atendiendo a personas con capacidad económica para cubrir un tratamiento médico privado, de esta forma competir con el complejo privado de la medicina, sin dejar de atender a aquellas personas que no tienen acceso a la seguridad social (área de beneficencia). Esta institución no sufre las consecuencias de la crisis fiscal y financiera a que están sujetas las instituciones gubernamentales, por el contrario se ha invertido en nuevos proyectos (aunque no prioritarios); se ha adquirido material y equipo, su crisis es consecuencia de la falta de organización originada por factores internos, lo cual no ha permitido mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a los usuarios.

1.3 POLITICAS DE BIENESTAR SOCIAL (SECTOR SALUD).

Considerando que la profesión de Trabajo Social está integrada al sector público y a organizaciones privadas dedicadas tanto a

actividades productivas como a la prestación de servicios, con el propósito de una progresiva ampliación del control del ámbito de acción del Estado junto a la Sociedad Civil, necesariamente se debe conocer la política general de salud para que el Trabajador Social que se encuentra inmerso en una institución de salud, pueda integrar tal política a las propias de la institución y de esta manera proponer alternativas de acción encaminadas a lograr objetivos comunes.

Entendida en el sentido amplio, "la salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera práctica de todas las interacciones económicas, sociales y culturales, con ellas conforman, un componente sinérgico del bienestar social. Así, la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social, como derecho esencial de todos. La salud no resulta meramente del sólo progreso económico y social; requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y utilidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos en el hogar, en el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente principalmente. La asistencia y seguridad social complementan a la salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social en ésta materia. La asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieren a una nueva vida digna y

equilibrada en lo económico y social, principalmente menores en estado de abandono y en general desamparados y minusválidos. La Seguridad Social atiende al trabajador y a su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros; garantiza la protección en casos de accidentes, jubilación, cesantía y muerte. En los últimos años, no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país, se han conseguido avances en materia de salud; los principales indicadores muestran un mejoramiento de las condiciones generales de bienestar del país. La mayoría de los mexicanos tienen acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud y se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población; sin embargo, en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza cobertura total de los servicios de salud, ni la cantidad deseable, y subsisten en general limitaciones en el suministro de medicamentos, material de curación e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento. A pesar del acelerado proceso de urbanización del país, persiste una marcada dispersión de asentamientos de población en el área rural, lo cual torna difícil la atención de salud y asistencia de cada una de ellas. El objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social, persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con la participación de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios. Las estrategias

generales que regirán las acciones del sector salud son: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud". (9)

El objetivo del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva" A.C., consiste en "conservar y mejorar la salud de la población en general, específicamente de la población en general, específicamente de la población más necesitada basada en cinco aspectos fundamentales:

- 1.- Medicina Preventiva,
- 2.- Medicina Curativa,
- 3.- Enseñanza,
- 5.- Rehabilitación. (10)

Por su parte la Política Nacional de Salud establece que se debe "impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de su bienestar social en coordinación con las comunidades, y los tres niveles de gobierno (Federal, Estatales y Local) como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios". (11) Las estrategias que plantea la Secretaría de Salud para alcanzar tales objetivos son: "mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud". (12)

Como se puede interpretar, el objetivo general de la institución se identifica con los propósitos que en cuestión de salud plantea dicho sector, sin embargo, es un objetivo que sólo se ha cumplido en dos aspectos: la medicina curativa y la intención permanente de mejorar la calidad de los servicios; los otros cuatro aspectos en que se fundamenta la atención integral del paciente son: la medicina preventiva, la investigación, la enseñanza y la rehabilitación de los cuales es factible retomar y llevar a la práctica la función de investigación y enseñanza; a largo plazo y por la necesidad de contar con la infraestructura, equipamiento y los recursos humanos, la medicina preventiva y la rehabilitación.

La institución se ha limitado de esta forma a proporcionar servicios de salud y asistencia médica del segundo nivel de atención (medicina curativa) por no ser dependencia del sector salud, no está sujeta a políticas generales ni a ejecutar determinados programas en materia de salud; de tal forma no es posible que proporcione al usuario servicios de seguridad social.

El Estado delega gran responsabilidad a ésta institución pues responde a la demanda de salud de aquellas personas que no tienen acceso a la seguridad social. La ciudad no cuenta con una institución del Estado que proporcione este servicio aunque actualmente (1992) está en construcción un *Hospital Regional*, dependencia de la Secretaría de Salud, el Hospital Civil de Uruapan ha respondido a tal demanda de servicios.

1.3.1 SECTOR SALUD Y DIAGNOSTICO DE SALUD EN MEXICO

“La economía mundial afronta en la actualidad graves problemas, incluyendo a algunos países de los más poderosos del mundo; México no es ajeno a este contexto internacional, pues la estrategia de crecimiento le ha llevado a un estado de dependencia caracterizado por la diferencia comercial, financiera, tecnológica y cultural, en donde la deuda externa y la extranjerización de la planta productiva y la pérdida del poder de decisión dependiente de los intereses extranjeros representan graves problemas para proporcionar a la población los mínimos de bienestar como son alimentación, vivienda, educación, empleo, salud, etc.

Todo esto obliga a que como profesionistas del área social se piense que el actual gobierno tendrá que reducir al máximo los presupuestos sobre todo en los renglones de beneficio social, por lo que ciertos sectores como el de salud tendrán que funcionar con menos recursos materiales, presupuestales y humanos, lo que obliga a todo profesionista a considerar nuevas alternativas tendientes a la prevención y educación social a fin de evitar en mayor medida la enfermedad y de esta forma coadyuvar a la optimización de recursos”.(13)

“En la actualidad, gran parte de la población en México carece de servicios médicos, sobre todo en las zonas rurales y marginadas, y aún en las zonas urbanas; pues aunque la salud es garantía constitucional, no se ha logrado dar cobertura integral a toda la población, quienes además de carecer de la garantía viven en

condiciones insalubres, situación que los hace más vulnerables a las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En México las instituciones de salud se agrupan de la siguiente forma:

- 1.- Secretaría de Salud (S.S.)
- 2.- Instituciones de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.)
- 3.- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.)
- 4.- El Sector Privado (constituido por unidades en las que se ejerce la medicina por individuos o grupos).

Dichas Instituciones se encuentran insertos dentro del sistema de Seguridad Social, aunque se coordinan para lograr dar protección a toda la población mexicana, sus políticas tienen deficiencias y existe desigualdad en la distribución de los servicios, además que los servicios médicos son esencialmente curativos y rehabilitatorios, dándole un lugar secundario a la medicina preventiva.

En este país es común observar que existe una alta proporción de niños que nacen con bajo peso, en el período de lactancia el crecimiento se retrasa por la deficiencia nutricional, en el período preescolar y escolar se presenta poca resistencia a las enfermedades infecciosas y en adolescencia trastornos en el desarrollo que dan lugar a que cuando se llega a la edad adulta las posibilidades de realizar una vida productiva y sana se reducen ya

que estas individuos procrearán hijos desnutridos lo cual es consecuencia y causa de un círculo de desnutrición y enfermedad.

También se registra cada año mortalidad materna, natal y puerperia; altos índices de aborto como reflejo de la desatención materno infantil en el Sector Salud.

El análisis epistemológico de la salud indica que los daños en las condiciones de la población están influidos por factores demográficos, ambientales, socio-culturales, económicos, agregándose a ésta la influencia determinante de las políticas de salud entendidas como las acciones que se ejercen para modificar daños y no para prevenir los procesos.

El gobierno del Licenciado Miguel de la Madrid Hurtado tomó como medidas la integración funcional y programada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituciones de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social para ampliar la cobertura de servicios a toda la población. Esto implicó la modificación de leyes para una sectorización institucional y descentralización de los servicios de salud.

Dichas medidas dieron como resultado (el día 3 de Febrero de 1983) que se decretara el derecho a la protección de la salud como uno de los derechos más esenciales para el desarrollo físico, mental y social del individuo, constituyéndose además una responsabilidad compartida entre el Estado, las Instituciones y la Sociedad".(14)

“Así de esta forma cubriendo todas las propuestas encaminadas hacia el mejoramiento de la distribución de servicios de salud, logramos sociedades de hombres sanos y libres que pueden explotar al máximo sus potencialidades y así contribuir al desarrollo del país”. (15)

“La salud es un elemento imprescindible del desarrollo y en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social, es un derecho de todos, no es resultado solamente del progreso económico y social, sino que requiere de acciones concretas en diferentes niveles. A pesar de las severas restricciones que ha enfrentado el país, se ha conseguido avances en materia de salud; la mayoría de los mexicanos tienen acceso a los establecimientos permanentes de servicios de salud, sin embargo en zonas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni de la calidad deseada”. (16)

De esta manera se vislumbra el panorama en donde los Trabajadores Sociales tienen un ámbito bastante amplio de intervención profesional, realizando actividades concretas especificadas en las políticas sociales del sector salud.

“Las estrategias generales que rigen las acciones del sector son:

1.- Mejorar la calidad del servicio, que va desde la búsqueda de asistencia médica hasta la solución del problema motivo de consulta. Se ampliará la cobertura y acceso a las instalaciones, se hará también por medio de la educación continua.

2.- Modernizar el sistema de salud.

3.- Descentralizar y mejorar la coordinación de los servicios de salud". (17)

1.4 POLITICA SOCIAL EN LA TEORIA DEL TRABAJO SOCIAL

La intervención del Trabajador Social y su inserción en las Políticas Sociales, debe ser analizado desde el punto de vista de su elaboración teórica y su actuación práctica.

El Trabajador Social retomaba las relaciones inmediatas y pretendía personalizar estas relaciones sociales; sus actitudes consistían en ser acogedor, caluroso, escuchaba quejas; sin una formación psicológica profunda no proporcionaba soluciones concretas; el acto de aconsejar valorativamente era la característica del Trabajador Social.

La legitimación del proceso de explotación y la polarización de la sociedad de clases, trajo como consecuencia que las clases dominantes vieran en el Trabajo Social a la "persona que lleva al cliente a una mejor aceptación de su problemática".(18)

Las existencias de productividad del capitalismo y la acentuación de los problemas y necesidades sociales dio paso al Trabajador Social de aconsejar, a solucionador de problemas. Las instituciones identificaban los problemas de acuerdo a sus objetivos; el Trabajador Social actuaba en los problemas a partir del presupuesto destinado para su solución.

La búsqueda de un método común a tantos problemas, eliminó el contexto institucional y su influencia en la actuación del

Trabajador Social. La metodología consistía en una serie de etapas de conocimiento; considerada apenas un medio para su eficiencia en el trabajo institucional, no habían distinguido los objetivos profesionales de los objetivos institucionales. Esta confusión se deriva de la misma realidad institucional y de la inconsistencia teórica de la profesión, aún faltan estudios y contribuciones para identificar plenamente el objetivo y objetivos de la profesión.

La consolidación del sistema capitalista, el aumento significativo de los problemas y necesidades sociales y la falta de vinculación y conocimiento del objetivo de intervención y los objetivos profesionales e institucionales llevó al Trabajador Social a tomar una actitud anti-institucional, desvinculado de cuestiones de poder (clases dominantes - Estado - Instituciones) surge un idealismo y un metodologismo, "el Trabajador Social es un profesional de la evolución para llevar a las clases oprimidas a la liberación"⁽⁹⁾. Tal concepción de la realidad y la práctica anti-institucional llevó al Trabajador Social a darse cuenta de que su intervención no es posible fuera de las instituciones, cuestionándose sobre compra-venta de su fuerza de trabajo, su utilidad para el capital y de su productividad e improductividad.

"El trabajo concreto del Trabajador Social parecía útil a los individuos: buscándoles pequeñas sanciones en la realidad de explotación; pero en forma abstracta el Trabajador Social vende su fuerza de trabajo, encontrándose en las mismas condiciones de explotación. En las instituciones es subordinado en el proceso de

las decisiones, desempeña en su gran mayoría funciones de ejecución y no de decisión. Sin poder de decisión a nivel global, maneja pequeños recursos para reforzar su propio poder profesional, no puede actuar en una perspectiva macrosocial.

Una reflexión a partir del trabajo concreto y abstracto del Trabajador Social, vino a traer nuevos conceptos en la teoría del Trabajo Social: el empleísmo, la burocracia y el paternalismo comenzaron a ser cuestionados.

El Estado, empleador mayor de los Trabajadores Sociales condujo a reconsiderar la práctica profesional; el análisis parcial y genérico del proceso contradictorio.

El desarrollo del proceso de acumulación, propició tres formas de intervención profesional del Trabajador Social.

1.- La mercantilización de los servicios sociales. La Seguridad Social se transforma en un mercado controlado por el propio Estado, el asegurado paga directa o indirectamente por los servicios y beneficios que recibe; el Trabajador Social reduce a los individuos a los mismos criterios, identificaban o fiscalizaban a los usuarios; es un mecanismo de discriminación o de incorporación de beneficiarios; para comprar o vender un servicio es necesario que el trabajador venda su fuerza de trabajo.

2.- Otra forma por la que el Estado incorpora los servicios sociales es, mediante la obligatoriedad de un ahorro compulsivo por parte del usuario con el cual permite el desarrollo del capital financiero; los programas sociales aumentan el nivel de ahorro

financiando grandes proyectos que no vuelven necesariamente a la población.

El Trabajador Social actúa en la fiscalización de estos fondos y en la fiscalización de los propios bienes adquiridos por los usuarios.

3.- Por último la actitud asumida por el Estado consistente en la manutención o distribución de un derecho como si fuera un favor; obteniendo a cambio la lealtad del individuo.

Todo esto aunado a las diversas formas de costo improductivo del Estado para atender necesidades no prioritarias; expresados en programas temporales o proyectos específicos controlados por caciques políticos, sirven como instrumentos del Estado y en ellos se emplean a Trabajadores Sociales, por tanto estas formas múltiples de intervención nos deben hacer reflexionar sobre las políticas sociales y la intervención profesional.

El surgimiento del Trabajo Social fue como una idea distributiva la cual ha ido desapareciendo, gestando nuevas relaciones entre el profesional y la población en su conjunto.

Estas nuevas relaciones se van determinando por el efecto de la plusvalía la cual se va acumulando gracias al empleo de nueva tecnología que supuestamente implicaría un desarrollo y crecimiento que observaría gran parte de la población económicamente activa y sin embargo los resultados han sido opuestos, formándose una super población que demanda necesidades; sin embargo la infraestructura no es suficiente, lo

que conlleva a una pauperización cada vez mayor de la población. Por tanto el Estado necesitará más recursos para lo cual transformará la población en contribuyentes, pero sin derecho a verificar en qué se emplearon sus impuestos y los servicios que se prestan serán cada vez más caros.

De esta forma el individuo trabaja para la acumulación de plusvalía y para pagar tributos al Estado, quien absorbe en gran parte sus ingresos, por tanto no tienen facilidad para mejorar sus condiciones de vida, generando nuevas necesidades que demandarán en diversas formas.

Las reacciones a esta intervención del Estado se pueden observar en el desarrollo de organizaciones populares que intentan mediatizar una acción política para intervenir y modificar las condiciones en que se relacionan con el Estado, como respuesta a las políticas sociales. Estas reacciones se consideran como una burla a la aplicación de normas, por tanto son procesos de enfrentamientos, de conflictos, no de conflictos aislados, sino de fuerzas que se estructuran, se organizan y se movilizan de diferentes formas. Por lo tanto el entendimiento de la intervención del Estado ha modificado su intervención o espacio profesional, ahora se cuestiona un espacio de asalariado, subordinado legitimador, insertándose en un espacio de lucha, espacio de conflicto y espacio de acción, donde se relacionan Trabajo social-Estado como algo coyuntural donde no puede haber nada

preestablecido y no como una relación de fuerza dinámica y contradictoria". (20)

"De esta forma la relación profesional en el proceso de intervención del Estado es vista de manera contradictoria que posibilita el proceso de acumulación y dominación, pero a la vez fortalecen las necesidades populares. Este grave dilema es al que se enfrentan grandes números de profesionales que trabajan en instituciones bajo un contexto capitalista y autoritario; el fortalecimiento de organizaciones de este tipo permite reflexionar acerca de la intervención que se debe desarrollar".(21)

No se debe dejar de lado las labores asistenciales, pero no se puede considerar un fin último, las relaciones población-Estado es un gancho profesional, es necesario reconsiderar cómo estas relaciones contribuyen hacia una perspectiva teórica abierta que permita la intervención del Trabajo Social a través de un método específico.

Por tanto la práctica profesional se vuelve cada vez más compleja y no puede limitarse tan sólo a atender entrevistas, reuniones y visitas, se requiere de un saber que se debe situar en un contexto político global y un contexto institucional que permita conocer las relaciones de poder de la institución y con la población para brindar servicios integrales de salud como se propone en el presente trabajo.

1.5 LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN LAS POLITICAS SOCIALES.

"El análisis de la práctica profesional comprende a la profesión históricamente situada, configurada como un tipo de especialización de trabajo colectivo dentro de la división formal del trabajo propia de la sociedad industrial.

El Trabajo Social se afirma como profesión integrada al sector pública, en la progresiva ampliación de control por parte del Estado junto a la sociedad civil. Se vincula también a organizaciones de carácter empresarial, dedicadas a las actividades productivas propiamente dichas y a la prestación de servicios sociales para la población. La profesión se consolida como parte integrante del aparato estatal y de la empresa privada y el profesional como un asalariado al servicio de las mismas.

La actuación profesional, mediada por la ejecución de las políticas sociales, se desarrolla de manera contradictoria, posibilitando tanto un esfuerzo del proceso de acumulación y dominación, como un esfuerzo y una contribución al fortalecimiento de las organizaciones populares". (22)

"La privilegiada política del Trabajador Social como articulador de las clases populares a los programas institucionales en el campo de los servicios sociales hacen de este profesional un agente político por excelencia: recrea intereses antagónicos que se reproducen en el ámbito institucional y en el ámbito popular.

El carácter contradictorio y complejo de la intervención profesional; su discurso teórico-práctico-ideológico y su actuación está socialmente determinada por condiciones objetivas". (23)

"La evolución de las necesidades sociales de México complementado con el análisis de las políticas del Estado en materia de desarrollo social, y también las políticas concertadas con el sector privado constituyen el ámbito profesional del Trabajador Social, y permiten plantear su perspectiva tanto en lo que ha sido su campo tradicional, como en lo que se refiere al aspecto emergente y potencial de la disciplina.

Al analizar las políticas del Estado en materia de salud, se detecta cómo una de sus estrategias fundamentales, la formación y el desarrollo de recursos humanos tendientes a educar y fortalecer las instituciones de salud, definiendo el perfil del personal que se requiere para atender las necesidades reales del país y crear un sistema de coordinación para capacitar continuamente al personal, donde los niveles de atención se constituyan en el marco operativo del personal de las unidades de atención para la salud.

El Trabajador Social se integra al equipo de salud para promover y ejecutar programas sobre:

- * Planificación familiar,
- * Adicción entre los jóvenes,
- * Salud mental,
- * Atención al menor,

- * El bienestar de los ancianos,
- * Rehabilitación y atención especial a los minusválidos,
- * Orientación jurídica a los ancianos, niños, así como a mujeres abandonadas en período de gestación,
- * Atención materno infantil,
- * Control sanitario,
- * Educación para la salud,
- * Capacitación a la población para la solución de problemas simples de salud y la prevención de accidentes y enfermedades.
- * Vigilancia epidemiológica,
- * Prevención de accidentes de trabajo,
- * Actividades socioculturales para la utilización del tiempo libre.

En cada uno de estos programas, se proporciona al Trabajador Social, la orientación a manera de introducción al puesto, sus funciones y actividades del nivel de cada unidad operativa. Esto hace que el profesional que hasta ese momento sólo cuenta con conocimientos generales sobre las áreas específicas que constituyen su campo de acción, tenga una lenta integración de los equipos de trabajo, quedando condicionados a sus inquietudes personales e iniciativa.

Esto, aunado a la coexistencia de los niveles técnicos y de licenciatura en Trabajo Social, da por resultado una falta de

ubicación en el área, a tal grado que, siendo evidente la diferencia de niveles de preparación y de categoría escalafonaria, es frecuente encontrar a los licenciados realizando las mismas actividades que el técnico, todo ello es debido a la inseguridad que manifiesta el profesional al encontrarse en un ámbito que requiere ser estudiado como especialidad.

De tal manera que los profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en el sector presentan las siguientes características:

- a) Una falta de vinculación entre las políticas y estrategias, con las funciones y los objetivos genéricos del Trabajo Social.
- b) Una carencia de personal de alto nivel, que se integra a los cuadros de planeación de recursos de esta área.
- c) Imprecisión en cuanto a funciones y actividades específicas.
- d) La carencia de un cuerpo de teorías y técnicas que le permiten establecer teorías particulares que validen esta área de la profesión.

Todo lo anterior ocasiona que los jefes y directivos no identifiquen claramente las funciones del Trabajador Social, desaprovechando este recurso humano en las actividades administrativas.

En esta perspectiva, el Trabajador Social que vaya a especializarse en el área de salud, requerirá ser formado dentro de las necesidades y tendencias de dicha área".(24)

1.6 CONCEPTOS GENERALES DE ADMINISTRACION EN HOSPITALES

“La medicina moderna ejercida en grupos y para grupos necesita de una eficaz administración que armonice las funciones de su personal (médico, paramédico y servicios generales) tan heterogéneo; para que se dé una mejor utilización, así como para que se dé un aprovechamiento adecuado de los bienes pecunarios. Los médicos y personas con preparación paramédica son con frecuencia llamadas a administrar servicios o establecimientos de la atención médica de diversa índole, a distintos niveles jerárquicos y con diversas denominaciones como las del Director, Subdirector, Administrador, Superintendente, Jefe de Sala, Supervisor, Coordinador, etc.; careciendo con frecuencia de experiencia y preparación específica en la verdadera administración, esto tiene como consecuencia que dichas personas tengan un papel poco significativo, ya que para manejar con éxito cualquier servicio de atención médica, es necesario en la actualidad una preparación específica. La Administración es conducir o guiar hacia objetivos predeterminados, siendo el directivo de cualquier establecimiento o servicio médico, el responsable de la reunión o conjugación adecuada de los recursos humanos, materiales y económicos para lograr una meta, la óptima atención del paciente. Por tanto la misión del Director médico es: prestar servicios oportunos, al menor costo y de la mejor calidad posible considerando al paciente como individuo, como integrante de una familia y componente de la sociedad; o sea que el propósito de la administración de la atención médica es lograr que las

actividades y funciones de sus áreas se racionalicen y alcancen los objetivos de dar servicios al paciente y los de educación e investigación necesarias en toda comunidad y que estos se logren con eficiencia, economía y satisfacción. El proceso de administración médica abarca el proceso de Administración de Hospitales. Se piensa con frecuencia que la administración de la atención médica se refiere al pago de salarios y honorarios del personal; abastecimiento de ropa, combustibles, equipo y alimentos, contabilidad, prevención de vacunaciones, días de descanso, etc. La administración de la atención médica en general y la de hospitales en particular se deben considerar como disciplinas autónomas, ya que sus campos de acción, sus objetivos y su práctica les dan cierta independencia y por lo tanto unidad, aunque debe reconocerse que tienen afinidad y son influenciadas en alto grado por otras ramas de saber: administración general, medicina social, salud pública, sociología, económica, antropología, derecho, electrónica, ingeniería, arquitectura y otras materias tanto del ramo humanístico, como del científico".(25)

BASES DE LA ADMINISTRACION.

"La Administración de la atención médica descansa en dos tipos de recursos:

- 1.- Las personas: administradores y administrados.
- 2.- Las cosas y bienes de que se valen las personas para realizarla.

Entre las personas se puede citar: director, subdirector, jefes de departamento, técnicos, personal calificado, semicalificado y no

calificado; entre las cosas que se pueden mencionar: edificio, dinero, máquinas, instrumental quirúrgico, materiales de curación, papelería, instalaciones, etc.

Por lo tanto la Administración de la atención médica depende de las personas (papel activo) y de las cosas (papel pasivo) aunque su éxito depende primordialmente de la actividad de los agentes impulsores: directivos. Si los recursos del personal, materiales y monetarios que se emplean en el campo de la atención médica fueran ilimitadas en cantidad y en calidad, la necesidad de administrarla continuamente sería menor. Pero la escasez de personal preparado y la falta de medios materiales y económicos adecuadas son barreras de gran importancia que se oponen en una mejor atención médica; de aquí que se necesita darles una óptima utilización, en otros términos es necesario mejorar la administración de la atención médica". (26)

PARTICULARIDADES DE LA ADMINISTRACION MEDICA.

"Todos los servicios de atención médica son responsables en una y otra forma de la salud de los hombres, por lo que requieren de personal altamente calificado y de locales, equipo y materiales de primera calidad, con ésta idea se pueden señalar algunas características de la administración médica y en particular de sus servicios más conocidos: el hospital y la clínica.

Los hospitales y las clínicas son instituciones no estandarizadas en su estructura ya que pueden ser: públicas, semipúblicas y privadas; además algunos son generales, y otras altamente

especializados; por otra parte hay físicamente grandes contrastes con otras muy pequeñas.

Los hospitales y las clínicas son lugares de contraste emocional: lugar de nacimiento, de alivio y de muerte; sitio de alegría para unos, de dolor para otros; desde el punto de vista de administración, esta atmósfera es única.

Los servicios de la atención médica son altamente personales; no hay enfermedades, hay enfermos, o sea, que sus servicios son diferentes y particulares para cada paciente.

En la atención médica hay una autoridad dual: la administración o jerárquica y médica; la primera establece niveles de autoridad entre jefes y subordinados; la segunda se basa en el contacto médico-paciente, es una relación personal en la que el profesional determina lo que se debe hacer con el paciente y existe por un acuerdo de voluntades. La frecuencia de éstos dos tipos de autoridad crea problemas, ya que el médico y la enfermera han sido formados para tener responsabilidad, individualidad, por lo que no aceptan con facilidad los sistemas jerárquicos; para ellos la autoridad no se determina por la gráfica de organización, sino por el "status" profesional y la competencia individual. Lo anterior señala un contraste con las industrias y el comercio, donde sólo hay una autoridad claramente definida.

En los hospitales trabaja el personal más heterogéneo en cuanto a nivel académico y antecedentes económicos y sociales; lo mismo se encuentran personas con cursos de doctorado que individuos que

con dificultad cursan algunos años de la escuela primaria, además hay personas con preparación media o técnica.

Un hospital nunca cierra; tres turnos deben estar cubiertos todos los días y todas las semanas, con personal diferente en número y tipo para cada turno.

En muchos hospitales las labores se realizan fuera de los departamentos, lo que crea problemas de supervisión. Por ejemplo los alimentos se transportan a diversas y diseminadas salas de hospitalización; las tomas de sangre para exámenes de laboratorio se hacen en los cuartos de las pacientes, siendo llevadas posteriormente al laboratorio; en los cuartos o salas de hospitalización los pacientes reciben servicios individuales de enfermería.

Gran parte de trabajo del hospital no puede medirse en unidades iguales, y si es medible no puede ser interpretado fácilmente. No se puede decir cuánta salud se ha obtenido en una intervención quirúrgica o cuánta en una consulta.

Las unidades de atención médica operan generalmente con déficit económico. A menudo subsisten debido a bajos salarios, personal voluntario, condonación de impuestos, etc.

Los hospitales y las clínicas tienen cada día más participación en la educación y adiestramiento de personal médico, paramédico, técnico y administrativo, lo que hace que dichas instituciones se parezcan cada vez más a las escuelas". (27)

PRACTICA DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA.

"La práctica de la administración de los servicios de atención médica varía de acuerdo con las condiciones económicas, financiamiento y cultura de las diversas regiones o instituciones, en algunas partes el director o administrador del hospital o clínica debe ser médico, en otras será necesaria una persona con antecedentes en contabilidad o enfermería y en otras se requiere tener un posgrado o estudios especificados en administración de hospitales o de la atención médica".(28)

Retomando la anterior teoría y comparando la dinámica institucional desarrollada en el Hospital Civil de Uruapan, es posible entender su dinámica interna tan compleja, en donde lo heterogeneo de su personal torna también compleja sus relaciones. Si es difícil unificar criterios para lograr propósitos comunes en instituciones con una estructura organizacional definida, es aún más difícil en esta institución en donde no hay definición de funciones y lineamientos para el logro de objetivos. Situación que justifica la propuesta general de organización y específicamente la evaluación del modelo de intervención que se propone para reestructurar el departamento de Trabajo Social.

1.7 CONCEPTOS ADMINISTRATIVOS PARA LOS SERVICIOS DE COMUNIDAD Y BIENESTAR SOCIAL.

LA INSTITUCION UN COMPLEJO SISTEMA SOCIAL.

"Los organismos de tipo social poseen unas características propias. Nacen y se desarrollan por ciertas necesidades personales y

ambientales, se satisfacen mejor mediante el esfuerzo común organizado. Así como éstas han sido concebidas por la comunidad, subsisten y están en condiciones de suministrar servicios gracias al apoyo que la misma comunidad presta". (29)

Cadill concibe así la naturaleza del hospital cuando dice: "el hospital es una pequeña sociedad, la manera más eficaz de funciona de esta sociedad afecta la conducta de las personas que la forman, acerca de las cuales los propios interesados no tienen conciencia".(30)

"La institución social moderna es un complejo sistema social que afecta a muchas personas, incluimos entre ellas al Director, al personal administrativo, otros miembros del personal, los voluntarios, los afiliados, los usuarios y la comunidad que mantiene a la entidad. Las actividades administrativas y su carácter responsable, es fundamentalmente para unir todas estas personas en un todo funcional. Cuando los dirigentes de las instituciones se perentenen que es un ente formado por individuos que trabajan cooperativamente en suministrar servicios que satisfacen las necesidades humanas, han de tratar de comprender a cada una de las personas que forman la institución".(31)

CAMBIOS OCURRIDOS EN LAS INSTITUCIONES.

Durante las últimas décadas algunas organizaciones destinadas a proporcionar servicios a la comunidad, han ampliado su cobertura considerablemente. Los programas denominados de descentralización separados del centro del organismo, han creado programas de

autoridad y delegación de responsabilidades. Además cabe señalar que algunos organismos funcionan en la actualidad con medios obsoletos, mal situados en relación a la población. Algunos de estos organismos procuran descubrir donde deberían situar su labor y el carácter de los nuevos medios que deberían poseer".(32)

"La descentralización del servicio ha planteado la necesidad de comprender los procesos propios de la delegación de autoridad, así como los procesos que permiten asignar responsabilidades manteniendo cierto grado de control".(33)

"Es una época de escasez personal, tanto profesional como voluntario, por lo tanto resulta evidente que debe prestarse mayor atención al mejoramiento de la organización, la utilización y la dirección de los esfuerzos del potencial humano".(34)

LA ADMINISTRACION: RESEÑA GENERAL.

"Los procesos (administrativos) utilizados para asegurar el mejoramiento progresivo de los servicios de asistencia pública son el análisis del programa y la planificación, la formulación de la política general, la ampliación de procedimientos, la interpretación de los objetivos y las necesidades del programa, la supervisión, la consulta, el desarrollo y la dirección del personal, así como controles fiscales".(35)

"La administración es un proceso de trabajo con personas para crear y mantener un sistema de esfuerzo cooperativo destinado a

suministrar servicios. Este enfoque de la administración implica una amplia división de responsabilidades en todo organismo. Por tanto muchas personas tienen obligaciones administrativas".(36)

Una vez retomada la teoría de la nueva administración institucional, sirve como referencia para proponer en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva" A.C. formas de organización participante en la toma de decisiones y sobre todo crear un clima organizacional motivador que propicie la integración de su personal.

1.8 AUTODIAGNOSTICO INSTITUCIONAL.

El Trabajador Social es un profesional que desarrolla su trabajo o actividad profesional bajo un marco institucional; a partir de los objetivos de ésta es como se determinan las acciones encaminadas a la promoción popular.

"Es necesario entender qué elementos caracterizan a las instituciones, sobre todo a las dependencias del Estado, pues son diferentes a las organizaciones privadas que presentan más organización en su funcionamiento".(37)

"Las organizaciones oficiales son las que pretenden un mayor bienestar social, sin embargo su funcionamiento no se encuentra del todo bien definido, lo que crea que su objetivo se pierda y se refleje en la comunidad al no cubrir sus demandas; también se caracterizan porque en su propia organización hace falta coordinación en todos los planos, originándose falta de información sobre la manera que operan otros, no se tienen mecanismos de

coordinación, hay superposición de tareas, improvisación y arbitraje facilitando la burocratización de las organizaciones; en este marco organizacional los intentos de cambio resultan difíciles, se pueden dar reformas pero al último todo queda como veía funcionando. quienes se encuentran en esta dinámica institucional son reacios a los cambios, no pueden suponer variaciones en sus hábitos de trabajo, en sus modos de solucionar problemas u en sus modos de relacionarse, dicha situación se entiende porque puede haber temor de que otra persona pueda asumir alguna actividad suya o le pueda criticar".(38)

"Por tanto la dinámica institucional puede envolver a cualquier profesional que participe en estas organizaciones, tal vez en su aspiración considere pertinente efectuar cambios, lo cual será difícil e incluso ¿Qué se puede hacer cuando se quiere transformar algo con las manos vacías o confusas? Pero no todo es negativo, se pueden presentar situaciones coyunturales, suelen ser espacios de autonomía relativa, en estos espacios es preciso tener alguna alternativa para trabajos que beneficien de alguna manera a la propia comunidad.

No todo termina con el entendimiento del funcionamiento de la estructura, es importante considerar también las relaciones interpersonales, si existe un verticalismo y ejercicio de poder en los más mínimos detalles. Por tanto el ejercicio de poder se practica por presencia de seres, grupos pequeños que controlan la información, conducen las acciones y son capaces de tomar

decisiones sin consultar a nadie; de esta forma los Trabajadores Sociales y demás personas que conforman el recurso humano de tales organizaciones únicamente se encargan de cumplir con un rol y llevar una función, las cuales son administradas por personalidades autoritarias, incapaces de aceptar errores ajenos a todo un contexto global de éstas instituciones y sus necesidades, por tanto se concretan a cumplir lo que las políticas organizacionales marcan, utilizando formas tradicionales de acción sin pautas a cambiar".(39)

"Esto significa que en una organización puede haber todo un clima de compañerismo, de relaciones formales e informales intensas, pero manteniendo un sistema rígido de trabajo y concentración de información en pocas manos".(40)

"Ya con estas características descritas cabe hacer la siguiente interrogación ¿De qué manera se puede cambiar el panorama? No todo se considera perdido, existen momentos que se pueden aprovechar para proponer ciertos cambios.

Por otro lado no todas las organizaciones funcionan con las características antes descritas, existen otro tipo de organizaciones que no se comparan con las estatales pero son válidas para cualquier tipo de organización; es precisamente en éstas en donde el Trabajador Social puede tener una mayor intervención y oportunidad de actuar tanto para su desarrollo profesional como para el logro del objetivo de la institución en la atención de

necesidades a la población; se trata de una organización democrática, en cuyo funcionamiento se da la capacidad de convivencia, el encuentro, la entrega, el amor por lo que se está haciendo y el amor por los integrantes del grupo. Dichas organizaciones surgen de necesidades sentidas, de situaciones que han invitado a un conjunto de seres a llevar adelante un proyecto, algún tipo de transformación social".(41)

"Las características de organizaciones de este tipo son: los integrantes se reúnen por un proyecto común, los objetivos y fines perseguidos pertenecen a los integrantes del grupo, y la comunicación es permanente, existen lazos interpersonales que les permite conocerse; hay división de tareas pero todos conocen las demás, existe un sistema de convivencia que permite mejorar las relaciones. Todo esto puede ser visto como una concepción idealista, sin embargo es una situación a la que aspira llegar un grupo u organización para realizar un trabajo armonioso que permita la intervención y desarrollo profesional de cada miembro; aunque se debe considerar que la dinámica de dichas organizaciones no es permanente corriendo el riesgo de caer en el fundamento de una anarquía organizada.

La intervención del Trabajo Social en una institución debe partir del conocimiento de la situación en la cual se ubica tanto a nivel local, regional y nacional; reconoce los fenómenos comunicacionales vividos dentro de ella, ya que suele suceder que la institución lanza acciones sin evaluar, sin aclarar el contexto,

debe tener un amplio análisis para evitar caracterizar situaciones a través de estereotipos determinados. Por tanto el Trabajador Social debe sostener un amplio lazo de comunicación para lo cual es inevitable la necesidad del análisis objetivo (analizar qué se comunica a quien se comunica). Es preciso considerar también los espacios en los que se da la comunicación, los momentos convenientes para transmitir la comunicación así como los factores que deben influir para el éxito de la misma".(42)

"Así el Trabajador Social Profesional debe tratar de aprovechar los espacios presentados para continuar la línea de acción de una organización democrática, lo que implica efectuar un autodiagnóstico institucional en forma permanente, con el cual se permita hacer nuevas propuestas de intervención y no correr el riesgo de caer en la burocratización de una anarquía organizada".(43)

Encuadrando la teoría anterior con la estructura organizacional del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva" A.C. la cual está respaldada jurídica y administrativamente por una Asociación Civil, que proporciona servicios médicos privados y no privados (con carácter de beneficencia) a las personas que no tienen acceso a las instituciones médicas de seguridad social, se puede concluir, que su funcionamiento es compatible con algunas de las características de las instituciones burocratizadas: cada área o estructura que la integra ha desempeñado su actividad sin conocer

el objetivo que persigue la institución, no existen lineamientos generales de acción bien definidos; tal situación ha propiciado actitudes de resistencia a aceptar cambios en tales formas de actuación. Desde la máxima autoridad que es la Asociación Civil y que toma decisiones unilaterales, hasta la última jerarquía de la organización existe superposición e improvisación de actividades que han llevado a la ejecución de proyectos que no han respondido a las necesidades de la institución. (44)

1.- "La Revolución Mexicana va para atrás". TRONO EL CAMPO. Semanario No. 784. 11 de Noviembre de 1991.

2.- "Para discutir el Tratado de Libre Comercio". Revista Bimestral Enero-Febrero. No. 39, México, D.F. 1991.

3.- Políticas Sociales y Trabajo Social. Fernández, Fernando. De. Humanitas 1984. Buenos Aires Argentina.

4.- "Manual de Organización y funcionamiento de unidades hospitalarias del segundo nivel de atención médica". De acuerdo a la Ley General de Salud. Secretaría de Salud. Febrero 1987.

5.- Idem.

6.- Idem.

7.- Revista "El Cotidiano". Privatización de los servicios de salud". Laurell, Asa Cristina y otros. Revista Bimestral. Enero-Febrero No. 39. México, D.F. 1991.

8.- Idem.

9.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. S.P.P. México, D.F. Mayo 1989.

10.- Manual Operativo para el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C. Uruapan, Mich., 1979.

11.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. S.P.P. México, D.F. Mayo 1989.

12.- Idem.

13.- Discurso ante la ONU de José López Portillo, 2 de Octubre de 1982. EXCELSIOR.

14.- Cuadernos de Trabajo Social "Análisis del ejercicio profesional de Trabajador Social en el Sector Salud". Apodaca, R. Ma. de Lourdes y otros. Publicación UNAM. México, D.F. 1983.

15.- Discurso ante la ONU de José López Portillo, 2 de Octubre de 1982. EXCELSIOR.

16.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. S.P.P. México D.F. Mayo 1989.

17.- Idem.

18.- Paula F. Vicente de "Trabajo Social e Instituciones". Ed. Humanitas. Buenos Aires, Argentina 1986.

19.- Idem.

20.- Idem.

21.- Idem.

22.- Método "Práctica de Trabajo Social: Guía de Análisis".
Módulo 1. CELATS. Lima Perú 1983.

23.- Método "Práctica de Trabajo Social: Guía de Análisis".
Módulo 1. CELATS. Lima Perú 1983.

24.- Revista de Trabajo Social. "Perfil Profesional de Trabajador
Social en el área de salud". Trimestral. Enero-Marzo 1989 No. 37.
Escuela Nacional de Trabajo Social. México, D.F.

25.- BARQUIN, M. "Dirección de Hospitales". Editorial Prensa
Mexicana. México, D.F. 1972.

26.- FAJARDO O. Guillermo. "Teoría y práctica de la
administración de la Atención Médica y de Hospitales". Editorial
Prensa Mexicana. México, D.F. 1978.

27.- Idem.

28.- Idem.

29.- TREKER, H.B. "Nuevos conceptos administrativos para los
servicios de comunidad y bienestar social". Editorial
Bibliográfica. Buenos Aires, Argentina 1966.

30.- Idem.

31.- Idem.

32.- Idem.

33.- Idem.

34.- Idem.

35.- Idem.

36.- Idem.

37.- PRIETO, Daniel. "El autodiagnóstico: comunitario o institucional". Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina 1988.

38.- Idem.

39.- Idem.

40.- Idem.

41.- Idem.

42.- Idem.

43.- Idem.

44.- Fuente directa, observación y entrevistas grupales, 1992.

II.- LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
SECTOR SALUD.

2.1.- ANALISIS HISTORICO DEL TRABAJO SOCIAL.

En este capítulo se presenta una breve descripción histórica del desarrollo y la práctica del Trabajo Social; de esta manera podremos ubicar la etapa en la cual el Trabajador Social del Hospital (motivo de estudio) y su actividad corresponde o no con la realidad y situación actual que demanda la atención a los problemas de salud de los usuarios que solicitan servicios a la Institución.

ETAPA PRETECNICA.

“Caracterizada fundamentalmente por la caridad, la beneficencia y la filantropía como actitudes dominantes en la Edad Media. La asistencia era ejercida por individuos de buena voluntad que se orientaban a la solución de situaciones o casos particulares de carácter problemático, con un espíritu de caridad o de responsabilidad”. (45)

ETAPA TECNICA

“Se inicia un incipiente y primitivo sistema de seguridad social, se fundan organizaciones precursoras de las actuales agencias sociales, representan un adelanto en el camino de la asistencia pública, sus objetivos eran ayudar, asistir al necesitado, al débil y al desamparado socialmente. Es la etapa donde la tecnificación del asistencialismo alcanza su mayor grado, la influencia de las ciencias logra un mayor auge (fines del siglo XIX) sobre todo las relacionadas con el hombre; el Trabajo Social comienza a considerar al hombre no sólo como objeto de la acción profesional

sino como un ser biológico e individual inmerso en un medio ambiente. El Trabajo Social enriquece sus técnicas y su marco teórico, surge la inquietud de tipificar la problemática social y adoptar las leyes al análisis del mismo, sin embargo el Trabajo Social sólo queda en el plano de las manifestaciones exteriores y aparentes. La tecnificación le da un papel de elemento mediatizador y neutralizante. Los aportes de las disciplinas sociales sirven de marco para que el Trabajador Social estructure sistemáticamente el Trabajo Social de Casos con una tendencia practicista y una concepción positivista en sus métodos de estudio (Trabajo Social de Casos y Trabajo Social de Grupos).

Para el período de los años 20'S en América Latina se desencadena el proceso de desarrollo capitalista, las primeras manifestaciones del proceso de sustitución de importaciones, se agudizan las contradicciones de clase, aparecen innumerables problemas cuya solución se buscará mediante la implementación de políticas asistenciales, cuya operatividad requiera de servicios sociales organizados y de personal competente.

El Trabajo Social en América Latina se inicia en el año 1925 con la creación de las primeras Escuelas de Trabajo Social. En Chile 1925 y 1929, y en Venezuela 1936 son centros dedicados a la preparación de personal para poner en práctica las políticas sociales. La orientación técnica que adoptan son la paramédica y

la parajurídica. El Trabajador Social se desempeñaba como una especie de asistente del médico".(46)

ETAPA PRECIENTIFICA

"Etapa del Trabajo Social con una orientación aséptica lo que implicaba que el profesional debía ser cada vez más científico, cuya tecnificación estaría basada en su afinamiento como instrumento útil a la clase dominante, ajeno a todos los movimientos políticos y sólo se preocupaba por el ajuste de sus clientes ya fueran individuos, grupos o comunidades. La etapa precientífica no es más que una prolongación de la etapa técnica, su diferenciación es porque su acción profesional tiene una base teórica más sólida, producto del desarrollo de las ciencias del hombre y de la sociedad. El Trabajo Social aún no contribuye con teoría dentro de las ciencias sociales, sin embargo, metodológicamente los modelos de acción práctica se van afinando cada vez más. Se cuenta ya dentro de la profesión con el método social de caso completamente desarrollado, con el método de Trabajo Social de Grupos y una mayor elaboración de método de organización de la comunidad. Sin embargo en América Latina el Trabajo Social experimentó un cierto grado de atraso, los métodos y técnicas eran importados totalmente ajenos a las situaciones de nuestros países, lo que ha evidenciado lo inoperante del quehacer profesional del Trabajo Social". (47)

ETAPA CIENTIFICA

"El Trabajador Social se preocupa por conocer la esencia de los fenómenos o problemas objeto de estudio e intervención, trasciende del marco de la experiencia inmediata y fenoménica, considera los fenómenos de una globalidad estructural. Inicia la producción de teorías partiendo de la existencia articularizada de los fenómenos comprendiéndolos como un todo estructurado y dialéctico, de manera que cualquier hecho pueda ser comprendido racionalmente".(48)

2.2 EL TRABAJO SOCIAL EN MEXICO.

"En México, al igual que en los países europeos, el surgimiento del Trabajo Social se encuentra asociado a la gestación del modo de producción capitalista, período en el que la organización social para la producción genera masas de seres humanos libres con carencias sociales. La creciente opresión de estas masas genera situaciones de conflicto para la propia organización social, lo que hace que el Estado burgués impulse medidas intervencionistas para la regularización de la política económica social, generando una actitud oficial sistemática y organizada de ayuda al necesitado, propiciando el surgimiento de profesionales capacitados a prestar ayuda realizando acciones asistenciales dirigidas por el Estado.

Una vez terminado el movimiento revolucionario la situación del país se encontraba en un momento crítico ya que la estructura agraria prevaeciente había sido el móvil principal de la lucha y

por ello el campo exigía mayor atención en las necesidades de la población que de no ser así se corría el riesgo de un nuevo movimiento. Es por ello que el grupo dominante emprende la tarea de institucionalizar un sistema caracterizado por la dominación política que combinara fuerzas y consenso para restablecer el orden económico del país. Para cumplir con este objetivo en 1921 aparece un programa de educación rural respaldado por la Secretaría de Educación Pública "por medio del cual los maestros además de alfabetizar y enseñar aritmética, gramática e historia trataban de introducir elementos de higiene y medicina así como promover el desarrollo de los artesanos locales; las funciones a cumplir por los educadores se clasificaban de la siguiente manera:

- a) Como educador incluyendo la capacitación agrícola y Trabajo Social.
- b) Como agente cultural cuyo objetivo era modificar la cultura tradicional.
- c) Como agitador social y político de asuntos que afectaban la población rural.

Este tipo de funciones se justifican por la necesidad del Estado de profesionistas que fomentarán el nacionalismo y la unidad nacional y se ocuparán por aspectos de la problemática social que tenían las comunidades campesinas (básicamente salud y educación); al carecer de profesionales en Trabajo Social, la actividad fue encomendada al maestro rural.

Hacia 1929 con la consolidación del capitalismo se concreta un Estado planificador e intervencionista, aquí se ubica el surgimiento del bienestar social.

En los años 30's la relación de Estado con las masas se caracteriza por mantener una actitud de alianza-apoyo y manipulación-control, en ésta dinámica se encuentra inmerso el Trabajador Social ya que el Estado otorga beneficios sociales, de esta forma se instituye formalmente la carrera de Trabajo Social, la cual surge al margen de los movimientos sociales, ligada a la expansión y modernización estatal; el Trabajador Social se encuentra vinculado a las instituciones gubernamentales realizando tareas paramédicas o parajurídicas.

Hacia 1933 en el Centro de Estudios Tecnológicos No. 7 (hoy CECYT No. 5) se imparten los primeros cursos de capacitación en Trabajo Social oficialmente reconocidos, la fundación de esta Escuela es la respuesta a los requerimientos del Estado que requería profesionales para el apoyo del proceso de adaptación de la clase obrera a su nueva condición social. Los objetivos de la Escuela eran:

- 1.- Formar profesionistas que dieran respuestas a los problemas que tienen origen en la pobreza y la enfermedad.
- 2.- Proporcionar ayuda y asistencia técnica para prevenir y eliminar obstáculos personales y ambientales, lo que se traduciría en bienestar humano, individual y colectivo para lograr un funcionamiento social armónico.

En esta época la formación de los Trabajadores Sociales en México se caracteriza por:

- Estar capacitados para trabajar en el medio rural-urbano.
- Preparados para auxiliar a los médicos, capacitándoseles para aplicar inyecciones, vacunar, etc.

En este momento ni la carrera ni los cursos tenían el carácter de formación profesional ya que cualquier persona podía ocupar las plazas de Trabajadores Sociales.

Hacia 1939 teniendo en cuenta la necesidad de dar categoría universitaria a la profesión de Trabajo Social se elaboró un proyecto tendiente a establecer la carrera; al año siguiente el Consejo Universitario aprobó el proyecto y la carrera quedó establecida como una sección de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Paralelamente en esta época la Secretaría de Educación Pública implantó la nueva carrera en su Escuela de Artes y Oficios al tiempo que iniciaba sus cursos la Escuela Libre de Trabajo Social. Esta última se estableció en 1945 con el objeto de formar profesionales que ayuden a resolver la problemática de nuestro país y preparar elementos calificados para trabajar en diversas instituciones.

En 1947 en el interior de la República se fundan dos Escuelas, ambas ubicadas en Monterrey, Nuevo León; la primera en la

Universidad de Nuevo León, cuyo objetivo era formar profesionistas que respondieran a los problemas sociales y concretamente a la formación de técnicos que colaboraran con el médico y así llegar a tener un número de técnicos que les permitiera ser más eficientes en el campo de la medicina. La otra es la Escuela de Trabajo Social "Cervantes", A.C., fué la primera de carácter privado y profesional que se fundó en México, junto con la Escuela "Vasco de Quiroga" (fundada en 1956 en el Distrito Federal) juegan un papel determinante en el desarrollo de la profesión ya que su estrecha relación con la iglesia permite establecer relaciones internacionales que abren nuevas perspectivas y coloca el Trabajo Social a la vanguardia en México. La razón de ser de formación profesional en escuelas católicas se justifica por el interés de la iglesia de colocarse a la cabeza del grupo en el poder para recuperar su papel de conductor moral de la sociedad.

Ante esta situación la Escuela de Trabajo Social no puede definirse como parte de algún campo específico sino que se ubica en el amplio espacio de la cuestión social, por tanto su formación se caracteriza por ser un personal técnicamente capacitado para colaborar en la investigación y resolución de los problemas sociales que afectasen la región.

Es importante destacar que los primeros intentos por crear la carrera y su reconocimiento como tal tuvieron lugar en un momento crucial en el desarrollo del país. En el período de los años 40's, México iniciaba una etapa de desarrollo capitalista de manera

acelerada con todas las consecuencias que caracteriza este tipo de procesos. Los medios de política económica adoptados por el Estado llevan a la creciente masa de trabajadores a un proceso de pauperización; se desarrolla un imponente aparato de Estado que por medio de una prepotente Presidencia dirige, organiza y administra el país, es por ello que el Trabajo Social se asocia como una profesión ligada al sector público ya que se ubica en instituciones que instrumentan las políticas sociales, consolidándose como parte integrante del aparato Estatal.

Hacia 1951 la Secretaría de Educación Pública define a la Trabajadora Social como la profesionista que habiendo adquirido conocimientos teóricos-prácticos en las disciplinas científicas de carácter eminentemente social, tales como la Psicología, Paidología, Sociología, etc. ha quedado capacitada para ejercer actividades de los grupos sociales y el ajuste de las relaciones sociales".(49)

1950 - 1960

"Década en que se crean siete Escuelas de Trabajo Social, los objetivos de formación profesional influenciados por la corriente estructural-funcionalista, la concepción de Trabajo Social era: Arte científico mediante el cual se estudian y conocen los problemas de los débiles sociales buscándoles remedio y previsión mediante una acción planeada y organizada. El Dr. Bermúdez clasifica los métodos de Trabajo Social en Trabajo Social de Casos y Trabajo Social de Grupos".(50)

"En cuanto a la formación de trabajadores sociales, eran tres años de estudio (después de la secundaria) en donde recibían elementos de Metodología y Sociología con un acento particular en los aspectos psicológicos como marco-teórico referencial".(51)

"Después de la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos organiza su hegemonía en todo el mundo; de esta manera la O.E.A. ejerció su influencia en la formación y práctica de los trabajadores sociales latinoamericanos, proponen un nuevo método de intervención de Trabajo Social: Desarrollo de la Comunidad, el cual contiene una perspectiva funcionalista en el tratamiento de los problemas sociales. Los métodos de grupo y caso ocupan un segundo plano ante la importancia que suponía el desarrollo de la comunidad. Situación que generó un fuerte movimiento en el ámbito del Trabajo Social propiciando una renovación de la metodología y nuevas teorizaciones".(52)

"En la década 1960-1970 se inicia en México el intercambio de experiencias de Trabajo Social; en 1965 se funda la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social. En 1966 en México se formó la Asociación de Escuelas de Trabajo Social, en 1967 en la ciudad de Monterrey se firma la versión definitiva del acta constitutiva, esta ciudad sería a partir de entonces (julio de 1967) la sede de la Asociación Nacional de Escuelas de Trabajo Social. Después surgieron otras asociaciones todas con el mismo propósito: revisar el quehacer de los Trabajadores Sociales y cuestionar su práctica en base a la teoría y la experiencia".(53)

"Por su parte en los países del cono sur las manifestaciones en relación a las contradicciones del sistema económico, social y político eran más agudas, surge el movimiento reconceptualizador, de esta manera aparecen los primeros documentos elaborados por trabajadores sociales en donde sientan las bases de tal movimiento, el cual se caracteriza por distintas formas de pensamiento pero con una sola finalidad: analizar la metodología del Trabajo Social frente a la realidad de los países latinoamericanos".(54)

"La influencia de la reconceptualización llega a México y se plantea que el trabajador social debe ser un agente de cambio, por lo tanto su práctica profesional tendría que ser con un carácter revolucionario y se discute si debe participar o no en las instituciones, situaciones discutidas en todas las Escuelas de Trabajo Social que a partir de 1968 tenían el nivel de licenciatura.

Hasta mediados de 1970 se incluyen elementos de administración y planeación, los cuales fueron establecidos en los documentos de Araxá y Teresópolis".(55)

Durante el gobierno de Echeverría y como medida de control social y político después del movimiento estudiantil y popular de 1968, una prioridad del Estado era fortalecer los mecanismos de adhesión y legitimación de las distintas clases y sectores sociales hacia el poder político, los principios básicos de la política del desarrollo compartido fueron la negación del crecimiento como objetivo

principal del desarrollo económico del país y el fortalecimiento del sector público para convertirlo en agente impulsador de desarrollo".(56)

"La política populista y de apertura democrática de éste sexenio le da una doble posibilidad a los trabajadores sociales: las instituciones que se mantienen aisladas de los centros universitarios, impulsando los programas sociales y de comunidad y por otra parte las universidades influenciadas por las teorías marxistas que dan pie a interpretaciones equivocadas del Estado, de sus instituciones y del quehacer del Trabajo Social, por tanto las prácticas escolares de la época tienen objetivos distintos".(57)

"La Asociación Mexicana de Trabajadores Sociales (AMETS) y la Federación Nacional de Estudiantes de Trabajo Social (FENETS) retoman el Trabajo Social reconceptualizado y revisan los programas académicos tanto técnicos como a nivel licenciatura. Se abandonó el enfoque microsocioal y se le da suma importancia a la investigación social, metodología, planeación y política en México, de esta manera se propiciaría una formación macrosocioal".(58)

"Para esta época en nuestro país y durante el gobierno de López Portillo se da la ruptura de la unidad burocrática y de los canales de comunicación entre el gobierno e importantes grupos empresariales a lo que se denominó crisis administrativa".(59)

"Por consiguiente uno de los problemas centrales del régimen político era la refuncionalización de un proyecto nacional popular

que tendiera a aglutinar las fuerzas sociales y políticas que se generaron en el período 1976-1980".(60)

"Por su parte a finales de la década de los 70's, ciertos grupos de trabajadores sociales retoman la investigación-acción con el propósito de darle un carácter científico al desarrollo de las acciones. Este modelo de intervención superior al que normalmente se practicaba, no se llevó a cabo en su totalidad, no tanto por las limitaciones institucionales sino por carecer de bases conceptuales para llevarlo a la práctica. Situación que condujo a realizar una serie de eventos encaminados a la superación profesional retomando la realidad nacional; se organizan reuniones y seminarios principalmente en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM".(61)

Por lo que respecta a la formación de profesionistas se preocupan de que esté vinculada a las instituciones. Se hace incapié en la sistematización. Hasta 1983 las discusiones y organización de eventos de Trabajo Social se realizan por áreas específicas de intervención profesional y se retoma la realidad social, política y económica de nuestro país".(62)

2.3 EL TRABAJO MEDICO SOCIAL EN EL AREA DE SALUD.

"Aún antes de la creación de Escuelas de Trabajo Social, en nuestro país existían personas que dentro de los hospitales se dedicaban a ayudar a los enfermos cuya pobreza les impedía proveerse de medicamento, prótesis, etc. Es a partir de 1943, aproximadamente que empiezan a ser contratados trabajadores

sociales para desempeñar ciertas funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada.

Al principio se ocuparon principalmente de la fijación de cuotas, así como promover la ayuda material para enfermos con mayores carencias. Posteriormente a medida que se fué destacando el papel del trabajador social, se le empezó a ubicar como el profesional capaz de mantener la conexión entre el paciente y su hogar cuando se encuentra fuera de su medio familiar; debe contribuir a suprimir todos los motivos de preocupación que el enfermo pueda experimentar sobre su familia demostrándole que ésta no carece de lo necesario y que además está altamente interesada en la recuperación de él. Se enfatiza que su participación contribuirá en la positiva modificación del medio familiar del enfermo y reeducación.

A medida que se avanza en la práctica profesional en esta área, hasta hace poco tiempo la concepción paramédica y concepción interdisciplinaria y de salud integral, se asocia de tal manera que en la actualidad se le define como "acción ejercida mediante metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la investigación, planeación y administración de programas tendientes a concientizar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias para la salud integral".(63)

"Sin embargo se debe reconocer la tendencia reciente entre el sector que va hacia una concepción social de la medicina y que

percibe el proceso de salud-enfermedad no como una dicotomía, sino como un proceso inherente a unas determinadas condiciones histórico-sociales, por lo que se incluyen las siguientes concepciones:

El trabajador social en el área de salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencias y necesidades inciden en la salud, por lo que requiere de identificar las formas y medios para preservarlo y recuperarlo, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos".(64)

O bien, considerar "al Trabajador Social del área de la salud como la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades".(65)

"Finalmente, todas las orientaciones conceptuales además de los factores sociales, reconocen la intervención de elementos biológicos y psicológicos, por lo que se requiere del trabajo en equipo a través de una plena integración, no como mera sumatoria de esfuerzos, sino a partir de la multidisciplinariedad, lo que implica la concurrencia de conocimientos y acciones en un marco de referencia lógico y bien estructurado, que permita la conservación de los fines propuestos como son: la higiene, el saneamiento y mejoramiento del ambiente, la educación para la salud, la nutrición, la salud materno-infantil, la planeación

familiar, la salud bucal, la salud mental, la salud ocupacional, la higiene del deporte y la recreación, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, la prevención de accidentes, la rehabilitación y la seguridad social".(66)

2.4 ESPECIFICIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE SALUD.

"Cuando se hace referencia a la especificidad, se plantea el problema del conocimiento; la relación sujeto-objeto de estudio, teniendo que aceptar la condición de sujeto de conocimiento, ambos sujetos se involucran en un proceso de construcción de una condición humana determinada, en donde la relación que se establece responde a un contexto particular.

De tal manera que en un Trabajo Social las concepciones actuales (a partir de la reconceptualización), hacen reconocer las relaciones de identificación del objeto (sujetos sociales con carencias y necesidades), y el sujeto (trabajador social de la salud), como actores de un proceso en donde la participación conciente de los primeros es fundamental, para el logro de los objetivos que promueve el segundo.

Llevando así, a delimitar el objeto mismo de las acciones que despliega el trabajador social del área de salud; los procesos sociales en donde los actores no sólo son percibidos como entes bio-psico-sociales, sino como sujetos sociales, cuyas carencias y necesidades están históricamente determinadas y los satisfactores

para alcanzar la salud integral se encuentran condicionados por su inserción en el proceso salud-enfermedad; y por el proceso productivo, lo que va a dar un mayor o menor acceso a los satisfactores y recursos para la preservación de la salud.

Así que la determinación de la función en esta área la especificidad del trabajador social se ha interesado por una aproximación a la realidad social, en donde participa como el vínculo o enlace entre los sujetos sociales que portan las necesidades sociales (demandantes de atención y servicio para salud) y el Estado y las instituciones (integran los servicios y recursos para satisfacer tales necesidades). Lo que lleva básicamente, a conocer como ha organizado el Estado sus políticas en esta materia, frente a la manera en que los individuos han disputado su acceso a la atención, los servicios y los derechos en torno a la salud.

Desde la perspectiva mencionada, el trabajador social requiere de la formación especializada que le permita la conjugación de elementos de la administración, la educación, la investigación y la salud pública para el conocimiento y la intervención de este ámbito concreto, participando multidisciplinariamente con el médico, el epidemiólogo, la enfermera, el administrador, etc. El Trabajador Social especializado en el área de la salud es el profesional del equipo de salud, que a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos

sociales, para la promoción y atención de la salud de acuerdo al nivel de atención de la institución.

Por lo que su formación está orientada a la investigación socio-médica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la administración de los servicios de Trabajo Social de las diferentes unidades operativas; así como la educación y la dinámica de grupos que lo llevan a promover la organización de la población a fin de que participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en donde deberá sistematizar las experiencias desarrolladas para la retroalimentación teórico-operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la orientación y obtención de mejores resultados". (67)

El Hospital Civil "Dr. J. Jesús Silva", A.C. por la característica dual de su funcionamiento y por estar respaldada jurídica y administrativamente por una Asociación Civil, no dirige su acción mediante lineamientos generales de ninguna dependencia del Estado, sin embargo no es una unidad aislada y se deben de considerar las políticas y objetivos que pretende el sector salud en materia de educación para la salud y medicina preventiva. el Trabajador Social debe conocer las necesidades y problemas propios de la institución para programar, ejecutar y evaluar programas y proyectos encaminados a mejorar la organización y eficientar la forma de administrar los servicios de salud, retomando para tal propósito las actividades y funciones de actuación profesional en esta área.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

2.4.1 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

"Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
- 2.- Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
- 3.- Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.
- 4.- Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen conciente y activamente, en los programas de salud.
- 5.- Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
- 6.- Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social", (68)

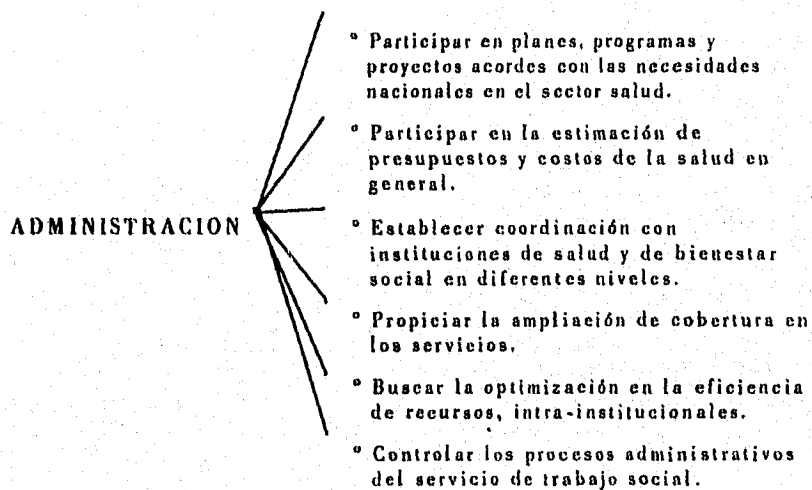
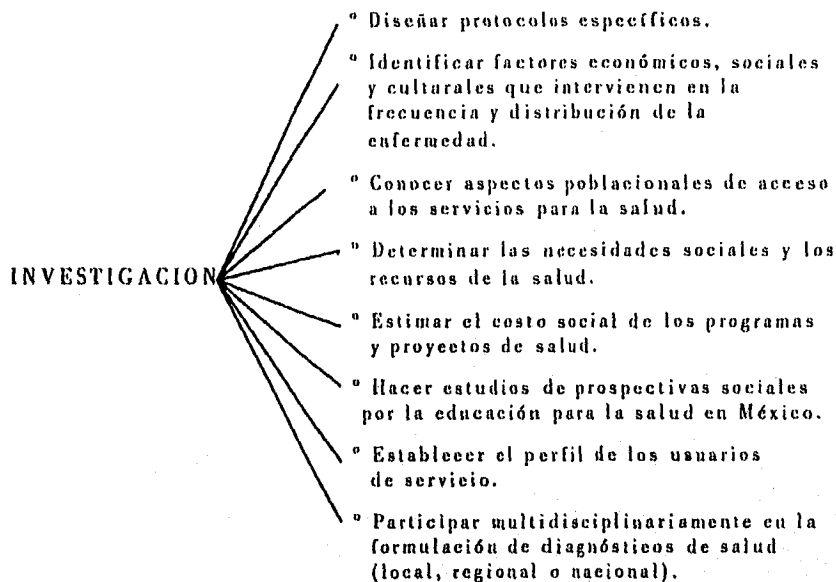
2.4.2 FUNCIONES.

"Las funciones particulares que corresponden al perfil profesional son"

- a) Investigación,*
- b) Administración,*
- c) Educación,*
- d) Asistencia,*
- e) Enseñanza,*
- f) Promoción social o comunitaria,*
- g) Orientación Legal y de Medicina del Trabajo,*
- h) Sistematización.*

Las cuatro primeras pueden ser consideradas como funciones básicas en el área, tanto por su amplitud como la regularidad de sus acciones mientras que las funciones de promoción social o comunitaria y las de orientación médico legal (en aspectos penal y del trabajo), están condicionadas a programas generales o bien al nivel de atención de la instancia operativa".(69)

2.4.3 ACTIVIDADES.



ADMINISTRACION

- ° Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad es ésta.
- ° Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.
- ° Diseñar manuales de normas y procedimientos del Servicio de Trabajo Social.
- ° Establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales.
- ° Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes).
- ° Hacer neopio de material didáctico y de difusión.

EDUCACION

- ° Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- ° Impulsar la educación para la salud física y mental.
- ° Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.
- ° Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud
- ° Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etcétera.
- ° Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.
- ° Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- ° Diseñar material de apoyo didáctico.

ENSEÑANZA

- ° Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social.
- ° Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del Sector.
- ° Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.
- ° Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de Trabajo Social.
- ° Difundir las funciones y programas de los Servicios de Trabajo Social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.
- ° Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.
- ° Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

ASISTENCIA

- ° Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.
- ° Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.
- ° Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios, etc.).
- ° Canalizar enfermos a otras unidades operativas. (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área, o ser derechohabiente de otra institución)

**PROMOCION SOCIAL
O
COMUNITARIA**

- " Participar en campañas comunitarias de salud.
- " Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- " Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.
- " Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.
- " Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.
- " Coordinar intra y extrainstitución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.

**ORIENTACION
LEGAL**

- " Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal.
- " Coordinar la integración de expediente clínico, con la información legal respectiva.
- " Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público.
- " Canalizar el caso.

SISTEMATIZACION

- " Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario.
- " Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.
- " Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.

SISTEMATIZACION

- ° Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.
- ° Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- ° Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.
- ° Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.

2.4.4 METODOLOGIA

CONOCIMIENTO EN:

- "Metodología, la teoría y la técnica de investigación en las ciencias sociales.
- Desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina.
- Legislación y los sistemas de seguridad social en México.
- Educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.
- Evolución del Trabajo Social en esta área, su teoría, metodología y práctica específica.
- Psicología evolutiva y social, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad.

CAPACIDADES PARA:

- Desarrollar diseños de investigación.
- Dominar aspectos administrativos de la planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.
- Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud-enfermedad.
- Identificar los recursos humanos, materiales e institucionales que ayuden a resolver problemas.
- Optimizar los recursos.
- Sensibilizar y movilizar a la población.
- Formar grupos.
- Participar en procesos educativos.
- Atender problemáticas individuales.
- Aplicar técnicas de dinámica grupal.
- Participar interdisciplinariamente y multidisciplinariamente.
- Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.
- Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de Trabajo Social en esta área.

HABILIDAD Y DESTREZA EN:

- Identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud.

- Identificar políticas del Estado en lo que se refiere a esta área, así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas.
- Manejar técnicas de trabajo individual, dinámicas y control de grupo y organización comunitaria.
- Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.
- Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista.

ACTITUDES PARA:

- Mantener el apego a las políticas institucionales.
- Ser responsable de la información de la institución.
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones.
- Ser solidario con el equipo de trabajo.
- Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- Mantener el secreto profesional.
- Mantener espíritu de servicio.
- Ser crítico, objetivo y justo.
- Respetar la dignidad humana.
- Crear compromiso profesional con la población.
- Adecuar los términos de su comunicación, al nivel de la población atendida.

- Respetar la decisión de las personas, en la solución de los problemas". (71)

2.4.5 NIVELES DE ATENCION

"El Estado ha propiciado la creación de organismos financiados tripartitamente, que brindan atención médica a los sectores de trabajadores organizados del país, tales como el ISSSTE, que protege al trabajador del Estado; el IMSS, que proporciona servicios médicos a los trabajadores asalariados principalmente; y la Secretaría de Salud, que se encarga de atender a la población que no está incluida en los organismos anteriores.

La cobertura efectiva de estas Instituciones es insuficiente, debido a que sus derechohabientes acuden a la medicina privada y no hacen uso real de sus servicios, y en ocasiones, sobre todo para la atención primaria acuden a establecimientos asistenciales. esta demanda varía en función de la situación económica, observando que la demanda por servicios públicos se ha elevado considerablemente.

Por lo que se refiere a la población rural o suburbana, la que no tiene relación formal de trabajo, son atendidas por el IMSS COPLAMAR.

Finalmente algunas estimaciones indican que la medicina privada atiende al 57% de la población total (Revista de Trabajo Social. "El Perfil del Trabajador Social en el Área de Salud"), además de aquella que teniendo derecho a la seguridad social acude a este servicio.

Así, el Programa Nacional de Salud, establece la coordinación nacional de los servicios de salud, para unificar recursos y esfuerzos brindando atención médica accesible a toda la población mexicana. Indudablemente que este proyecto gubernamental junto con el derecho a la salud, incluye medidas que propician su aplicación y desarrollo, política que nunca ha cubierto en su totalidad los objetivos planteados.

La reestructuración de los servicios de salud, marca una importante cobertura para el trabajo que vienen desarrollando los Trabajadores Sociales del área de la salud, ya que considera a los tres niveles de atención como una pirámide donde la base está constituida por los servicios de atención primaria. En ella, la atención a la problemática de salud proviene de la concepción del proceso salud-enfermedad, como un fenómeno dinámico, cuyo origen se da en la propia sociedad, de ahí que se trate de implantar programas que involucren a la población promoviendo acciones de bajo costo y de políticas sencillas, que orienten hacia la prevención, promoción y la recuperación de la salud.

En dicha reestructuración, la atención ha sido dividida en tres niveles:

a) SUBNIVEL DE AUTOATENCIÓN.

Promover la participación de la población de áreas geográficas bien delimitadas. Se inicia el trabajo con un diagnóstico de necesidades y recursos para la salud, a través de la observación de los cuidados de la familia, su práctica de medicina tradicional,

hábitos cotidianos de alimentación, higiene y abrigo, educación, formas de integración, organización y solidaridad social.

Una vez integrado este diagnóstico, se procederá a establecer un programa con proyectos específicos cuyas acciones rescaten y difundan estas prácticas de la vida cotidiana para finalmente evaluar los resultados.

Los programas de autoatención requieren de la puesta en marcha de diferentes modelos de intervención de Trabajo Social, mismos que pueden ir desde los que hacen referencia a una investigación participativa hasta aquellos que aplican una investigación formal.

b) SUBNIVEL DE APOYO TECNICO O AUXILIAR

Incorpora personal de la comunidad, capacitado en educación para la salud, en prevención de las enfermedades, el cuidado materno infantil, higiene y saneamiento ambiental. Para esta fase, el Trabajador Social participa en la identificación de las personas aptas en este subnivel, así como en su capacitación, promoviendo el fortalecimiento de los grupos existentes o formando grupos para la atención de los problemas de salud.

c) SUBNIVEL DE ATENCION MEDICA PRIMARIA

Se apoya en personal no médico que se incorpora a los programas a fin de promover la educación para la salud y la atención de los problemas de salud más comunes, sin requerir para ello de tecnología o instalaciones complejas. También implicaría la actividad de enlace y canalización de enfermos a unidades médicas.

Los niveles secundario y terciario implican la estructura de equipos interdisciplinarios compuestos por médicos y enfermeras, con instalaciones equipadas específicamente y cuyo nivel de intervención requiere de la especialización del personal. En el caso del Trabajo Social, ello implica realizar acciones con tendencia a reformar el tratamiento médico, mediante la participación del enfermo y sus familiares, ya sea a través de procesos de atención individualizada o con grupos de atención para la conservación de la salud".(72) Para el logro de este propósito es indispensable que el Trabajador Social conozca las formas de intervención que se han desarrollado en otras instituciones de salud considerándolas como base para adecuar sus funciones y actividades; el Hospital Civil "Dr. J. Jesús Silva", A.C., en donde por ser una Institución descentralizada carece de los recursos suficientes para proporcionar asistencia integral a los usuarios y donde es conveniente que el Trabajador Social mediante la ejecución de sus funciones y actividades que se proponen en este perfil, participe en sugerir alternativas para poder de esta manera participar en forma interdisciplinaria con el equipo de salud.

2.5 UBICACION Y FUNCION DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ORGANIGRAMA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA (DEPENDENCIA DEL ESTADO).

"Toda unidad de segundo nivel debe contar con servicios paramédicos.

Los servicios paramédicos se integran por las áreas de:

- a) *Enfermería,*
- b) *Trabajo Social,*
- c) *Dietética,*
- d) *Farmacia,*
- e) *Admisión.*
- f) *Estadística y Archivo Clínico.*

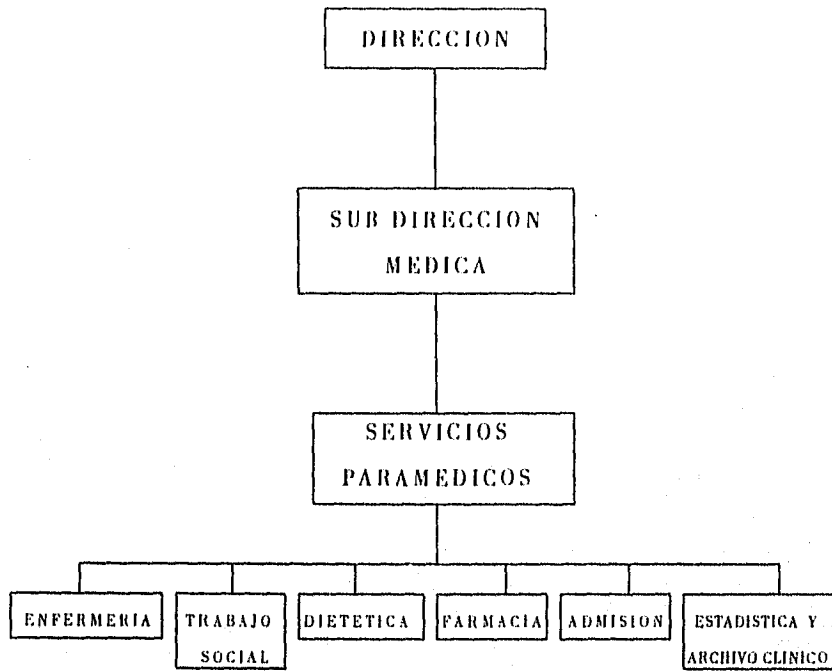
Los servicios paramédicos serán dirigidos por un jefe, con conocimientos en los aspectos técnico-administrativos de las áreas bajo su cargo con experiencia mínima de dos años.

La jefatura de los servicios paramédicos dependerá de la Subdirección Médica en los hospitales de segundo nivel de atención.

El jefe de los servicios paramédicos tendrá el mismo nivel de autoridad que los jefes de los servicios de atención médica y de auxiliares de diagnóstico de tratamiento.

Para el despacho de los asuntos de su competencia se auxiliará de los jefes de departamento de las áreas bajo su cargo.

Los servicios paramédicos tendrán la siguiente estructura orgánica:"



45.- LIMA, Boris. "Epistemología del Trabajo Social". Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina 1986.

46.- Idem.

47.- Idem.

48.- Idem.

49.- SANCHEZ Y UNZUETA. "Historia y Metodología del Trabajo Social". Ediciones Quinto Sol. México, D.F. 1988.

50.- Idem.

51.- Idem.

52.- Idem.

53.- Idem.

54.- Idem.

55.- Idem.

56.- Idem.

57.- Idem.

58.- Idem.

59.- Idem.

60.- Idem.

61.- Idem.

62.- Idem.

63.- Revista de Trabajo Social. "El Perfil del Trabajo Social en el Área de la Salud". UNAM. Departamento de enseñanza. Publicación Trimestral No. 38 Abril-Junio. México, D.F. 1989.

64.- Idem.

65.- Idem.

66.- Idem.

67.- Idem.

68.- Idem.

69.- Idem.

70.- Idem.

71.- Manual Operativo para el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C. Uruapan, Mich., 1979.

72.- Revista de Trabajo Social. "El Perfil del Trabajador Social en el área de la Salud". UNAM. Departamento de enseñanza. Publicación Trimestral No. 38. Abril-Junio. México, D.F. 1989.

73.- "Manual de Organización y Funcionamiento de Unidades Hospitalarias del Segundo Nivel de Atención Médica". De acuerdo a la Ley General de Salud. Febrero 1987.

III.- MARCO DE REFERENCIA EN LA PRACTICA

3.1 SITUACION GEOGRAFICA EN LA CUAL SE UBICA EL HOSPITAL CIVIL DE URUAPAN "DR. J. JESUS SILVA", A.C.

"El municipio de Uruapan está situado en la Cordillera Plurovolcánica a la que pertenece la Sierra Tarasca de Uruapan. Ubicado a los 19°24'56" de latitud norte y a los 102°03'46" de longitud oeste del meridiano de Greenwich; siendo su altitud de 1612 metros sobre el nivel del mar.

Cuenta con una extensión superficial de 1286 m², representa el 2.68 % del total del Estado de Michoacán.

Uruapan proviene del purépecha y significa florecer y fructiferar.

Es cabecera del Distrito, formado por los municipios de Tancítaro, Los Reyes, San Juan Nuevo Parangaricutiro, Paracho, Tingambato, Lombardía, Nuevo Urecho y Taretan.

LIMITES:

Al Norte con los municipios de Paracho y Nahuatzen.

Al Sur con los municipios de Parácuaro, Gabriel Zamora y Nuevo Urecho.

Al Este con el municipio de Ziracuaretiro.

Al Sureste con el municipio de Taretan.

Al Oeste con el municipio de Tancítaro.

Al Noroeste con el municipio de Peribán.

El municipio de Uruapan está dividido políticamente en una cabecera municipal, 62 rancherías, 9 tenencias, 16 ejidos y 16 comunidades".

(74)

Como ya se mencionó "Uruapan se constituyó a través de los años en cabecera de un territorio enclavado en el centro oeste michoacano; esto

gracias a su ubicación estratégica que le permite ser punto de enlace entre dos grandes zonas de la entidad: la Tierra Caliente y la Meseta Parípecha.

La ciudad es considerada como la segunda más importante del Estado ya que es una región productiva cuyas condiciones naturales y niveles de desarrollo y bienestar permiten dividirla en dos subespacios:

1.- La micro-región de Uruapan: que goza de condiciones de bienestar adecuadas en el contexto estatal y se especializa en la producción de aguacate, forestal y artesanal.

2.- La Tierra Caliente Michoacana: Tiene bajos niveles de bienestar, pero ha experimentado cambios económicos sorprendentes debido a su agricultura comercial vinculada a los Estados Unidos de Norteamérica. Por la localización entre la Tierra Caliente Michoacana y el Centro del Estado, Uruapan se ha convertido en una zona de comercio muy importante para la economía regional.

Cuenta con suficientes negocios organizados los cuales generan la creación de empleos y sobre todo, la atracción de los capitales en los últimos veinte años, lo que explica a la vez el acelerado crecimiento demográfico de la ciudad.

Por otro lado la orografía del municipio impide que exista una agricultura extensiva, pero con el esfuerzo de los uruapenses se ha logrado el cultivo tradicional de granos de maíz, frijol y pastizales. Así mismo, los frutales como: aguacate, café y caña de azúcar, además de hortalizas.

El aguacate es el principal producto en esta región con más de 1000 hectáreas cultivadas. Así mismo la explotación de la madera es una

ocupación que produce riqueza, pero que puede producir riesgos en el equilibrio ecológico" (75)

3.2 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.

3.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

El Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C. se fundó en 1889 con el propósito de atender la demanda de servicios de salud en la comunidad de Uruapan.

No existían en la región instituciones del sector salud que proporcionaran este servicio, por lo cual se inicia la construcción de un nuevo edificio destinado a proporcionar atención médica a la población. El proyecto fue elaborado por Ingenieros que pertenecían a la Comisión del Tepalantepec, siendo vocal ejecutivo el General Lázaro Cárdenas del Rfo y representado el Poder Ejecutivo el Lic. Miguel Alemán.

La construcción se entregó en 1952 a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia cuyo titular era el Doctor Rafael Pascasio Gamboa, al no haber presupuesto para equiparlo; fue entregado a un Patronato cuyos miembros fueron nombrados por la propia Secretaría de Salubridad, se otorgó un subsidio anual de \$ 12,500 viejos pesos. Desde 1952 este Hospital estuvo respaldado por un Patronato, hasta 1979 que se constituye como Asociación Civil.

3.2.2 OBJETIVO

El objetivo del Hospital Civil de Uruapan es: "Conservar y mejorar la salud integral de la comunidad basada en cinco aspectos fundamentales:

- Medicina Preventiva,
- Medicina Curativa,
- Rehabilitación,
- Investigación,
- Enseñanza". (76)

3.2.3 POLITICAS

El Hospital Civil de Uruapan es una institución de salud con carácter mixto, proporciona atención médico-quirúrgica a pacientes que tienen las posibilidades económicas de pagar un servicio privado, para la hospitalización de estos pacientes cuenta con 26 habitaciones individuales. También proporciona atención a personas que no tienen acceso a las instituciones médicas de Seguridad Social y que no cuentan con recursos económicos suficientes para pagar (personas que no tienen una relación formal de trabajo), para tal propósito está equipado con 64 camas distribuidas en 8 salas generales, una sala de Pediatría que consta de 9 camas y una área para la atención de neonatos que consta de 7 incubadoras.

Se le considera una Institución descentralizada por no ser dependencia de la Secretaría de Salud, por tal motivo no está regida por políticas de ninguna institución del sector, sólo existen convenios con Servicios Coordinados de Salud en el Estado para la liberación del año de Servicio Social de pasantes de enfermería y la liberación del año de Internado de médicos de posgrado.

Los recursos económicos con que se cuenta para cumplir con su función son los que se obtienen del servicio médico privado, las cuotas de

recuperación, el subsidio anual que proporciona la Beneficencia Pública Nacional (doscientos millones de viejos pesos) y los recursos que se obtienen de los servicios de cafetería y farmacia.

3.2.4 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

Se trata de una institución que proporciona atención médica del segundo nivel, está respaldada jurídica y administrativamente por una Asociación Civil y cuenta con especialidades básicas:

Ginecología, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna. Especialidades complementarias: Dermatología, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia. Especialidades de apoyo: Anestesiología, Radiología y otras especialidades del tercer nivel: Cardiología, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Urología y Cirugía Reconstructiva.

El área paramédica la conforma el personal de enfermería: 45 enfermeras generales, 53 enfermeras auxiliares y 6 enfermeras con posgrado.

La Institución cuenta con su propia Escuela de Enfermería en donde se les capacita para realizar su práctica escolar y profesional en dicha Institución. Existe un Laboratorio de Análisis Clínicos, Gabinete de Rayos X, Archivo, Dietética y Trabajo Social.

El área administrativa está constituida por el departamento de Contabilidad, almacén, Administración General, farmacia y cafetería.

El área de servicios generales (intendencia) está integrada por ropería, lavandería, aseo y limpieza, distribución de alimentos, despensa, mantenimiento y jardinería.

Para proporcionar sus servicios está organizado por la Asociación Civil como máxima autoridad, Director Médico y Coordinador de Servicios

Administrativos, estas tres jerarquías conforman el Cuerpo de Gobierno de la Institución y de ellas dependen los demás servicios y departamentos.

3.2.5 COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

En este subtema se hará mención de los lugares de procedencia de usuarios: ciudad de Uruapan, Tierra Caliente Michoacana y Meseta Purépecha.

CIUDAD DE URUAPAN

Son cuarenta y tres colonias de donde solicitan servicios de salud, constituye el 64 % del total de los usuarios (cuadro 1), los porcentajes más significativos son:

Colonias ubicadas al Sureste (SE) - 16.8 %

Colonias ubicadas en el Centro de la ciudad (C) - 11.3 % (cuadro 9)

De las cuarenta y tres colonias, veintitrés son asentamientos humanos irregulares (enero 1992).

TIERRA CALIENTE MICHOACANA.

El 11% de los usuarios pertenecen a la Región de la Tierra Caliente Michoacana (cuadro 1), los municipios de donde acuden a con mayor frecuencia están ubicados al Sur (S) de la región de Uruapan 7.2% y en el Suroeste (SO) un 3% (cuadro 9).

MESETA PUREPECHA.

Otro grupo de la población que acude a solicitar servicios de salud al Hospital Civil de Uruapan son los usuarios de la Meseta Purépecha y

representan el 25% del total (cuadro 1). Acuden con mayor frecuencia del Norte (N) de la región de Urupán 17%, del Oeste (O) 3.5%, del Este (E) 3.3% (cuadro 9).

3.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO.

De las tres regiones a donde se extiende la cobertura de los servicios médicos se encontraron características similares de los usuarios (conocidas a través del análisis e interpretación de los estudios socioeconómicos aplicados a los mismos) y otros que los diferencian de acuerdo a los aspectos económico, social y de salud, los cuales a continuación se describen.

CIUDAD DE URUPAN.

Un 54% de estos usuarios son mujeres y el 10% son hombres (cuadro 1). La pirámide de edades de mujeres muestra que los porcentajes más significativos son el 19%, entre 20 y 24 años; 10% entre 25 y 29 años; 9.5% entre 15 y 19 años; 6% entre 30 y 34 años y un 2.5% entre las edades de 35 y 39 años (cuadro 1).

En la pirámide de edades del sexo masculino los índices más significativos son: el 2.5 % de incidencia entre los 15 y 19 años y un 2% entre las edades de 0 a 4 años de edad, todas las demás frecuencias son de menor representatividad (cuadro 1).

Las familias están constituidas en un 41% de 0 a 3 hijos; de 4 a 7 hijos constituyen el 19% y el 4% lo conforman de 8 a 11 hijos en cada familia (cuadro 2).

La mayoría de estas familias perciben un ingreso semanal entre \$100,000.00 a \$119,000.00 viejos pesos, sus ocupaciones son como

ayudantes de albañil 12% y jornaleros eventuales 16% en el corte del aguacate (cuadro 3 y 15).

Del total de las familias el 15.5% cuenta con ayuda económica de sus familiares, generalmente los hijos que trabajan en ocupaciones eventuales, la esposa que lava y plancha ajeno y de los papás o suegros. En el 48.5% de las familias el padre es el responsable de la manutención (cuadro 4).

Respecto a la tenencia de la vivienda, el porcentaje más significativo son las familias que habitan una casa prestada 27%, viven con los papás u otro cónyuge. El 15% tiene casa propia; el 12% rentada y un 10% son posesionarios (cuadro 5).

Del total de las viviendas, el 47% son unifamiliares y el 17% multifamiliares (cuadro 5). Un 37.5% viven en promiscuidad y el 26.5% sin promiscuidad (cuadro 8).

La vivienda esta construida de madera en un 41%, de mampostería el 19%, de adobe el 2% y un 2% de otros materiales (cuadro 5).

El 64% de las familias tienen agua; un 54% servicio de luz y drenaje el 30% (cuadro 5). El abastecimiento de agua es por medio de llave intradomiciliaria en un 47.9%, comprada en un 5.3%, de noria en un 7.3%, de manantiales un 1.2% y un 2.3% la obtienen de formas diversas (cuadro 6).

Los tipos de baño con que cuentan estas familias son: de pozo 26%, inglés 23%, letrina 10%, fosa séptica 4% y el 1% defeca al aire libre (cuadro 5).

El grado de escolaridad es el siguiente: primaria 33.4%, secundaria 13%, analfabetas 12%, alfabetizados 2% y otros grados superiores de escolaridad un 4% (cuadro 7).

Los problemas de salud por los que los usuarios de la ciudad solicitan servicios médicos son: De la especialidad de Ginecología el 44%; seguido por la Cirugía General con un 10%; Medicina Interna el 7.6% y Pediatría un 2.4% (cuadro 16).

TIERRA CALIENTE MICHOACANA.

En esta región las mujeres constituyen el 6.6% del total y los hombres el 4.4%. El porcentaje más elevado de incidencia es en las mujeres de 25 y 29 años con un 2%; el 1.3% corresponde a las edades de 0 a 4 años; también un 1.3% corresponde a las mujeres mayores de 65 años; demás grupos de edades constituyen el 0.4% en frecuencia (cuadro 1).

Los hombres de los grupos de edades de 0 a 4 años, 15 a 19 años, 20 a 24 y 35 a 39 años de edad con un porcentaje de 0.8%. Demás grupos que son de 10 a 14 años, 50 a 54 años, representan el 0.4% de frecuencias (cuadro 1).

En la Tierra Caliente Michoacana las familias están constituidas de 0 a 3 hijos en un porcentaje de 5%; de 4 a 7 un 4% y de 8 a 11 hijos el 2% (cuadro 2).

Por lo que respecta al ingreso familiar, el padre es el único miembro que aporta dinero en un porcentaje de 7.5%, el 3.5% restante reciben aportación económica de hijos que trabajan (cuadro 4).

La tenencia de la vivienda es propia en un 7%; el 1% paga renta y el 3% es prestada. El 8% de las familias tienen vivienda unifamiliar y el 3% multifamiliar (cuadro 5).

La promiscuidad se da en el 9% de las familias y en el 2% no hay. (cuadro 8)

La construcción de la vivienda es de madera en un 7%; de mampostería un 2%; adobe 1% y de otros materiales el 1% (cuadro 5).

El 11% de las familias tienen agua; un 7% cuenta con luz eléctrica y ninguna con drenaje (cuadro 5).

El 3.5% se abastece de agua mediante llave intradomiciliaria, comprada el 3%, de manantial 2%, de noria 2% y el 0.5% de otras formas (cuadro 6).

Los tipos de baños para la eliminación de excretas son: de pozo 3%, letrina 1%, fosas sépticas 1% y el 6% defecan al aire libre (cuadro 5).

Por lo que respecta al grado de escolaridad, el 3% son analfabetas, el 6% con un nivel de primaria y primaria no terminada, el 1% secundaria no terminada y otros niveles superiores el 1% (cuadro 7).

Los problemas de salud por los cuales los usuarios solicitan un servicio a la Institución son:

Ginecología 4.2%; Medicina Interna 3.7%; Pediatría 2.3% y Cirugía General el 0.8%. (cuadro 16)

MESETA PUREPECHA.

Del total de estos usuarios un 18.6% son mujeres y el 6.4% hombres. La pirámide de edades refleja que del sexo femenino, el grupo con mayor frecuencia solicita servicios de salud son entre 15 y 19 años 5%, seguido por el grupo de 20 y 24 años 3% y entre los 0 a 4 años un porcentaje de 2.5% (cuadro 1).

De los grupos de edades del sexo masculino el más significativo es el de 25 a 29 años con 1.6%, después los grupos entre 0 a 4, 5 a 9, 35 y 29 con un porcentaje del 0.8% cada uno (cuadro 1).

Las familias de esta región están conformadas de 0 a 3 hijos en un 13%; el 9% de 4 a 7; el 2% de 8 a 11 hijos y el 1% de 12 a más hijos (cuadro 2).

Del total de las familias, un 10% reciben ayuda económica de sus familiares (hijos, papás o suegros) y el 15% son familias que dependen íntegramente del ingreso que aporta el jefe de familia (cuadro 4).

Respecto a la tenencia de la vivienda el porcentaje más alto son las familias que tienen vivienda propia 16%; el 7% habita casa prestada y el 2% rentada (cuadro 5).

Del total de las viviendas el 9% son unifamiliares y el 16% multifamiliares (cuadro 5). El 20% viven en promiscuidad y el 5% sin promiscuidad (cuadro 8).

El material de construcción de las viviendas es el siguiente: de madera 13%, de mampostería el 6%, de adobe un 5% y el 1% de otros materiales (cuadro 5).

El 25% de las familias tienen agua; el 21% luz y el 1% cuenta con drenaje (cuadro 5).

El abastecimiento de agua es por medio de llave intradomiciliaria en un 15.4%; comprada 4.6%; de manantial el 4%; de noria el 0.5% y el 0.5% de diversas formas. (cuadro 6)

El tipo de baño con que cuentan es de pozo un 17%; letrina 2%; fosa séptica 2%, defecan al aire libre el 2% e inglés 2% (cuadro 5).

El nivel de educación es el siguiente: primaria terminada 14.6%; primaria no terminada un 14.6%; el 5.9% son analfabetas; un 2.3% secundaria; el 1% alfabetizadas y el 1.2% tienen otros grados de escolaridad (cuadro 7).

Las enfermedades más comunes por las que acuden a solicitar un servicio de salud son: Ginecología 13.4%; Medicina Interna 4.4%; Pediatría 2.4% y Cirugía General 4.8%.

El 32.8% del total de los usuarios que acuden a solicitar servicios de salud tienen ocupaciones de ayudantes de albañil, jornaleros eventuales, vendedores ambulantes, empleados con salario mínimo profesional, empleados con salario mayor al mínimo profesional, jornaleros fijos y personas que tienen pequeños negocios propios, todas estas ocupaciones tienen un ingreso promedio semanal de \$100,000.00 a \$119,000.00 viejos pesos (cuadro 15). Los jornaleros eventuales representan el 12.4% del total de estas ocupaciones. En el 15.6% se agrupan las ocupaciones cuyo ingreso semanal promedio es mayor a \$200,000.00 viejos pesos, tales ocupaciones son: personas que tienen un pequeño negocio propio, empleados con salario mayor al mínimo profesional, maestros albañiles, jornaleros fijos, empleados con salario mínimo profesional y vendedores ambulantes (cuadro 15). Las personas que son propietarias de un pequeño negocio representan el 7.4% (cuadro 15).

Otro grupo es el que está formado también por ayudantes de albañil, jornaleros eventuales, empleados con salario mínimo profesional, jornaleros fijos, empleadas domésticas y vendedores ambulantes; representan el 14% de las ocupaciones pero cuyo salario es menor

que los que conforman el grupo de mayor representatividad 32.8%, de este grupo los ayudantes de albañil forman el 8% del total de ocupaciones.

Los pacientes que solicitan servicios de salud a través del departamento de Urgencias son el 43%, de Consulta Externa 3%, por medio de médicos privados un 20% y de otras instituciones de salud 34% (cuadro 11); de los cuales un 33% proceden de la Clínica de Solidaridad de Paracho, Michoacán, el 50% de la Secretaría de Salud de Uruapan y el 17% de Clínicas privadas (cuadro 12).

Las causas de traslado de los pacientes al Hospital son: la falta de equipamiento y recursos humanos en un 47%; falta de recursos económicos del usuario en un 29% y por atención deficiente el 24% (cuadro 13).

Los problemas socioeconómicos que genera el proceso de salud-enfermedad en los usuarios y la familia son:

• Agotamiento de recursos económicos,	53.0%	
• Abandono de su trabajo,	20.0%	
• Abandono temporal de la familia,	17.0%	
• Otros problemas,	4.5%	
• Gastos en transporte,	3.0%	
• Ningún problemas,	1.5%	(cuadro 14).

3.2.7 PROGRAMAS.

En esta Institución no existen programas específicos en cuestión de medicina preventiva, la rehabilitación e investigación no son funciones que puedan darse en este tipo de hospital (Por ser del segundo nivel de atención). La enseñanza solo se da en forma parcial y no sistemática. De tal manera que las autoridades médicas y administrativas han centrado sus esfuerzos para que la medicina curativa tenga un nivel aceptado en la región promoviendo la creación del servicio de consulta externa, la ampliación del área de neonatología (8 incubadoras), la construcción de un tercer quirófano, un laboratorio de análisis clínicos, remodelación del gabinete radiológico, la ampliación del servicios de tocoquirúrgica y un proyecto en ejecución: construcción de una área para cuidados intermedios.

Se creó también la Escuela de Enfermería en donde se capacita personal técnico para la propia institución, además de haber dado apertura a nuevas especialidades médicas para mejorar la atención a los usuarios.

Hasta el año 1992, ésta Institución era la única en la ciudad que proporcionaba dos tipos de atención médica, privada y de beneficencia (actualmente se encuentra en construcción un Hospital General Regional), para tal propósito cuenta con más de cien médicos, de los cuales treinta y siete son los que proporcionan servicios de salud a los usuarios que no tienen acceso a las Instituciones Médicas de Seguridad Social.

CUADRO 1

CLASIFICACION USUARIOS POR GRUPOS DE EDADES,
REGION DE PROCEDENCIA Y SEXO.

PROC. Y SEXO	CIUDAD		TIERRA CALIENTE, MICH.		MESETA PUREPECHA	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
EDADES						
0 - 4	2.0 %	2.0 %	0.8 %	1.3 %	0.8 %	2.5 %
5 - 9	0.4 %	0.4 %	0	0	0.8 %	0.4 %
10 - 14	1.0 %	0.4 %	0.4 %	0	0.6 %	0
15 - 19	2.5 %	9.5 %	0.8 %	0	0.4 %	5 %
20 - 24	0.4 %	19.0 %	0.8 %	0.4 %	0	3 %
25 - 29	0.8 %	10.0 %	0	2 %	1.6 %	0.8 %
30 - 34	1.3 %	6.0 %	0	0.4 %	0	1.1 %
35 - 39	0	2.5 %	0.8 %	0.4 %	0.8 %	1.6 %
40 - 44	0.8 %	1.4 %	0	0	0.6 %	1.4 %
45 - 49	0	0.8 %	0	0.4 %	0	0
50 - 54	0	0.8 %	4.0 %	0	0	1.4 %
55 - 59	0	0.8 %	0	0	0	0
60 - 64	0	0	0.4 %	0.4 %	0.4 %	0
65 -	0.8 %	0.4 %	0	1.3 %	0.4 %	1.4 %
SUB TOTAL	10 %	54 %	4.4 %	6.6 %	6.4 %	18.6 %
TOTAL	64 %		11 %		25 %	

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 2

TAMAÑO DE LAS FAMILIAS DE LOS USUARIOS

PROCEDENCIA	CIUDAD	TIERRA CALIENTE MICHOACAN	MESETA PUREPECHA
NUM. DE MIEMBROS POR FAMILIA			
0 - 3	41 %	5 %	13 %
4 - 7	19 %	4 %	9 %
8 - 11	4 %	2 %	2 %
12 - ,			1 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 3

CLASIFICACION DE OCUPACIONES DE LOS USUARIOS.

OCUPACIONES PROCEDENCIAS	CIUDAD	TIERRA CALIENTE, MICH.	MESETA PUREPECHA	SUB TOTAL
1.- PEQUEÑO NEGOCIO PROPIO	7 %	1 %	3 %	11 %
2.- EMPLEADOS CON SALARIO MINIMO PROFESIONAL.	6.5 %	1 %	2.5 %	10 %
3.- MAESTRO ALBAÑIL	1.5 %	0.8 %	0.6 %	2.4 %
4.- AYUDANTES DE ALBAÑIL	12 %	2 %	4.4 %	18.4 %
5.- JORNALEROS FIJOS	7 %	1 %	3 %	11 %
6.- JORNALEROS EVENTUALES	16 %	3 %	6 %	25 %
7.- VENDEDORES AMBULANTES	4 %	0.8 %	1.6 %	6.4 %
8.- EMPLEADAS DOMESTICAS	1.5 %	0.3 %	0.8 %	3%
9.- SUBEMPLEADOS DOMESTICOS	1.9 %	0.3 %	0.8 %	0.3 %
10.- EMPLEADOS CON SALARIOS MAYOR AL MIN. PROF..	6.6 %	1.3 %	2.5 %	

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 4

CONTRIBUCION AL INGRESO FAMILIAR DE OTROS
MIEMBROS DE LA FAMILIA.

PROCEDENCIA	NO	SI
CIUDAD	48.5 %	15.5 %
TIERRA CALIENTE MICHOACANA	7.5 %	3.5 %
MESETA PUREPECHA	15 %	10 %
TOTAL	71 %	29 %

FUENTE: ENCUESTRA DIRECTA

CUADRO 5

CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS DE LOS USUARIOS.

	TENENCIA VIVIENDA				SERVICIOS		
	PROPIA	PRESTADA	POSESIONADA	RENTADA	AGUA	LUZ	DRENAJE
CIUDAD	15 %	27 %	10 %	12 %	64 %	54 %	30 %
TIERRA CALIENTE MICHOACANA	7 %	3 %	0	1 %	11 %	7 %	0
MESETA PUREPECHA	16 %	7 %	0	2 %	25 %	21 %	1 %

	MATERIAL DE CONSTRUCCION			
	MADERA	MAMPOSTERIA	ADOBE	OTROS
CIUDAD	41 %	19 %	2 %	2 %
TIERRA CALIENTE MICHOACANA	7 %	2 %	1 %	1 %
MESETA PUREPECHA	13 %	6 %	5 %	1 %

	TIPOS DE BAÑO					HABITAD	
	POZO	INGLES	LETRINA	FOSA	AIRE LIBRE	UNI FAMILIAR	MULTI FAMILIAR
CIUDAD	26 %	23 %	10 %	4 %	1 %	47 %	17 %
TIERRA CALIENTE MICHOACANA	3 %	0	1 %	1 %	6 %	8 %	3 %
MESETA PUREPECHA	17 %	2 %	2 %	2 %	2 %	9 %	16 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

CUADRO 6

FORMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS REGIONES.

PROCEDENCIA	CIUDAD	TIERRA CALIENTE MICHOACANA	MESETA PUREPECHA
INTRADOMICILIARIA	47.9 %	3.5 %	15.4 %
COMPRADA	5.3 %	3.0 %	4.6 %
NORIA	7.3 %	2 %	0.5 %
MANANTIAL	1.2 %	2 %	4 %
DIVERSAS FORMAS	2.3 %	0.5 %	0.5 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 7

FORMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS REGIONES.

PROCEDENCIA ESCOLARIDAD	CIUDAD	TIERRA CALIENTE MICHOACANA	MESETA PUREPECHA
----------------------------	--------	----------------------------------	---------------------

ANALFABETA	12 %	3 %	5.9 %
ALFABETIZADA	2 %	0	1 %
PRIMARIA	33 %	6 %	14.6 %
SECUNDARIA	13 %	1.0 %	2.3 %
OTROS	4 %	1.0 %	1.2 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 8

PROMISCUIDAD \ ESCOLARIDAD	SI	NO
----------------------------------	----	----

CIUDAD	37.5 %	26.5 %
TIERRA CALIENTE MICHOACAN	9 %	2 %
MESETA PUREPECHA	20 %	5.0 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 9

PROCEDENCIA DE USUARIOS.

REGION PROCEDENCIA ORIENTACION	CIUDAD	TIERRA CALIENTE	MESETA PUREPE- CHA	SUB TOTAL
NORTE (N)	8.4 %		17.0 %	25.4 %
NORESTE (EN)	0.9 %			0.9 %
NOROESTE (NW)	7.6 %		1.2 %	8.8 %
SUR (S)	8.9 %	7.2 %		16.1 %
SURESTE (SE)	16.8 %	0.8 %		17.6 %
SUROESTE (SW)	6.6 %	3.0 %		9.6 %
ESTE (E)	3.5 %		3.3 %	3.5 %
OESTE (W)			3.5 %	3.5 %
CENTRO	11.3 %			11.3 %
SUB TOTAL	64.0 %	11.0 %	25.0 %	100.0 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

CUADRO 10

TABLA DE INGRESOS DE USUARIOS
(INFORMACION DESCRITA EN VIEJOS PESOS)

MENOS	59,000.00	6.0 %
60,000.00	79,000.00	11.2 %
80,000.00	99,000.00	14.0 %
100,000.00	199,000.00	32.8 %
120,000.00	139,000.00	6.0 %
140,000.00	159,000.00	11.2 %
160,000.00	170,000.00	2.8 %
180,000.00	199,000.00	0.4 %
200,000.00	MAS	15.6 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

CUADRO 11

FORMA DE INGRESO A HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES

FORMA	PORCENTAJE %
SERVICIO URGENCIAS	43.0 %
CONSULTA EXTERNA	3.0 %
ORDEN DE HOSPITALIZACION (MEDICOS PRIVADOS)	20.0 %
CANALIZACION DE OTRAS INSTIT. DE SALUD	34.0 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 12

INSTITUCIONES QUE CANALIZAN PACIENTES AL HOSPITAL CIVIL.

INSTITUCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IMSS COPLAMAR PARACHO		33.0 %
SECRETARIA SALUD		50.0 %
CLINICAS PRIVADAS		17.0 %

CUADRO 13

CAUSAS DE TRASLADO DE PACIENTES AL HOSPITAL

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ATENCION DEFICIENTE		24.0%
DEFICIENCIA DE MEDIOS DE DX Y FALTA REC. HUM. ESPEC.		57.0%
FALTA DE REC. ECONOM.		29.0%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 14

PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS QUE GENERA EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

ABANDONO	20.0%
DEJAR SOLA A LA FAMILIA	17.0%
GASTOS EXTRAS DE RECURSOS ECONOMICOS	53.0%
OTROS	7.0%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA 1992.

CUADRO 15

NIVEL DE INGRESOS DE USUARIOS POR OCUPACIONES

OCUPACION SALARIO (VEJOS PESOS)	PEQUEÑO NEGOCIO PROPIO	EMPLEA- DOS CON SALARIO MIN. PROF.	MAESTRO ALBANE	AYUDANTE S ALBANE	JORNALE- ROS FIJOS	JORNALE- ROS EVENTUALES	VENDEDO- RES AMBULAN- TES	EMPLEA- DAS DOMESTI- CAS	SUBEM- PLEADOS DOMESTI- COS	EMPLEADOS CON SALARIO MAYOR AL MIN. PROF.	SUB TOTALES
MENOS A 59,000.00				0.4 %		2.4 %		0.8 %	2.4 %		6.0 %
60,000.00 A 79,000.00		2.8 %		1.6 %		4.2 %	1.2 %	0.8 %	0.6 %		11.2 %
80,000.00 A 99,000.00		1.6 %		5.6 %	0.8 %	4.8 %	0.4 %	0.8 %			14.0 %
100,000.00 A 119,000.00	1.2 %	3.2 %		8.0 %	2.0 %	12.4 %	3.2 %			2.8 %	32.8 %
120,000.00 A 139,000.00	0.8 %	0.8 %		2.0 %	0.4 %	1.2 %				0.8 %	6.0 %
140,000.00 A 159,000.00	1.2 %	0.4 %	0.4 %	0.8 %	4.8 %		0.8 %			2.8 %	11.2 %
160,000.00 A 179,000.00	0.4 %				1.2 %		1.4 %			0.8 %	2.8 %
180,000.00 A 199,000.00										0.4 %	0.4 %
200,000.00 A MAS	7.4 %	1.2 %	2.0 %		1.8 %		0.4 %			2.8 %	15.6 %
SUB TOTALES	11.0 %	10.0 %	2.4 %	18.4 %	11.0 %	25.0 %	6.4 %	2.4 %	3.0 %	10.4 %	100 %

CUADRO 16

TIPOS DE PADECIMIENTOS POR ESPECIALIDADES DE LOS USUARIOS Y REGION DE ORIGEN

ESPECIALIDADES	PADECIMIENTOS	PROCEDENCIA	CIUDAD	TIERRA CALIENTE	MESETA PUREPECHA	SUB TOTAL PADECIMIENTOS	TOTAL POR ESPECIALIDADES
GINECO - OBSTETRICIA	PARTOS		35.6 %	3.0 %	8.6 %	47.2 %	61.6 %
	LEGRADOS		3.6 %		2.0 %	5.6 %	
	AMENAZA PARTO PREMATURO		1.2 %		0.4 %	1.6 %	
	CIRUGIA GINECOLOGICA		3.6 %	0.8 %	1.6 %	6.0 %	
	AMENAZA ABORTO			0.4 %	0.4 %	0.8 %	
	TOXEMIAS DEL EMBARAZO				0.4 %	0.4 %	
	SUBTOTAL DE ESPEC. POR REGION		44.0 %	4.2 %	13.4 %		
MEDICINA INTERNA	ENFERMEDADES VIAS RESPIRATORIAS		2.8 %		0.8 %	3.6 %	15.7 %
	DIABETES MELLITUS		1.2 %	0.4 %	2.0 %	3.6 %	
	ABCESO HEPATICO AMIBIANO		0.4 %		0.4 %	0.8 %	
	TRAUMATISMO DE CRANEO		1.2 %	0.8 %		2.0 %	
	ANEMIAS		0.4 %			0.4 %	
	SINDROMES ULCEROSOS		1.6 %			1.6 %	
	VIAS URINARIAS			0.4 %		0.4 %	
	CANCER			0.4 %	0.4 %	0.8 %	
	TUBERCULOSIS PULMONAR			0.4 %		0.4 %	
	ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES			1.3 %	0.4 %	1.7 %	
	ENFERMEDADES VASCULARES			0.4 %	0.4 %		
	SUBTOTAL DE MEDICINA INTERNA POR REGION		7.6 %	3.7 %	4.4 %		
PEDIATRIA	GASTROENTERITIS		1.6 %	2.3 %	2.0 %	5.9 %	7.1 %
	DESNUTRICION		0.4 %			0.4 %	
	PREMATUREZ		0.4 %		0.4 %	0.8 %	
	SUBTOTAL PEDIATRIA POR REGION		2.4 %	2.3 %	2.4		
CIRUGIA GENERAL	CIRUGIA ABDOMEN		2.8 %	0.4 %	0.8 %	4.0 %	15.6 %
	PROBLEMAS TRAUMATOLOGICOS		5.6 %		2.4 %	8.0 %	
	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA		1.6 %	0.4 %	1.2 %	3.2 %	
	OFTALMOLOGIA				0.4 %	0.4 %	
	SUBTOTAL CIRUGIA POR REGION		10.0 %	0.6 %	4.8 %		
SUBTOTALES			64.0 %	11.0 %	25.0 %	100 %	100 %

74.- URIBE, B. Ismael. "Geografía del Municipio de Uruapan, Michoacán". Tesis Profesional de la Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Geografía. UNAM. México, D.F. 1985.

75.- REYES Y SOSA. "Las perspectivas de intervención profesional: el caso de los egresados de las dos primeras generaciones de Trabajo Social de la Universidad Don Vasco en Uruapan, Mich." Tesis Profesional. U.N.A.M. México, D.F., 1991.

76.- Manual Operativo para el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C. Uruapan, Mich., 1979.

**IV.- INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL
CIVIL DE URUAPAN "DR. J. JESUS SILVA", A.C. (PERFIL REAL)**

4.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

El surgimiento del Trabajo Social en el Hospital Civil de Urnapan, A.C. fue de manera paralela con la institución hacia el año de 1942.

Al surgir en la ciudad un centro hospitalario para brindar atención médica a personas sin garantías económicas, en sus inicios el hospital fue entregado a un patronato, designando en el personal de enfermería a religiosas de la "Congregación de Hermanas de los Pobres, Siervas del Sagrado Corazón de Jesús" cuya filosofía de la agrupación es realizar la caridad en todo, desempeñando sus servicios en instituciones de escasos recursos económicos, para este periodo la institución recibía un subsidio anual por parte de la Beneficencia Pública Nacional y las ganancias del servicio privado eran suficientes para cubrir las necesidades del hospital. Por ello no se consideraba necesario un departamento de Trabajo Social ya que no existían carencias importantes y las religiosas empleaban su criterio de acuerdo a sus principios para determinar el apoyo a los necesitados, además los pacientes del área de beneficencia recibían atención completamente gratuita.

Fue hasta el año de 1970 que se instituyó formalmente en la estructura organizativa de la institución la implementación del departamento de Trabajo Social, desempeñando el puesto una persona carente de preparación académica formal, aprendiendo las actividades asistenciales del Trabajo Social de manera empírica.

Posteriormente el departamento de Trabajo Social estuvo bajo la responsabilidad de religiosas quienes realizaban actividades asistenciales orientadas por los principios de caridad.

Para el año 1984 es contratada por la institución el primer Trabajador Social con formación académica en el Instituto Plancarte de la Ciudad de Morelia Mich, cuyo nivel corresponde a un nivel técnico; de esta forma el departamento era dirigido por técnicos en Trabajo Social.

En el año de 1988 con la creación de la Escuela de Trabajo Social en la Universidad Don Vasco, A.C. se incorporan tres estudiantes de la Licenciatura de Trabajo Social al departamento como prestadoras de Servicio Social y Practicantes, supervisadas por técnicos en Trabajo Social, realizando actividades tradicionales de asistencia.

En octubre de 1990 se incorpora el primer Licenciado en Trabajo Social como responsable en Turno del departamento, se da continuidad a las actividades asistenciales.

En el organigrama de la institución, la unidad de Trabajo Social depende en línea recta-directa del contralor general. Su ubicación física está en el departamento de consulta externa.

El perfil del Trabajador Social está inscrito en el manual OPERATIVO PARA EL HOSPITAL CIVIL DE URUAPAN "DR. J. JESUS SILVA", A.C. Es así que los siguientes cuatro temas (4.2, 4.3, 4.4 y 4.5) son transcritos de manera textual.

4.2 OBJETIVOS DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL.

"Conocer y tratar más individualmente al paciente, con el fin de que se le tome en cuenta en todos los diferentes aspectos de su personalidad, es decir, como ser o unidad bio-social". (77)

"Compenetrarse en las condiciones del paciente y de su medio familiar y social, con el fin de comprender sus recursos, sus problemas emocionales y ambientales y proponer posibles soluciones". (78)

"Elaborar el estudio socioeconómico del paciente con el fin de fijar las cuotas de recuperación, o el pago por la atención médica recibida, de acuerdo y en proporción a la condición social y económica de cada paciente".(79)

"Informarse o realizar estudios o investigaciones en la comunidad, tendientes a conocer las principales sociopatías o elementos de desorganización familiar o social: desempleo, orfandad, vicios, etc., con el fin de proponer soluciones factibles a dichos problemas, cuando algún paciente demuestra tener alguno de ellos". (80)

**"ANALISIS DEL PUESTO
DEPENDE DE
CONTACTOS PERMANENTES**

- Trabajador Social
- Contralor General
- Jefes de Servicio Médico, Internos y Enfermeras para dar y recibir información sobre los pacientes.

INTERNOS

- Con el coordinador de Servicios Administrativos para diversos datos y situaciones de pacientes.

CONTACTOS PERMANENTES

- Familiares de pacientes para dar o recibir información sobre el enfermo.

EXTERNOS

- Bienhechores, para solicitar diversas ayudas.
- Centro de Salud de la Secretaría de Salud en Uruapan para colaborar en actividades comunes". (81)

DESCRIPCION GENERAL.

"El trabajador Social es el encargado de Tratar al paciente con el fin de conocerlo y comprenderse en sus características de su personalidad, su situación familiar, social y económica y apoyarlo en los casos en que sea necesario y se pueda en la solución de sus problemas y, con vistas a determinar las cuotas que por la atención médica podrá pagar el paciente de acuerdo a sus posibilidades económicas". (82)

4.3 FUNCIONES BASICAS

- 1.- Proporcionar un trato digno a todo paciente que acuda a la oficina de Trabajo Social.
- 2.- Cuidar que el paciente obtenga un trato cortés y humano en su paso por las diversas áreas de salud del Hospital.
- 3.- Dentro de sus posibilidades, dar orientación y sugerencias para la solución de problemas o situaciones socioeconómicas del paciente.
- 4.- Formular y archivar los estudios socioeconómicos de los pacientes.

5.- Fijar cuotas de recuperación de cada paciente, de acuerdo con su situación y posibilidades socioeconómicas". (83)

4.4 ACTIVIDADES

DESCRIPCION ESPECIFICA.

"Actividades constantes:

1.- Elaborar el estudio socioeconómico de los pacientes que se hospitalizan en las salas generales. El estudio puede ser realizado en la oficina de Trabajo Social o en la sala en donde se encuentra el paciente.

2.- Archiva las copias de los estudios de los pacientes.

3.- De acuerdo al estudio realizado se fija la cuota de recuperación que cada paciente pueda pagar.

4.- Dar información a pacientes o a sus familiares sobre los servicios del Hospital y las cuotas o tarifas.

5.- Se entrevista con los pacientes con el fin de conversar con ellos sobre su situación social, familiar, emocional y económica, y trata de proponer soluciones u orientaciones sobre ellas.

6.- Anota en la libreta de control de pacientes de sala general, los pacientes que ingresan con su diagnóstico, edad, sala, cuota de recuperación y domicilio.

7.- Envía a la farmacia las notas de las cuotas de recuperación de los pacientes.

8.- Envía el original del estudio socioeconómico a su expediente clínico, al casillero correspondiente en la sala en que se encuentra.

9.- Atiende a pacientes de consulta externa para exentarlos de pago de consulta, de radiografías, o de análisis clínicos, o para obsequiarles medicamentos.

10.- Reúne frascos de medicamentos vacíos para posteriormente venderlos y poder obtener ingresos para medicinas de pacientes de sala general.

11.- Trata de conseguir medicinas gratuitas de médicos o bienhechores.

Actividades Periódicas

1.- Elabora un informe mensual sobre el número de pacientes que se atendió en la oficina, y se clasifican por servicios médicos: Obstetricia, Consulta, Pediatría, Cirugía, etc.

* Número de personas exentas de pago, clasificadas por los mismo servicios.

* Número de spots en el radio y llamadas telefónicas a familiares o cartas enviadas.

* Número de visitas domiciliarias.

2.- Anualmente se encarga de decorar con motivos navideños las salas de pacientes generales.

3.- Trata de conseguir juguetes y ropa para los niños internados en época de Reyes Magos y Día del Niño.

Actividades Eventuales

1.- Realiza visitas domiciliarias para llevar a cabo el estudio socioeconómico con datos precisos sobre el medio ambiente del paciente.

2.- Se informa de estudios que se realizan en el centro de salud sobre diversos aspectos, por ejemplo: planificación familiar, problemas o causas de desintegración social o familiar, etc.

3.- Envía a diversas instituciones pacientes que no pueden ser atendidos en el Hospital por diversas razones, o para que reciban información de diversa índole". (84)

4.5 ESPECIFICACION DEL PUESTO

Conocimientos y Experiencia.

- Debe poseer el título de Trabajador Social o su equivalente.
- Debe haber trabajado en otras instituciones realizando labores de Trabajo Social por lo menos durante seis meses (de preferencia en hospitales).
- Después de un período mínimo de 15 días en la Institución, estará en posibilidades de desempeñar y conocer su trabajo.

Esfuerzo Físico

- Se requiere sólo el necesario para caminar por el Hospital constantemente.

Mental

- Pone atención concentrada en las entrevistas con los pacientes en la elaboración de estudios y reportes.

Responsabilidad

- En trámites.

Es responsable de tener correcta y completamente los estudios socioeconómicos de los pacientes que pasan a la sala general así como da nota de cuota de recuperación que se les fija.

* Se responsabiliza por enviar oportunamente a la farmacia las notas con las notas de recuperación de pacientes.

* Envía los informes mensuales oportunamente.

• En discreción.

* Es responsable de no comentar situaciones o problemas personales de los pacientes que atiende.

• En bienes.

* El equipo que maneja está compuesto por escritorio, archiveros y medicinas.

Condiciones de Trabajo.

• Su trabajo lo realiza la mitad sentada y la otra parte caminando.

• El medio ambiente es un poco frío y húmedo". (85)

4.6 DESCRIPCION DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL.

De seis personas que a la fecha (Octubre de 1992) han realizado las actividades de Trabajo Social en el Hospital, el 33% de ellas tienen un nivel técnico, el 50% son pasantes de la Licenciatura en Trabajo Social y el 17% son empíricos. (cuadro 17)

La actividad que han llevado a la práctica se conoció mediante una encuesta aplicada y que a continuación se describe:

Consideran que su preparación académica es suficiente (66.6%) porque dicen estar capacitadas para realizar las actividades que se llevan a la práctica en la Institución, el 33.4% considera que su preparación es insuficiente. (cuadro 18)

El 83% afirma tenfan definidas sus actividades correspondientes a su área de trabajo cuando iniciaron sus actividades; el 17% dice que mediante la práctica fueron conociendo la que tenfan que realizar en su área de trabajo (cuadro 19).

Las fuentes de consulta que utilizan para su actualización son: conferencias 24%, libros 24%, cursos 16%, seminarios 12%, revistas, simposiums y foros en un 8%. (cuadro 20)

Un 33.4% opina que se realizan actividades que van de acuerdo a su quehacer profesional y el 66.6% restante considera que no van de acuerdo a las funciones de Trabajo Social. (cuadro 21)

Por lo que respecta a la elaboración y adecuación de las políticas institucionales el 33.4% opina que no conoce tales políticas ni quienes las instituyen o reforman en un determinado momento, el resto (66.6%) opina que el área administrativa es la responsable de delimitar los lineamientos generales de la Institución. (cuadro 22)

El 100% de los Trabajadores Sociales encuestados dice que dentro de sus actividades sí está la de elaborar programas: porque facilita el trabajo y resultados (16.7%) porque es una exigencia como parte de la preparación profesional (16.7%) y el 66.6% no sabe porque se debe elaborar programas de trabajo. (cuadro 23)

Todos opinan que desarrollan funciones establecidas por la Institución (100%). (cuadro 24)

El 50% considera que su formación profesional es la causa del "bajo prestigio" de los Trabajadores Sociales, el otro 50% opina lo contrario. (cuadro 25)

El 100% de los Trabajadores Sociales consideran su nivel académico "bueno". (cuadro 26)

Los resultados muestran que tanto médicos, enfermeras y trabajadores sociales se encuentran en un mismo nivel profesional (66.6%), el 33.4% opina que las enfermeras y trabajadores sociales son subordinados al personal médico y administrativo. (cuadro 27)

Las actividades que realizan van de acuerdo a las siguientes funciones: El 100% de los encuestados realiza la función de investigación, las actividades que con mayor frecuencia se dan son: tabulación de datos y controles estadísticos en un 6.0% (3.0% y 3.0% respectivamente). (cuadro 28)

Las actividades de administración que realizan con mayor representatividad son: organizar el trabajo (3.8%), elaboración de programas (3.8%) y elaboración de informes, reportes o documentos de trabajo (3.8%). (cuadro 28)

De acuerdo a la función de educación, las actividades llevadas a la práctica son: educación para la salud (3.8%) y programas encaminados a implementar la medicina preventiva (3.8%). (cuadro 28)

De las actividades de la función de sistematización, el control de casos atendidos es la actividad con mayor porcentaje (3.0%). (cuadro 28)

Por lo que respecta a la función asistencial, el 100% de las actividades que marca el Perfil Ideal del Trabajador Social en el Área de Salud son llevadas a la práctica, las de mayor representatividad son:

- Coordinación sobre información y orientación continua a pacientes y familiares (3.0%).
- Canalización de pacientes cuyo requerimiento de atención no corresponden a la Institución (3.8%).

- Realización de entrevista inicial a pacientes y familiares para la elaboración de estudio socioeconómico (3.0%).
- Visitas domiciliarias (1.8%).
- Coordinación de las actividades de Trabajo Social con las del equipo de atención al enfermo (1.8%).
- Orientación a los usuarios de reciente ingreso a los servicios (3.0%).
- Localización de los familiares para información diversa (2.4%).
- Control de visitas familiares (6%).
- Orientación médico legal de pacientes con problemas legales de medicina del trabajo (1.2%).
- Promoción de servicios de ambulancias (1.8%). (Cuadro 28)

Los instrumentos de control que utilizan para realizar sus actividades son: registro de actividades en una libreta en donde especifican nombre del paciente, sexo, edad, domicilio, diagnóstico y cuota de recuperación asignada (26.4%); el registro de control de condonaciones en donde se especifican datos anteriores (24.6%); el estudio socioeconómico (21.%); estadísticas (15.7%) y cronogramas (10.5%). (cuadro 29)

Para realizar sus actividades, el 83% afirma que no existe un manual de procedimientos en donde se describan los pasos a seguir y el 17% afirma que sí existe. (cuadro 30)

4.7 INTERPRETACION DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL.

En el Estado de Michoacán, la mayoría de los profesionistas en Trabajo Social son de nivel técnico. Hasta 1985 en la ciudad de Uruapan nace la Escuela de Trabajo Social a nivel licenciatura (incorporada a la

Universidad Nacional Autónoma de México y como una carrera profesional más de la Universidad "Don Vasco", A.C.) donde se forman profesionales cuya intervención ofrece nuevas perspectivas de acción. Debido a esta situación se han empleado en igual proporción Trabajadores Sociales de nivel técnico como de nivel licenciatura en el Hospital Civil "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

Su nivel de preparación profesional es suficiente ya que realizan actividades asistenciales en su mayoría y actividades administrativas consistentes en llamadas telefónicas y trámites para solicitar apoyos o servicios complementarios (medios de diagnóstico principalmente).

Las actividades que se realizan de acuerdo a las funciones establecidas están definidas antes de integrarse a su desempeño laboral, sin embargo no existe un procedimiento de inducción al puesto que les permita conocer previamente las actividades a realizar ni los lineamientos a seguir.

Aunque mencionan que su actualización es permanente mediante la asistencia a conferencias y en la consulta bibliográfica, tal actualización no ha mejorado su actividad práctica, pues se continua realizando actividades aisladas solo de tipo asistencial.

Los Trabajadores Sociales técnicos opinan que las actividades que desempeñan van de acuerdo a su preparación pues carecen de ciertos elementos teórico-metodológicos para implementar nuevas formas de trabajo. Tampoco los de nivel profesional han puesto en práctica metodologías específicas pues las técnicas son aisladas y no se da un seguimiento que les permita evaluar su actividad y así mejorar su actividad práctica.

Por su parte los Trabajadores Sociales con nivel de licenciatura se han dedicado a continuar con las actividades tradicionales, argumentan que el exceso de actividades asistenciales les lleva la mayor parte de su tiempo. Es una realidad que en las instituciones de salud hay grandes demandas de servicios y que en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva"; A.C. se realizan en su mayoría actividades asistenciales, que sólo se cuenta con dos Trabajadores Sociales de base, pero que tal situación debe analizarse y no ser una limitante para impedir proponer acciones encaminadas a dar respuesta a la creciente demanda de servicios integrales de salud por parte de la población.

Ya se ha mencionado que en esta Institución sólo se ha llevado a la práctica en forma parcial el programa de enseñanza continua para los médicos internos de pregrado. Como la mayoría de las áreas que conforman el Hospital, Trabajo Social no ha realizado una programación formal en donde se tomen en cuenta las necesidades y problemas de la Institución, de los usuarios y del equipo de salud; sin embargo la totalidad de los Trabajadores Sociales encuestados que han trabajado y trabajan en la Institución consideran estar capacitados para hacerlo. Por consiguiente los niveles de atención no son definidos porque con el tipo de actividades que realizan y la ausencia de metodología no les permite actuar en ninguno de los tres niveles de atención como trabajadores sociales.

La mayoría de los Trabajadores Sociales conoce de donde emanan las políticas institucionales, atribuyen dicha responsabilidad al área administrativa, sin embargo no se dan cuenta en qué consisten tales políticas, y al no establecer una relación entre políticas institucionales

y políticas sociales de salud no es posible hacer propuestas ni buscar el espacio para que dichos lineamientos sufran cambios y adecuaciones a las necesidades que demandan los usuarios del servicio.

Los propios Trabajadores Sociales dicen que su preparación profesional no es la causa de su "bajo prestigio" sino que se debe a la falta de iniciativa propia y al desconocimiento de su actividad profesional tanto por parte de los profesionistas de la salud como de los usuarios a pesar de que los canales de comunicación entre la Institución y el usuario se dan mediante la prestación de un servicio y directamente con el Trabajador Social quien lo identifica y caracteriza.

La mayoría también afirma que se encuentran en el mismo nivel jerárquico que médicos y enfermeras, sin embargo también hay opiniones que tanto las enfermeras como los Trabajadores Sociales son subordinados al personal médico y administrativo. El "prestigio" o "estatus" del Trabajador Social se lo han dado los propios usuarios ya que los consideran como alguien que les va a solucionar un problema de salud, por ser él quien decide a qué usuario se le atiende o no en su demanda de salud, es decir, de ellos depende su derecho o no a la salud.

Por lo que respecta a las actividades que realiza el Trabajador Social en el Hospital, se deduce que no se aplica la Investigación en forma sistemática, es decir realizan actividades aisladas como son: la tabulación de datos y controles estadísticos para presentar resultados pero no retoman las fases esenciales de los diseños de investigación para conocer las causas y efectos de los problemas sociales.

De la función de Administración realizan actividades no de gran importancia, en pocos casos organizan, informan o reportan, por consiguiente no intervienen a niveles de decisión.

Por lo que respecta a las actividades concernientes a la función de Educación, también son aisladas, en su mayoría encaminadas a la educación para la salud, no sistemáticas ni en función de alcanzar objetivos institucionales ni de la política social de salud.

Aunque las actividades asistenciales son las que en su mayoría se llevan a la práctica, no coordinan ni organizan actividades que ofrezcan al paciente mejores alternativas para su recuperación, pues consideran a la asistencia como esencial y no como un medio para llevar a la práctica otro tipo de intervención profesional, por consiguiente resuelven problemas momentáneos de salud.

Aunque las actividades asistenciales son las que en su mayoría se llevan a la práctica, no coordinan ni organizan actividades que ofrezcan al paciente mejores alternativas para su recuperación, pues consideran a la asistencia como esencial y no como un medio para llevar a la práctica otro tipo de intervención profesional, por consiguiente resuelven problemas momentáneos de salud.

También se ha dado poca importancia a la sistematización cuyo propósito es "describir, ordenar y reflexionar analíticamente el desarrollo de una experiencia práctica de Trabajo Social.." (86), por tal motivo y al no retomar esta función no es posible elaborar modelos de acción como resultados de experiencias llevadas a la práctica.

De esta manera se concluye que se efectúan actividades aisladas, no sistemáticas, consecuentemente no existen parámetros de evaluación

(objetivos y metas). Los Trabajadores Sociales están inmersos en la dinámica Institucional, no se evalúa ni supervisa su trabajo puesto que dependen en línea recta del Contralor General (organigrama), se trata de una religiosa que desempeña el puesto de Jefe de Enfermeras y Contralor General, que carece de una idea clara y actualizada del desarrollo del Trabajo Social en esta área en particular, consecuentemente no es posible delimitar funciones y actividades, supervisarlos y evaluarlos. La intervención del Trabajador Social no ha superado la etapa técnica pues la Institución nació por idea de un grupo de personas de reconocido prestigio económico y social con el fin de resolver con medidas asistenciales los problemas de salud de las personas más necesitadas de la región. De esta manera se hace responsable de la administración y dirección a un grupo de religiosas lo cual determinó una concepción de atención filantrópica, caritativa o asistencial. "Por tanto el Trabajador Social se desempeña como asistentes del médico para dar un mejor tratamiento de las enfermedades; es como un auxiliar que desempeña otros roles más amplios pero girando siempre en torno a la recuperación de la salud".

(87)

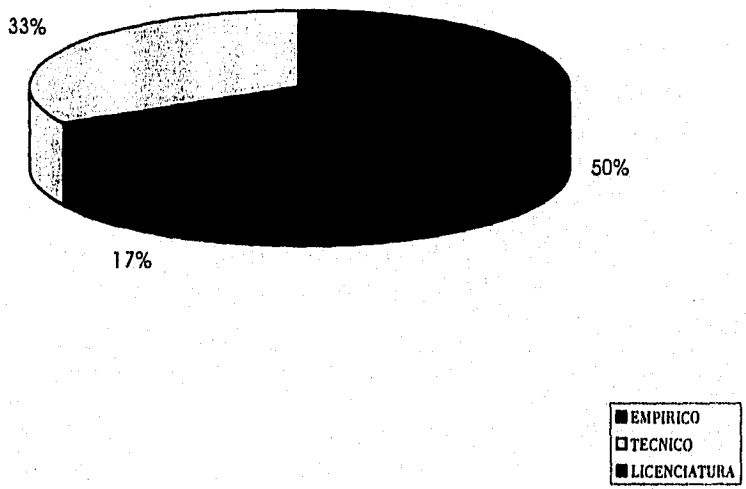
CUADRO 17

NIVEL ACADEMICO

		FRECUENCIA
EMPIRICO	17%	1
TECNICO	33%	2
LICENCIATURA	50%	3

Fuente: Encuesta Directa 1992.

NIVEL ACADEMICO



Fuente: Encuesta Directa 1992.

CUADRO 18

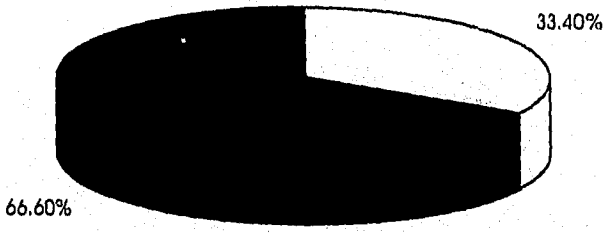
FORMACION ACADEMICA

		FRECUENCIA
SUFICIENTE	66.60%	4
INSUFICIENTE	33.40%	2

Fuente: Encuesta Directa 1992.

FORMACION ACADEMICA

■ SUFICIENTE
□ INSUFICIENTE



Fuente: Encuesta Directa 1992.

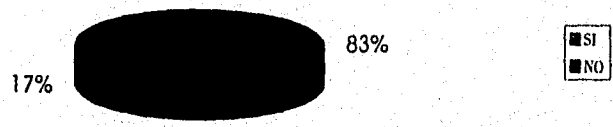
CUADRO 19

AL INICIO DEL EJERCICIO PROFESIONAL TENIA DEFINIDAS LAS ACTIVIDADES

		FRECUENCIA
SI	83.00%	5
NO	17.00%	1

Fuente: Encuesta Directa 1992.

**AL INICIO DEL EJERCICIO
PROFESIONAL TENIA DEFINIDAS LAS
ACTIVIDADES**



Fuente: Encuesta Directa 1992.

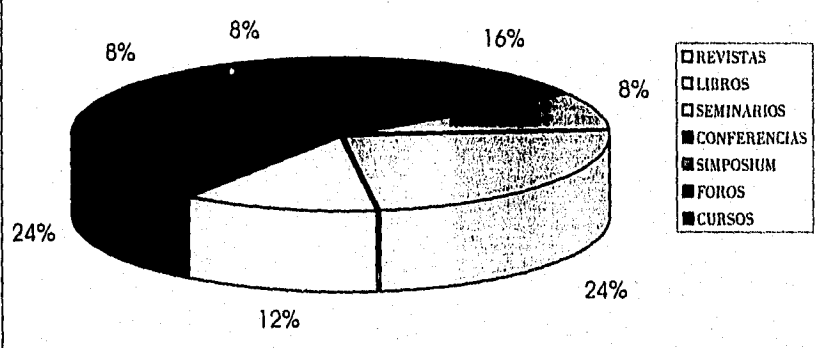
CUADRO 20

FUENTES DE CONSULTA PARA ACTUALIZACION PROFESIONAL

		FRECUENCIA
REVISTAS	8.00%	2
LIBROS	24%	6
SEMINARIOS	12%	3
CONFERENCIAS	24%	6
SIMPOSIUM	8%	2
FOROS	8%	2
CURSOS	16%	4

Fuente: Encuesta Directa 1992.

FUENTES DE CONSULTA PARA ACTUALIZACION PROFESIONAL



Fuente: Encuesta Directa 1992.

CUADRO 21

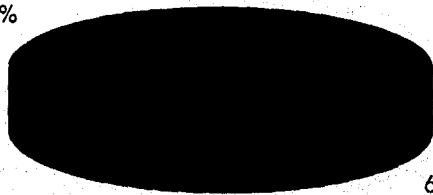
REALIZA ACTIVIDADES QUE NO SON ACORDES CON SU QUEHACER PROFESIONAL

		FRECUENCIA
SI	66.60%	4
NO	33.40%	2

Fuente: Encuesta Directa 1992.

REALIZA ACTIVIDADES QUE NO SON ACORDES CON SU QUEHACER PROFESIONAL

33.40%



66.60%

■ SI
■ NO

Fuente: Encuesta Directa 1992.

CUADRO 22

**REALIZA ACTIVIDADES QUE NO SON ACORDES
CON SU QUEHACER PROFESIONAL.**

		FRECUENCIA
SI	66.60%	4
NO	33.40%	2

Fuente: Encuesta Directa 1992.

CUADRO 23

LA INSTITUCION ESTABLECE LAS FUNCIONES QUE REALIZA

		FRECUENCIA
SI	100%	6
NO		

Fuente: Encuesta Directa 1992.

LA INSTITUCION ESTABLECE LAS FUNCIONES QUE REALIZA



SI
 NO

100%

Fuente: Encuesta Directa 1992.

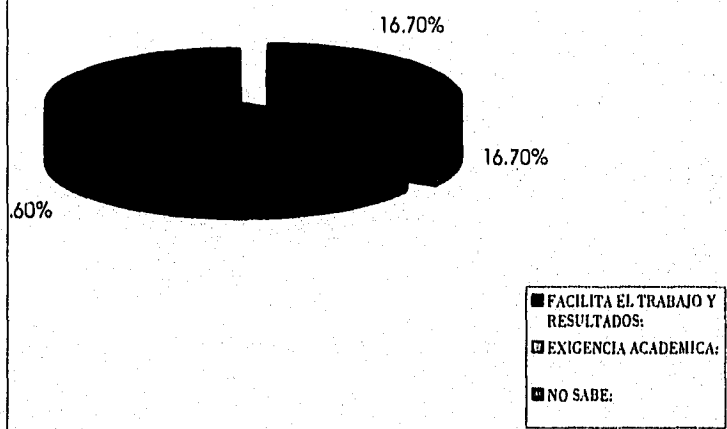
CUADRO 24

POSIBILIDAD DE PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS

		FRECUENCIA
SI	100%	6
NO		
FACILITA EL TRABAJO Y RESULTADOS:	16.70%	
EXIGENCIA ACADEMICA:	16.70%	
NO SABE:	66.60%	

Fuente: Encuesta Directa 1992.

POSIBILIDAD DE PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS



Fuente: Encuesta Directa 1992.

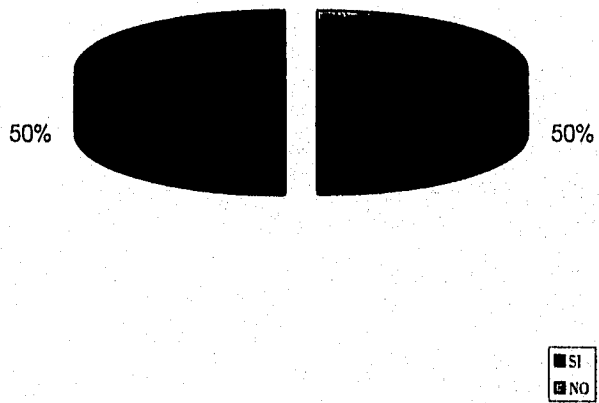
CUADRO 25

LA BAJA CAPACITACION PROFESIONAL ES LA CAUSA DEL BAJO PRESTIGIO DEL TRABAJADOR SOCIAL

		FRECUENCIA
SI	50%	3
NO	50%	3

Fuente: Encuesta Directa 1992.

**LA BAJA CAPACITACION PROFESIONAL ES LA CAUSA
DEL BAJO PRESTIGIO DEL TRABAJADOR SOCIAL**



Fuente: Encuesta Directa 1992.

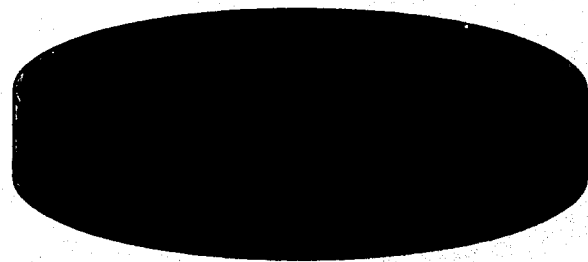
CUADRO 26

NIVEL ACADÉMICO DE LOS PROFESIONISTAS DE TRABAJO SOCIAL.

		FRECUENCIA
BUENO	100%	6
MALO	0%	
REGULAR	0%	

Fuente: Encuesta Directa 1992.

**NIVEL ACADEMICO DE LOS PROFESIONISTAS DE
TRABAJO SOCIAL**



100%

Fuente: Encuesta Directa 1992.

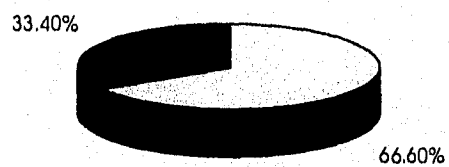
CUADRO 27

MAYOR NIVEL PROFESIONAL QUE EL TRABAJADOR SOCIAL

(MÉDICOS, ENFERMERAS Y T.S.) MISMO NIVEL	66.60%
(ENFERMERIA Y TRABAJO SOCIAL) MENOR NIVEL	33.40%

Fuente: Encuesta Directa 1992.

MAYOR NIVEL PROFESIONAL QUE EL TRABAJADOR SOCIAL



□ (MÉDICOS, ENFERMERAS Y T.S.) MISMO NIVEL
■ (ENFERMERIA Y TRABAJO SOCIAL) MENOR NIVEL

Fuente: Encuesta Directa 1992.

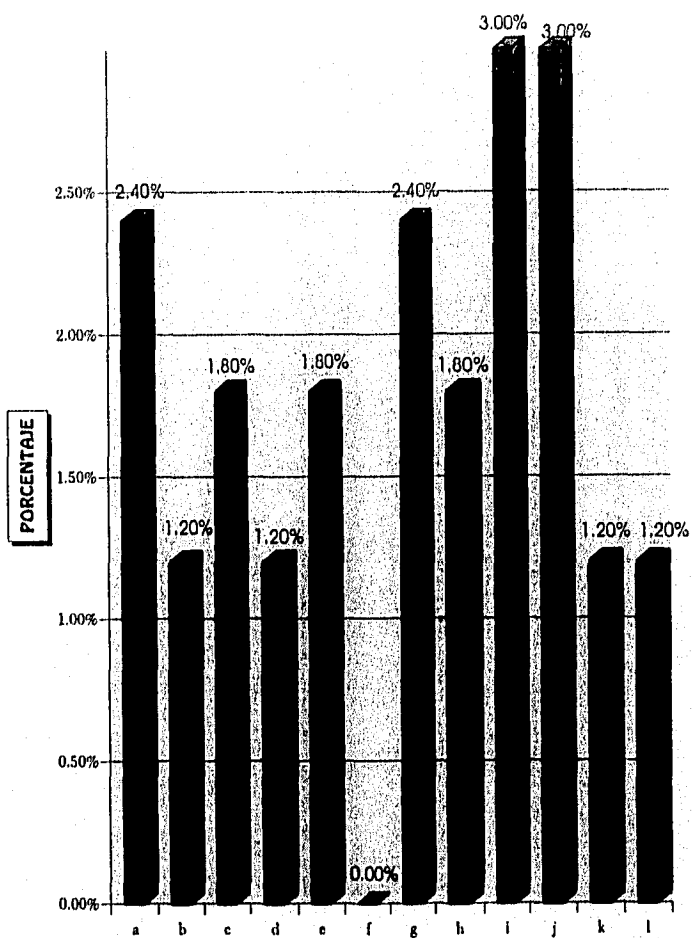
CUADRO 28

INVESTIGACION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Formulación problemas de investigación	4	2.40%
b) Elaboración del marco teórico	2	1.20%
c) Planteamiento de objetivos.	3	1.80%
d) Elaboración de hipótesis	2	1.20%
e) Selección de fuentes de información.	3	1.80%
f) Selección de la muestra	0	0.00%
g) Elaboración de instrumentos de recopilación.	4	2.40%
h) Aplicación del instrumento	3	1.80%
i) Tabulación de datos.	5	3.00%
j) Control estadístico	5	3.00%
k) Representación gráfica	2	1.20%
l) Comprobación de hipótesis	2	1.20%

Fuente: Encuesta Directa 1992.

ASISTENCIA



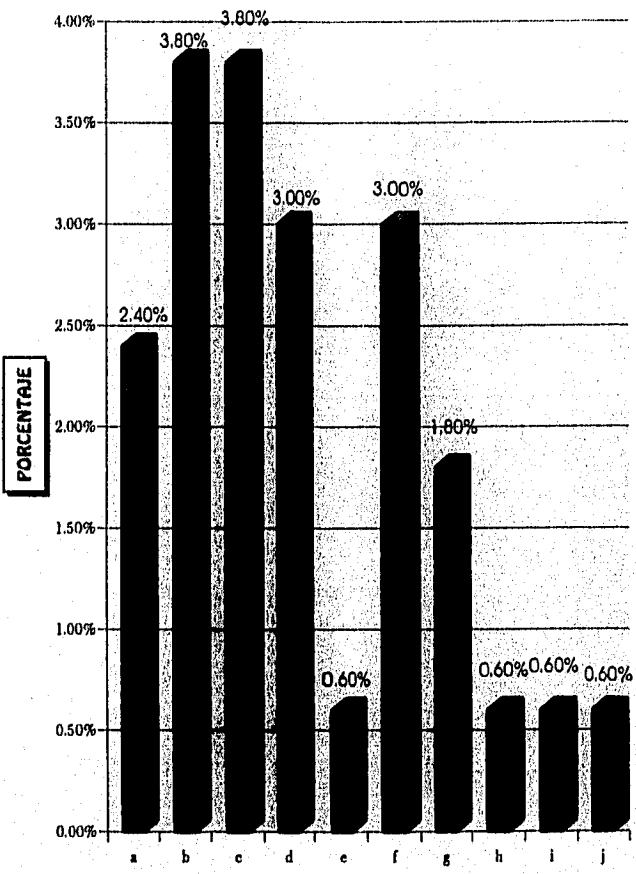
Fuente: Encuesta Directa 1992.

EDUCACION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Información a la población sobre causas de morbilidad	4	2.40%
b) Educación para la salud física - mental	6	3.80%
c) Programas encaminados a implementar la medicina preventiva	6	3.80%
d) Promoción de paternidad responsable.	5	3.00%
e) Pláticas sobre saneamiento ambiental	1	0.60%
f) Formación de grupos	5	3.00%
g) Promoción de servicios de salud	3	1.80%
h) Participación en campañas	1	0.60%
i) Programas de rehabilitación	1	0.60%
j) Grupos de base para control de enfermedades	1	0.60%

Fuente: Encuesta Directa 1992.

EDUCACION



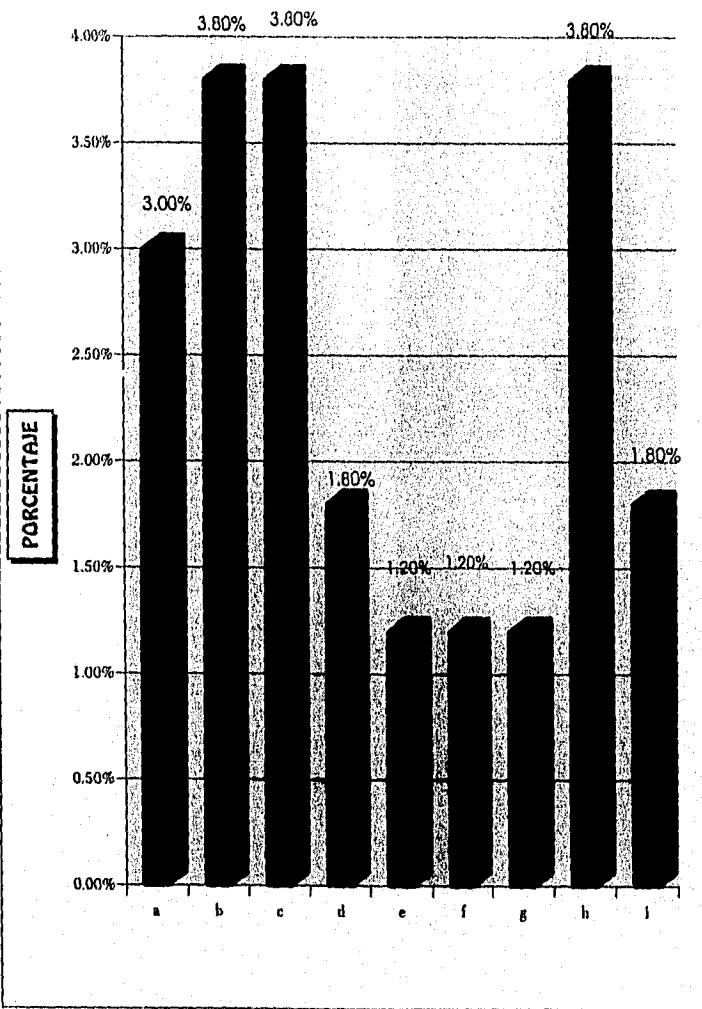
Fuente: Encuesta Directa 1992.

ADMINISTRACION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Planificación de actividades	5	3.00%
b) Organiza el trabajo	6	3.80%
c) Elabora programas	6	3.80%
d) Supervisa el trabajo	3	1.80%
e) Define políticas de trabajo	2	1.20%
f) Elabora reglamentos o instructivos	2	1.20%
g) Redacta manuales de organización	2	1.20%
h) Elabora informes, reportes o documentos de trabajo	6	3.80%
i) Evalúa programas	3	1.80%

Fuente: Encuesta Directa 1992.

ADMINISTRACION

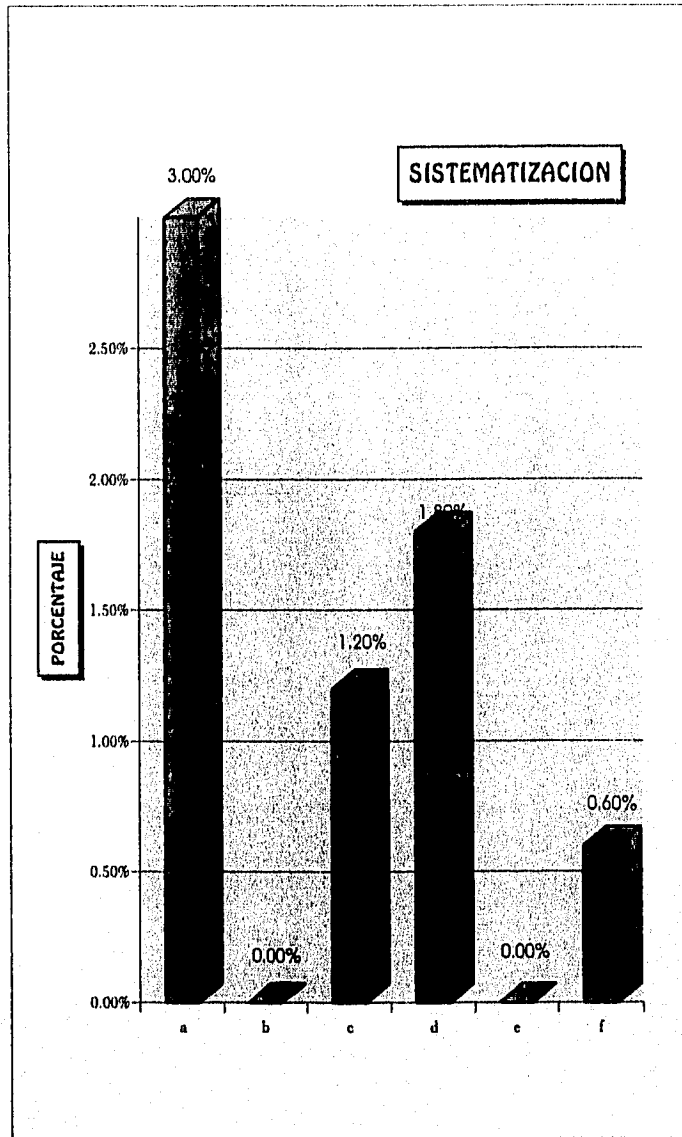


Fuente: Encuesta Directa 1992.

SISTEMATIZACION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Control de número de casos atendidos	5	3.00%
b) Control de procesos de grupos	0	0.00%
c) Análisis de tipo de padecimientos atendidos	2	1.20%
d) Características de los medios sociales en que se desarrolla la enfer	3	1.80%
e) Análisis de los procesos metodológicos	0	0.00%
f) Análisis de las técnicas empleadas	1	0.60%

Fuente: Encuesta Directa 1992.



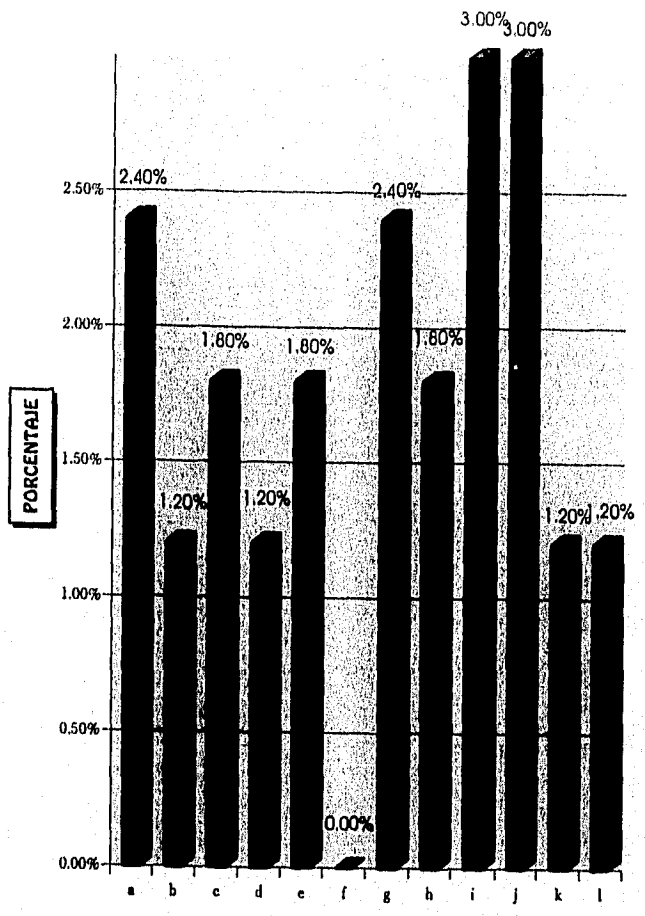
Fuente: Encuesta Directa 1992.

ASISTENCIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Coordinación sobre la información y orientación continua a y/o familiares.	5	3.00%
b) Canalización de pacientes cuyas requerimientos de atención que no correspondan a la institución.	5	3.00%
c) Realización de la entrevista inicial a pacientes y/o familiares para la elaboración del estudio de caso.	5	3.00%
d) Realización de entrevistas subsecuentes para la elaboración del estudio del caso.	5	3.00%
e) Elaboración de estudios de caso psico-sociales.	3	1.80%
f) Estudios socioeconómicos.	5	3.00%
g) Visitas domiciliarias.	3	1.80%
h) Coordinación de las actividades de Trabajo Social con las del tipo de atención al enfermo.	3	1.80%
i) Orientaciones a la población de reciente ingreso a las servicios sobre aspectos diversos.	5	3.00%
j) Localización de familiares para informaciones diversas.	4	2.40%
k) Control de visitas familiares en problemas concretos relacionados con la atención del servicio.	1	0.60%
l) Orientación a pacientes y familiares en problemas concretos relacionados con la atención del servicio.	2	1.20%
m) Orientación médico-legal de pacientes con problemas legales o de mediana del trabajo.	2	1.20%
n) Promoción de servicios de ambulancias.	3	1.80%

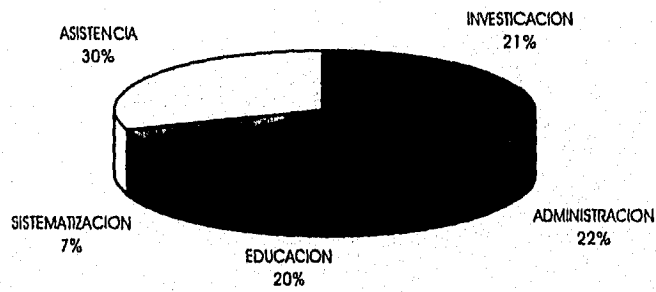
Fuente: Encuesta Directa 1992.

INVESTIGACION



Fuente: Encuesta Directa 1992.

**REALIZACION DE ACTIVIDADES POR
FUNCIONES**



Fuente: Encuesta Directa 1992.

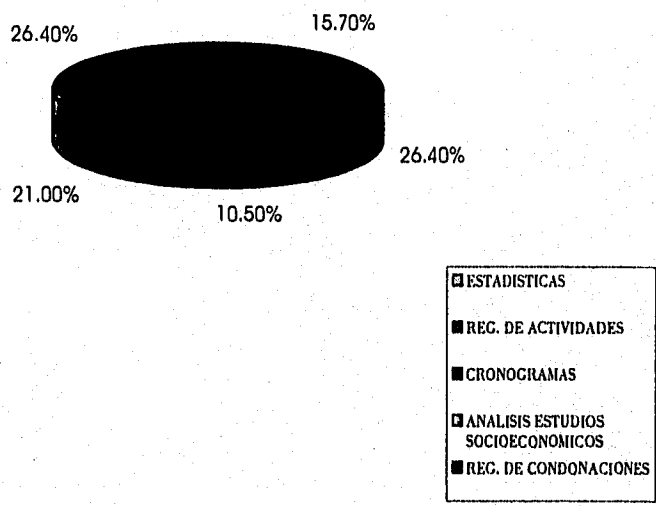
CUADRO 29

INSTRUMENTOS DE CONTROL UTILIZADOS

		FRECUENCIA
ESTADISTICAS	15.70%	3
REG. DE ACTIVIDADES	26.40%	5
CRONOGRAMAS	10.50%	2
ANALISIS ESTUDIOS SOCIOECONOMICOS	21.00%	4
REG. DE CONDONACIONES	26.40%	5

Fuente: Encuesta Directa 1992.

**INSTRUMENTOS DE CONTROL
UTILIZADOS**



Fuente: Encuesta Directa 1992.

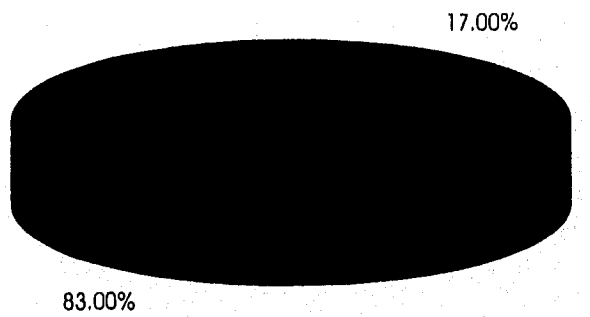
CUADRO 30

**EXISTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ESPECIFICAR
COMO REALIZAR TALES ACTIVIDADES**

		FRECUENCIA
SI	17%	1
NO	83%	5

Fuente: Encuesta Directa 1992.

**EXISTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA
ESPECIFICAR COMO REALIZAR TALES ACTIVIDADES**



■ SI
■ NO

Fuente: Encuesta Directa 1992.

77.- Manual Operativo para el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C. Uruapan, Mich., 1979.

78.- Idem.

79.- Idem.

80.- Idem.

81.- Idem.

82.- Idem.

83.- Idem.

84.- Idem.

85.- Idem.

86.- CELATS. Sistematización.

87.- LIMA, Boris. "Epistemología del Trabajo Social". Editorial Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1986.

**V.- ESTRATEGIA METODOLOGIA IMPLEMENTADA EN LA
PRACTICA.**

5.1. INVESTIGACION.

Para llevar a la práctica la función de Investigación, se realizó el Diagnóstico Social de la Institución por medio del cual se identificaron sus necesidades y su jerarquización.

La Asociación Civil apoyó para que se llevara a cabo el proceso de investigación, el personal médico proporcionó la información necesaria para conocer la problemática y necesidades tanto del área médica, de enfermería y de los servicios claves de la Institución; el personal de enfermería y de servicios generales participó proporcionando la información solicitada y apoyó en las actividades que se llevaron a la práctica.

Mientras se realizaron actividades de asistencia no hubo problema, pasamos inadvertidas, pero en la medida que se empezó a cuestionar la problemática institucional, consideraron nuestra actitud como "no propia de un trabajador social porque se están invadiendo las funciones de administración".

Bajo estas circunstancias se propuso a la Administración y a los médicos participar en reuniones grupales por servicios, con el propósito de informar y explicar el porqué de ciertos procedimientos que se estaban realizando en el departamento de Trabajo Social, de igual manera se obtendría información valiosa para el proceso de investigación.

5.2. DIAGNOSTICO.

Los aspectos conocidos en el Diagnóstico son:

- a) Organización del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., en el cual se desempeña el trabajador social.
- b) Características generales de la Institución y funcionamiento de las áreas médica, paramédica y de servicios generales.
- c) Ubicación administrativa que han desempeñado los trabajadores sociales.
- d) Interpretación de los resultados de la investigación.
- e) Problemática identificada en el Diagnóstico y su jerarquización.

El principal problema identificado en la jerarquización, es la deficiente organización y comunicación a todos los niveles, lo que origina que las actividades no vayan encaminadas al logro de un mismo objetivo, es así que se justifica la propuesta de reorganización del departamento de Trabajo Social así como la elaboración de manuales de organización y procedimientos del departamento de Trabajo Social, de las áreas médicas, paramédicas y de servicios generales, ya que no es suficiente la reorganización del propio departamento pues sólo se participaría parcialmente en el logro de los objetivos institucionales, profesionales y del sector salud; es por esto que se sugiere una propuesta de reorganización a todos los niveles, un nuevo proyecto de estructura organizacional en donde se delimiten los diferentes niveles de acuerdo a sus funciones y jerarquías.

5.3. PROGRAMACION Y EJECUCION.

Una vez que se tuvo la primera aproximación del conocimiento del Hospital, el Cuerpo de Gobierno de la Institución aceptó la participación del trabajador social, brindando apoyo para la ejecución

de nuevas actividades en el departamento, además de las tradicionales que ya se venían realizando. Posteriormente se comentaron estas inquietudes a los trabajadores sociales de base, pues se pretendía que en equipo se dieran los cambios necesarios para reestructurar el departamento de Trabajo Social, sin embargo nos percatamos de su apatía y de la falta de disponibilidad para realizar otro tipo de actividad, por consiguiente, se optó por continuar el proceso solas, únicamente se coordinaron las actividades de tipo asistencial.

Las funciones que se llevaron a la práctica fueron: Administración, Investigación, Educación y Asistencia, lo cual permitió demostrar que son factibles de realizarse en esta Institución, adecuándolas al perfil profesional y además, proponer la reorganización mediante la elaboración de manuales de procedimientos en los cuales se estandarizan las actividades por funciones.

Por lo que respecta a la Administración, ésta se interesó en la propuesta, fue el proceso esencial para cumplir con lo planeado, se brindó la oportunidad de realizar actividades administrativas, participar en la toma de decisiones y de manera coordinada seleccionar las mejores alternativas de acción y elaborar proyectos.

Es importante mencionar el proceso o dinámica que se generó en el área de enfermería como resultado de la investigación, el cuerpo médico mencionó de manera significativa la necesidad de cambiar el actual sistema de atención al paciente (sistema por funciones) por el sistema de cuidados integrales, esta propuesta se dio a conocer al Jefe de Enfermeras en forma conjunta con el Jefe de Enseñanza, lo cual fue retomada y se realizaron los trámites necesarios para poner en práctica

el sistema de cuidados integrales al paciente, el cual se fue adecuando mediante la práctica siendo finalmente aprobado.

Como parte de las actividades de educación para la salud se ejecutó el proyecto de Nutrición e Higiene Materno-Infantil, cuyo objetivo fue: Reformar, capacitar y modificar favorablemente los hábitos higiénicos y alimentarios en el grupo de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, que acuden en control prenatal en el departamento de Consulta Externa, para que participen activamente en la solución de los problemas nutricionales y aquellos asociados a la deficiente higiene materno infantil.

La meta a alcanzar fue que el 100% de las personas que integren el grupo, el 60% se capacite, refuercen y modifiquen positivamente sus hábitos higiénico dietéticos.

El grupo se integró con diez mujeres embarazadas captadas en el servicio de Consulta Externa; el cronograma de actividades abarcó ocho semanas, las sesiones se efectuaron una vez por semana.

Para la conducción del grupo se retomó la metodología del Trabajo Social de Grupos de Yolanda Contreras de Wilhem, de esta manera se pudieron identificar las etapas alcanzadas en la vida del grupo.

Los recursos humanos para la ejecución del proyecto fueron: un médico interno de pregrado, un médico residente de post-grado, dos pasantes de enfermería y tres pasantes de la Licenciatura de Trabajo Social; los recursos institucionales fueron: El Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., Mex-Fam (Fundación para la planeación familiar) y Liconsá; por último los recursos materiales y financieras que

comprendían las instalaciones y papelería necesaria para las actividades por realizar en el proyecto.

Los temas comprendidos en el programa del proyecto fueron:

- 1.- Embarazo.
- 2.- Higiene personal en el embarazo, parto y puerperio.
- 3.- Alimentación y salud. Dieta normal.
- 4.- Alimentación de la embarazada y de la madre en el periodo de lactancia.
- 5.- Cuidados del recién nacido hasta el primer año de vida.
- 6.- Manejo y preparación higiénica de los alimentos en el hogar.
- 7.- Distribución del presupuesto familiar para la adquisición de los alimentos.

Mientras se lograba la integración tanto a la Institución como al departamento de Trabajo Social, se realizaron las actividades asistenciales que habían venido desempeñando los trabajadores sociales de base: Estudios socioeconómicos, asignación de cuotas de recuperación, descuentos por servicio, canalización de pacientes, trámites administrativos para realizar estudios de laboratorio y gabinete en otras instituciones, información general y presupuestos. Tales actividades fueron implementadas en forma organizada, mediante un procedimiento y con un propósito "integrar al trabajador social en el equipo de salud".

Solo en dos áreas del Hospital se pudo llevar a la práctica esta forma de trabajo en Pediatría y en el área de Medicina Interna para varones; en las demás áreas no fue posible ya que los trabajadores sociales de base

continuaron realizando actividades de manera aislada sin participar con el equipo de salud.

A continuación se describe la forma o procedimiento mediante el cual se realizaron las actividades asistenciales y a través de los cuales se logró la integración del trabajador social al equipo de salud.

- a) Identificación de los pacientes de nuevo ingreso.
- b) revisión del expediente clínico para conocer aspectos generales del padecimiento actual, motivo de su ingreso, procedencia, tratamiento médico inicial y su evolución.
- c) Entrevista inicial con la madre, padre o familiar para la elaboración del estudio social del paciente.
- d) Información general sobre la forma del funcionamiento del Hospital, de sus derechos y obligaciones como pacientes que reciben atención médica en el área de beneficencia.
- e) Orientación a cerca de las Instituciones y Asociaciones de Asistencia que prestan apoyo y servicios complementarios para la atención médica de los pacientes.
- f) Visita de valoración diaria al paciente con el equipo de salud.
- g) El médico interno de pregrado informa al médico adscrito sobre la evolución o motivo de ingreso del paciente.
- h) El trabajador social informa al resto del equipo, en base a la interpretación de los datos obtenidos en la entrevista inicial, aspectos como: Identificación del paciente, estructura familiar, medio ambiente social, situación económica y algunas observaciones generales.
- i) La enfermera responsable del paciente informa de su evolución (signos vitales, dieta, estado general y respuesta al tratamiento).

j) El médico adscrito revisa al paciente y compara los signos y síntomas objetivos y subjetivos, se hace la interpretación y se determina el tratamiento y los recursos necesarios (medios de diagnóstico, medicamentos especiales, transfusiones, canalizaciones, etc.).

- Revisión de casos especiales, en donde en equipo se decide la mejor alternativa para el paciente, por ejemplo cuando el paciente requiere de un servicio de salud del tercer o de segundo nivel (si es que la Institución no cuenta con la infraestructura o el recurso humano para la atención del caso).

- El trabajador social informa a la familia sobre el procedimiento a seguir, sobre la conveniencia de continuar aquí su tratamiento o las ventajas que ofrece su traslado a otra Institución.

- El trabajador social realiza trámites administrativos para obtener descuentos en medios de diagnóstico que se realizan en otras instituciones, proporciona algún medicamento que exista en el botiquín (muestras médicas) orienta a los familiares sobre los trámites para la obtención de sangre y otros trámites de acuerdo al tratamiento establecido.

- El trabajador social y la familia realizan los trámites necesarios cuando se decide el traslado y la familia acepta la responsabilidad.

- Atiende en su oficina las necesidades varias de los pacientes.

La función de Administración permitió la integración y coordinación con el departamento administrativo y de esta manera participar en la toma de decisiones, programar actividades, elaborar proyectos y lo más importante, dar a conocer al Cuerpo de Gobierno de la Institución (Asociación Civil, Dirección, Jefe de Enfermería y Jefe de Recursos

Humanos) la participación que los trabajadores sociales pueden tener con el equipo de salud para propiciar el mejorar la calidad de los servicios.

Aunque limitadas por el tiempo que lleva realizar las actividades de asistencia, las actividades académicas del plan de estudios, la poca participación de los trabajadores sociales de base, así como la apatía de algunos médicos, se implementaron las siguientes actividades de tipo administrativas:

- a) Reestructuración del formato de estudio socioeconómico.
- b) Clasificación de pacientes por categorías de acuerdo a sus ocupaciones y salarios.
- c) Adecuación del perfil profesional del trabajador social en salud.
- d) Elaboración del manual de organización y procedimientos del departamento de trabajo social.
- e) Coordinación con otras instituciones de salud (IMSS, Coplanar de Paracho, Mich., Hospital General de Morelia, D.I.F. Municipal y Mex-Fam). Organizaciones de asistencia (Cáritas y Fundación Alma).
- f) Elaboración del proyecto para la implementación del módulo de información y admisión hospitalaria.
- g) Elaboración del proyecto para la implementación del módulo de información y admisión hospitalaria.
- h) En coordinación con jefatura de enseñanza, administración y supervisora de enfermería se elaboraron los manuales de organización del área médica, paramédicos y de servicios generales.

i) Propuesta para cambiar la estructura organizacional (organigrama) y ubicar el departamento de trabajo social de acuerdo a sus funciones y relaciones con respecto a las demás estructuras.

5.4. EVALUACION.

Para la elaboración del Diagnóstico Social de la Institución y cumplir con los objetivos y la intencionalidad del proyecto que consiste en la implementación del Trabajo Social profesional en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., se retomó el método del CELATS llamado "Práctica del Trabajo social. Guía de análisis". Lima, Perú. 1983, el cual contiene cinco módulos teóricos y cinco módulos que contienen indicadores para llevar los conocimientos teóricos a la práctica. Del total este método, se revisaron tres módulos teóricos: Delimitación del espacio profesional del trabajador social; para la investigación por indicadores se retomó el primer módulo de aplicación llamado Guía de conocimiento de los agentes sociales que intervienen en la acción profesional, abarca los siguientes aspectos:

- a) Guía de conocimiento de la Institución.
- b) Guía de conocimiento de la actividad profesional del Trabajo Social.
- c) Guía para el conocimiento del usuario.

La intención fue elaborar un diagnóstico social de la Institución y en base a ello, proponer alternativas de acción encaminadas a responder a los problemas y necesidades detectadas; sin embargo, hasta Noviembre de 1991 fue posible terminarlo (trece meses de práctica escolar);

durante el proceso de investigación se detectaron necesidades prioritarias y se elaboraron dos proyectos: "Nutrición e higiene materno-infantil" e "Implementación de un módulo de información y admisión hospitalaria", las etapas del método fueron: Investigación, Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación.

La fase de Investigación se hizo mediante la práctica diaria y registrada en un diario de campo, el diagnóstico mediante la interpretación del diario de campo fichado, la programación se elaboró en base a la Guía teórica "Planes, programas y proyectos de Trabajo Social" de Estrella Topete (ENTS) Escuela Nacional de Trabajo Social y la evaluación a través de la medición de objetivos y metas, utilizando instrumentos de control adecuados a cada proyecto. La ejecución del proyecto de "Nutrición e higiene materno-infantil" se apoyó en la metodología de Trabajo Social de Grupos de Yolanda Contreras de Wilhem.

Las técnicas utilizadas para la elaboración del Diagnóstico Social fueron: observación, entrevistas estructuradas y no estructuradas (individuales y grupales), cuestionarios, encuestas, asambleas, investigación documental y técnicas estadísticas.

Los instrumentos de apoyo fueron: Guía de observación y entrevista, fichas bibliográficas, gráficos y diario de campo fichado.

Para la ejecución del proyecto de Nutrición e higiene materno-infantil, las técnicas utilizadas fueron: de enseñanza-aprendizaje: demostrativas, de retroalimentación, de interrogación y exposición, Técnicas de comunicación: dinámicas grupales de interrogación y comunicación. Los instrumentos de apoyo: visitas domiciliarias, rotafolios, audiovisuales, registro de control de grupos, cronogramas de actividades y láminas.

Para la implementación del módulo de información y admisión hospitalaria, las técnicas de investigación fueron: entrevista y observación, se utilizó como instrumento un formato para el registro de actividades.

Con el método del CELATS, se conocieron tres aspectos que integrarían parte del diagnóstico: Conocimiento de la Institución; conocimiento de la actividad profesional del Trabajador Social y conocimiento del usuario, para lo cual se hicieron algunas adecuaciones y no se retomaron indicadores que podían ser aplicados en el proceso; entre los cambios significativos están los siguientes:

1.- Guía de conocimiento de los agentes sociales que intervienen en la acción profesional.

a) Dinámica interna de la Institución.

Este indicador se refiere a los programas que se desarrollan en la Institución, el cual no fue retomado porque en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., no se habían elaborado programas o proyectos, por consiguiente no era posible conocer los objetivos de los programas y sus procedimientos, la periodicidad con que se formulan, la participación del personal de la Institución; si los programas surgen en base a necesidades y su adecuación, cuáles son las áreas de programación y quién o quiénes son los responsables del cumplimiento de tal programación.

b) Relación entre Institución y la política social del sector.

Este indicador se refiere a la relación entre la política social sectorial y la Institución en cuanto a objetivos, planes, programas, etc.

Como el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., es una Institución de carácter mixto (proporciona servicios privados y de beneficencia) y no está reconocida por el sector salud, no fue posible establecer hasta qué punto las políticas, objetivos y programas de este sector se relacionan con la Institución; sin embargo, los indicadores nos sirvieron como marco de referencia para darnos cuenta que la Institución no está sujeta a políticas del sector salud, que es autónoma y que no elabora programas y proyectos para participar tanto en el objetivo institucional como en el objetivo del sector.

c) Evaluación de los servicios que presta la Institución.

Se consideró que aún en esta etapa de la investigación, no se tenía un conocimiento profundo de los servicios que proporciona la Institución para poder hacer un análisis y evaluación de los mismos.

2.- Guía de conocimiento de la actividad profesional del Trabajador Social.

Este punto se refiere:

- a) La programación de actividades de la unidad de Trabajo Social.
- b) Coherencia de la programación.
- c) Proceso de diseño y aprobación de la programación de la unidad de Trabajo Social.
- d) Actividades en relación a la programación.
- e) Procedimientos.
- f) Participación de los usuarios.
- g) Dinámica de cambio de la programación.
- h) Aptitudes y conocimientos que la ejecución de sus actividades exige.
- i) Evaluación.

j) Principales problemas que enfrenta la realización de sus actividades.

Como se puede observar, del punto "b", solamente se retomaron tres indicadores: organización interna de la unidad de Trabajo Social; objetivos en la unidad de Trabajo Social y la relación entre objetivos de la unidad de Trabajo Social y los objetivos de la Institución y la profesión (2.1, 2.2 y 2.3).

Los demás puntos se refieren a la programación de actividades, es decir, elaboración, ejecución y evaluación de programas o proyectos; como el departamento de Trabajo Social no participa en la planeación, no fue posible conocer tales aspectos. Después de más de un año de práctica escolar, ya es posible evaluar la actividad profesional del trabajador social, lo que se mencionará en otro punto de análisis.

k) Organizaciones gremiales y académicas de Trabajo Social.

l) Situación de las organizaciones de Trabajo Social.

Este punto tan importante para hacer el análisis de la práctica profesional, en sus posibilidades y limitaciones, fue excluido, no se alcanzó a captar en un principio de la práctica escolar su importancia, concretándose a mencionar que, como no existían asociaciones y organizaciones de trabajadores sociales en la localidad, no se retomaron las existentes a nivel Nacional ni Regional.

3.- Guía para el conocimiento del usuario.

En este apartado todos los indicadores se retomaron, excepto el punto 1.2 (ubicación de usuarios como contribuyente directo y/o indirecto en el sostenimiento de los servicios que solicita). Porque esta Institución

no es dependencia del Estado y no propicia la seguridad social, por consiguiente el usuario no cubre los servicios con una parte proporcional fija de su salario; sin embargo es contribuyente indirecto en el sostenimiento de los servicios que solicita.

El método utilizado (CELATS) para el conocimiento de estos tres aspectos de la Institución, es un método elaborado en Lima, Perú, contienen variables e indicadores que son útiles para conocer los diferentes ámbitos o áreas donde desempeña su actividad profesional el Trabajo Social; además está elaborado de tal manera que al describir el resultado de la recolección de la información, da pauta para ir al mismo tiempo haciendo una interpretación de dicha información.

Durante el proceso de la práctica escolar, se pudo comprobar que el método es muy amplio porque lleva aspectos teóricos y prácticos, que no fue posible aplicarlos todos, porque el tiempo apremiaba y además durante la investigación se fueron conociendo necesidades de tal manera se concluye que, antes de terminar de elaborar el diagnóstico social de la Institución se tuvo que programar, ejecutar y evaluar proyectos.

Por lo que respecta a la modificación y adecuación de técnicas utilizadas para la investigación social, fueron mínimas, en realidad se retomaron las tradicionales; un aspecto importante fue la modificación en la aplicación de los cuestionarios para conocer aspectos relacionados con la actividad médica; la mayoría de los médicos, se sintieron "agredidos" y mencionaron que se trataba de una "evaluación", por tal motivo, recibieron el cuestionario cuando se les pidió su participación, pero no entregaron los resultados; a partir de tal situación, se tuvo que replantear la técnica a seguir para conseguir tal información, es así que,

se optó por realizar entrevistas grupales y nos dimos cuenta que expresaron sus puntos de vista de manera espontánea, lo cual dio un panorama más amplio de conocimiento de la problemática del área médica.

En cuanto al método de Trabajo Social de Grupos en que se apoyó la ejecución del proyecto de "Nutrición e higiene materno-infantil" se tiene que: la finalidad de dicho proyecto es la educación para la salud, fue necesario la utilización del método de Trabajo Social de Grupos retomando del modelo propuesto por Yolanda Contreras de Wilhem; dicho método propone un proceso educativo en el que el trabajador social conduce a los individuos a establecer relaciones de grupo satisfactorias que les permitan capacitarse para actuar de acuerdo a las circunstancias de su medio ambiente social y familiar.

Como resultado de una investigación y elaboración de un diagnóstico de salud en el área de Pediatría se elaboró un proyecto, cuya ejecución sería guiada por la metodología de grupos; el modelo identifica que en todo proceso grupal existen tres etapas:

- 1.- Etapa de formación.
- 2.- Etapa de organización.
- 3.- Etapa de integración.

1.- Etapa de Formación. Se refiere al nacimiento del grupo, en donde se identifican los intereses de los miembros y se asocian.

Durante ésta se hace la promoción a través de diferentes técnicas e instrumentos para atraer a los miembros y se interesen en formar parte del grupo.

2.- Etapa de Organización. Se caracteriza porque el grupo elabora los sistemas propios para dirigirse, tomando en cuenta las necesidades de los miembros y objetivos del grupo. Las características de este grupo son: la asistencia regular a las sesiones, identificación con el grupo al llamado: "nosotros o nuestro grupo", aceptación y sentido de permanencia al grupo, se da la cohesión a través de vínculos afectuosos-interpersonales, se buscan aspectos comunes compatibles con relación a valores y actitudes personales. Esta organización da un carácter formal al grupo a pesar de haber flexibilidad y dinamismo en las reuniones.

3.- Etapa de Integración. Se refiere a la maduración del grupo, es alcanzar la conciencia de lo que es y de lo que no se puede alcanzar. Se caracteriza por la estabilización de la estructura del grupo; se puede decir que cuando está terminada se predice que el grupo continuará su asociación porque ha armonizado los intereses personales y de la Institución que patrocina.

Esta fase enfoca ya el deseo de servir a los demás.

Se puede identificar una cuarta etapa, "la muerte o declinación de un grupo" la cual se puede dar por los siguientes factores:

- 1.- Cuando hay metas, se han alcanzado y ya no hay razón para continuar la existencia.
- 2.- Si se estableció un periodo de duración.
- 3.- Por falta de integración.
- 4.- Mala adaptación.

Sin embargo a esta etapa no se puede llegar dependiendo de la forma en cómo se conduzca el proceso grupal.

La vida del grupo formado para la ejecución del proyecto alcanzó la segunda etapa que es "la de organización", después el grupo se desintegró, esto como consecuencia de los siguientes factores:

- a) El tiempo de la práctica escolar concluyó, lo que terminó las actividades educativas y asistenciales en la Institución.
- b) La falta de interés por parte de los trabajadores sociales de base, como de las nuevas pasantes en dar continuación al proceso grupal.

Esto originó que el grupo "muriera" a pesar de haber interés por parte de los miembros en dar continuidad a las sesiones.

Como se mencionó, el grupo surgió de la necesidad de implementar el proyecto de Nutrición e higiene materno-infantil, en cuya elaboración fue retomada la guía teórica "Planes, programas y proyectos en Trabajo Social" de Estrella Topete (ENTS). Las técnicas empleadas durante el desarrollo del proyecto fueron:

- Observación participante.
- Entrevistas individuales.
- Técnicas de enseñanza-aprendizaje:
 - * Demostrativas.
 - * Retroalimentación.
 - * Interrogación.
 - * Exposición.
- Técnica de comunicación: dinámicas grupales.

Así como instrumentos empleados:

- Visitas domiciliarias.
- Rotafolios.
- Registro de control de grupos.
- Cronogramas de actividades.
- Láminas.
- Programación de actividades.

La experiencia desarrollada reflejó que los métodos no son aplicables al "pie de la letra", sino que hay que hacer modificaciones necesarias, ajustándose a las necesidades de la propia situación. Por tanto, las adecuaciones hechas al método aunque fueron mínimas es preciso señalarlas. Como la vida del grupo llegó a la segunda etapa (organización) era preciso señalar o determinar un "Cuerpo de Gobierno" que dirigiera las actividades del grupo; esto no se hizo porque la finalidad no era efectuar actividades de tipo productivo, sino la modificación de hábitos higiénicos-dietéticos, por tanto sus miembros tenían la participación de igualdad sin jerarquías.

Las actividades no son un fin, sino un medio para llegar al "cómo y para qué se hacen", por tanto, de las técnicas empleadas para el logro de las actividades, se puede decir que, su aplicación fue correcta para el desarrollo del proyecto, con la observación fue posible identificar la dinámica grupal así como los roles asumidos por los miembros. Las entrevistas individuales facilitaron la caracterización del grupo ya que a través de ésta se tuvo una relación más directa entre Trabajo Social y los participantes; se identificaron necesidades e inquietudes que

servieron tanto para hacer la optimización de recursos disponibles, como para ajustes de actividades en el programa.

Las técnicas de enseñanza-aprendizaje permitieron que los miembros participaran activamente en la dinámica de las reuniones, externando dudas con relación al tema de discusión, facilitó el intercambio de ideas y experiencias entre los miembros y el ponente; con la exposición de temas se pudo observar el interés de las personas por aprender cosas nuevas.

En lo referente a los instrumentos empleados para el logro de las actividades programadas cumplieron su objetivo: con los rotafolios se pudo hacer gráfica la exposición de los temas, se mantuvo centrada la atención de las personas y facilitó la participación de los miembros para aclarar dudas. Las visitas domiciliarias junto con las entrevistas estructuradas, complementadas con la observación permitió la caracterización de la estructura del grupo.

Los audiovisuales estaban considerados a utilizar no fue posible conseguirlos. El registro de control de grupos es una directriz que permite observar la dinámica y conducta del individuo en el grupo, éste instrumento fue retomado de la metodología de Nadia Alwyn, adecuándolo a las necesidades del grupo, en total se consideraron once posibles roles a asumir: el que informa, el que elabora ideas, el que participa activamente, quien cumple con responsabilidades y quien tiene iniciativa; se incluyeron dos indicadores más al observar el desarrollo de las cuatro primeras sesiones: quien participa en forma obligada y quien se limita a ser observador únicamente. Los cronogramas, instrumentos empleados para la planeación de actividades

por sesión, permitió hacer cumplir con el reglamento determinado por los miembros, respetando el tiempo establecido en cada sesión, éstos se ajustaban de acuerdo a cada reunión, generalmente se extendían más del tiempo establecido y en base al interés mostrado por los participantes.

El cronograma de actividades es un instrumento de apoyo para la organización de actividades, éste se elaboró antes de formar el grupo y supervisado por los Pediatras de la Institución.

Por tanto se puede concluir que la metodología empleada en el proceso grupal fue acertada, los resultados quedan explicados en la evaluación.

VI.- MODELO DE INTERVENCION APLICADO EN LA PRACTICA

6.1 NECESIDADES A LAS QUE FUE DIRIGIDA LA ACCION

- * La deficiente consolidación de una estructura organizacional en donde se delimiten políticas, objetivos y metas que conduzcan al logro de propósitos comunes.
- * La práctica de un Trabajo Social no acorde a las necesidades de los usuarios que demandan atención a sus problemas de salud.

6.2 CONCEPTUALIZACION DEL PROBLEMA.

El conocimiento de la intervención del Trabajador Social en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C. y poder compararlo con el perfil ideal del Trabajador Social en el área de salud, en base a la identificación y caracterización de la población usuaria y las necesidades que implica la atención integral a sus problemas de salud, permitió realizar funciones y actividades que nos llevaron a la evaluación de las experiencias y realizar en la práctica otro tipo de actuación del Trabajo Social.

Por lo tanto la atención fue dirigida primordialmente a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, realizando actividades que corresponden al departamento de Trabajo Social tomando como marco de referencia las funciones básicas del Perfil Ideal, de tal manera que la asistencia se implementó de manera organizada utilizando instrumentos de control para la evaluación de las actividades, sugiriendo medidas para eficientar los recursos institucionales. Con la función de Investigación se elaboró el diagnóstico social de la Institución, lo cual permitió conocer las necesidades prioritarias y ejecutar proyectos. Con la función de Educación se retomó la metodología de Trabajo Social de Grupos cuyo objetivo fue la educación para la salud.

La función de administración nos permitió elaborar una propuesta de reestructuración del departamento de Trabajo Social, así como un modelo de reorganización general que definiera en particular la dirección de nuestra acción como Trabajadores Sociales, ubicando el departamento en el lugar correspondiente, inmerso en la estructura de la organización y de acuerdo al modelo propuesto.

6.3 CARACTERISTICAS DE LOS COMPONENTES.

La polarización de servicios que se proporciona a los usuarios justifica que la política institucional se mantenga: optimizar los recursos que se generan en el servicio médico privado para continuar con la prestación de servicios de asistencia médica.

Es conveniente mencionar la actividad que el personal en general ha desempeñado en la atención de los pacientes en el área de beneficencia. Los médicos proporcionan sus servicios de acuerdo a su especialidad sin percibir retribución económica por parte del usuario ni de la Institución, el Hospital ha sido un medio para que la mayoría de estos profesionistas desarrollen sus capacidades y habilidades propias de la medicina especializada y captar usuarios cuya capacidad económica les genere ganancias, de tal manera que han alcanzado un nivel profesional reconocido en la comunidad.

El personal de enfermería por su parte se ha caracterizado por su eficiente preparación profesional ya que se cuenta con una escuela propia pero ha intervenido de sobremanera la baja retribución económica para que el personal de enfermería decida emplearse en otras instituciones de salud.

Por lo que respecta al área administrativa, la Asociación Civil es quien determina las políticas a seguir en la Institución, decisiones verticales que han obstaculizado la participación del personal para cumplir con el objetivo que se persigue: Conservar y mejorar la salud integral de la comunidad basada en cinco aspectos fundamentales:

- Medicina Preventiva,
- Medicina Curativa,
- Rehabilitación,
- Investigación,
- Enseñanza.

Dicho objetivo Institucional se identifica con los propósitos que en cuestión de salud plantea el Sector Salud, sin embargo, es un objetivo que se ha cumplido sólo en forma parcial en base a dos aspectos: La medicina curativa y la intención permanente de mejorar la calidad de los servicios.

Los otros cuatro aspectos en los que se fundamenta la atención integral de los usuarios son: Medicina Preventiva, Investigación, Enseñanza y Rehabilitación, de los cuales es factible retomar y llevar a la práctica en este momento la Investigación y Enseñanza, La Medicina Preventiva y Rehabilitación a largo plazo por la necesidad de contar con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados.

De esta forma, la Institución se ha limitado a proporcionar servicios de salud y asistencia médica del segundo nivel de atención (Medicina Curativa).

Como no es dependencia del Sector Salud, no está sujeta a políticas, ni a ejecutar determinados programas en materia de salud, de tal manera,

no es posible que se proporcione al usuario servicios de seguridad social; sin embargo, tanto el personal directivo como el subordinado ha participado para se haya hecho ampliaciones en el área física de la Institución, se ha propiciado el mejoramiento en la calidad del personal paramédico creando su propia Escuela de Enfermería y teniendo relativa apertura a nuevas especialidades médicas que respondan a las demandas de la población usuaria.

Uruapan es la segunda ciudad más importante del Estado, su ubicación estratégica le permite ser punto de enlace entre dos regiones de la entidad: la Tierra Caliente Michoacana y la Meseta Purépecha, regiones en donde además de la ciudad de Uruapan, se extiende la cobertura de los servicios médicos del Hospital Civil.

Usuarios de la ciudad de Uruapan constituyen el porcentaje más significativo de cobertura (64%), de este total el 16.8% se ubican en la zona Sureste de la ciudad, orientación hacia donde el crecimiento demográfico es mayor. Por las condiciones geográficas del terreno, es más factible la introducción de servicios públicos y la urbanización. Otro porcentaje significativo lo constituyen los usuarios ubicados en la zona Centro de la ciudad, se trata de migrantes del campo a la ciudad, los cuales van ocupando las viviendas más baratas, haciéndose en las vecindades del centro de la ciudad, para luego ir poblando la periferia del espacio urbano.

Los usuarios de la Tierra Caliente constituyen el 11% del total, de los cuales el 7.2% proceden de la zona Sur de la región de Uruapan y el 3% del Suroeste, esto se explica porque Uruapan es una ciudad de paso

hacia otras ciudades que cuentan con servicios médicos especializados y por la accesibilidad de las vías de comunicación.

Los usuarios de la Meseta Purépecha representan el 25% del total, el porcentaje más significativo son los usuarios que proceden del Norte de la región de Uruapan, cabe señalar que en esta zona se encuentra ubicada la Clínica Rural de IMSS Solidaridad (Paracho, Mich.) institución en donde, por falta de recursos humanos especializados, medios de diagnóstico y la cercanía del lugar, los pacientes son canalizados al Hospital Civil de Uruapan.

Las características de los usuarios se analizaron en función de sus ocupaciones y salarios, aspectos económicos que condicionan la forma de vida de los grupos sociales así como el lugar que ocupan dentro de un contexto social, político y económico.

Se deduce de tal manera que los usuarios del Hospital Civil de Uruapan, A.C. tienen características similares; son jornaleros eventuales o ayudantes de albañil cuyo ingreso semanal varía entre \$80,000.00 y \$119,000.00 viejos pesos; migrantes del campo a la ciudad; sus grados de escolaridad son primaria, primaria no terminada y analfabetas; familias jóvenes en edad reproductiva, viviendo en promiscuidad en viviendas unifamiliares construidas de madera que sólo cuentan con agua y luz; sus padecimientos más comunes son los problemas ginecobstétricos debido a que las familias son jóvenes en su mayoría y las mujeres tienen mayor incidencia como usuarios.

Las condiciones de vida de este grupo social se enmarcan dentro de la población marginada, sus posibilidades son limitadas para participar e

integrarse al desarrollo urbano y rural, carecen de lo mínimo e indispensable; el denominador común de sus ocupaciones es la falta de seguridad social y económica; trabajan a trato o por jornada. Su rol como consumidores es limitado por su bajo nivel de ingresos y sobre todo por la inestabilidad de los mismos.

El cultivo del aguacate y la industria de la construcción absorben la mayor parte de los usuarios de la ciudad ya que constituye una fuente de empleos de baja calificación, mal remunerada por ser eventual, sin seguridad social, fácilmente sustituible y con ciclos de trabajo y desempleo, que solamente ofrece un atractivo para éste tipo de personas. Por lo que respecta a los usuarios de la Tierra Caliente Michoacán y de la Meseta Parípecha también son jornaleros eventuales en su mayoría, esta actividad económica es la principal, el cultivo de maíz y legumbres son actividades secundarias o complementarias que al igual que las principales no garantizan la seguridad social ni económica. El campo cada vez es más dependiente de la ciudad, su empobrecimiento es paulatino, la falta de apoyo técnico y financiero y las condiciones extremas de pobreza propician la migración de campesinos a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, terminando por integrarse al llamado "ejército de reserva" y permaneciendo al margen de las decisiones económicas y políticas del desarrollo urbano.

Todas estas características generales de los usuarios, suscitan una serie de problemas socioeconómicos familiares que se agudizan cuando requieren de atención a sus problemas de salud. Sus recursos económicos no alcanzan a cubrir ni la cuota de recuperación asignada por la Institución a la cual el Estado había delegado (hasta 1992) la

responsabilidad de responder a las demandas de salud para estas personas que no tienen acceso a las Instituciones médicas de Seguridad Social, a la fecha no se contaba en la ciudad con una Institución médica dependiente del Estado para proporcionar el servicio a un promedio mensual de 550 usuarios, tal manera que el Hospital Civil "Dr. J. Jesús Silva", A.C. ha proporcionado atención del segundo nivel (Medicina Curativa). No es posible proporcionar la asistencia de manera integral porque el usuario debe costear los gastos en la compra de medicamentos, pagar los medios especializados de diagnóstico con los que no cuenta el Hospital y así una serie de gastos que implican el someterse a un tratamiento médico-quirúrgico como son: cuota de recuperación, pago de estudios de laboratorio y gabinete, material de curación y pago diario de equipo especializado.

Tal situación social del usuario justifica la necesidad de la creación de una Institución Gubernamental que atienda sus necesidades en cuestión de salud.

Es importante mencionar que los porcentajes de traslados de pacientes de otras instituciones son significativos, así tenemos que el 50% de los usuarios para el área de beneficencia proceden de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia porque hasta 1992 no se contaba con una Institución de salud que atendiera las necesidades de éste grupo de población. De la Clínica IMSS Solidaridad de Paracho, Michoacán es también considerable (33%), el traslado de pacientes de esa Institución, las causas por las que son enviados se deben a la deficiencia en la existencia de medios de diagnóstico y a la falta de

recursos humanos especializados para la atención de los problemas de salud.

Se han hecho gestiones por parte de la Asociación Civil para que el Hospital fuera reconocido por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y fuera aceptado como una más de sus dependencias pero al parecer se realizó un análisis por parte de dicha Secretaría y se concluyó que para tal propósito se necesita presupuesto y se ha optado por la construcción de un Hospital General Regional para cuyo proyecto se destinaron recursos económicos del Programa Nacional de Solidaridad.

Por su parte el Hospital Civil de Uruapan, A.C. debe aprovechar el prestigio de que goza en la región de Uruapan y sobre todo valorar la calidad de sus recursos humanos.

La falta de educación y actualización de políticas generales y de la estandarización en su organización, el desconocimiento del objetivo institucional por la mayoría de sus trabajadores y la falta de una previsión en cuanto a los problemas que se pueden suscitar con la creación de dos Hospitales de atención médica privada, la inminente construcción de un Hospital General Regional y en general la no reestructuración de toda la organización propiciará a mediano plazo que disminuyan los recursos obtenidos del área de atención médica privada, recursos que determinan la existencia del área de beneficencia.

Aún así la Asociación Civil del Hospital no le son suficientes motivos para proporcionar un cambio en la estructura organizacional y mejorar la calidad de los servicios, cambios que mejorarían la atención de salud a los usuarios que no tienen acceso a las Instituciones médicas de

Seguridad Social a pesar de que "estas personas fueron y siguen siendo la razón de ser de la Institución", afirma la propia Asociación Civil.

6.4 NIVELES DE ATENCION.

La formación del grupo de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia para ejecutar el proyecto de nutrición e higiene materno infantil, permitió que en la práctica se retomara el Trabajo Social de Grupos, por consiguiente el nivel de atención alcanzado fue la experiencia que en el capítulo V ha sido descrita y evaluada.

6.5 PROYECTOS IMPLEMENTADOS.

- * Nutrición e higiene materno - infantil.
- * Organización de las actividades asistenciales.
- * Proyecto para lograr la integración del Trabajador Social al equipo de salud.
- * Implementación de las funciones básicas del perfil ideal del Trabajador Social en el área de salud.
- * Propuesta de un modelo de reorganización general de la Institución.

**VII.- MODELO DE INTERVENCION DESDE LA PERSPECTIVA DE
TRABAJO SOCIAL.**

JUSTIFICACION.

La falta de organización en las actividades del departamento de Trabajo Social que lleven al logro de un objetivo determinado, sirvió como base para delimitar las funciones que, por jerarquías, deben realizar los elementos que integran dicho departamento, ya que, desde su inicio en la institución se vienen efectuando actividades asistenciales las cuales no tienen coherencia y no dan pauta para implementar las demás funciones que en la actualidad deben realizar los trabajadores sociales en el área de salud para alcanzar su desarrollo profesional y mejorar así la calidad de los servicios de salud que la Institución brinda.

Como en la Institución se está trabajando en una reestructuración administrativa, es preciso delimitar las funciones y las líneas de comunicación - autoridad de los trabajadores sociales, dando una adecuada ubicación al departamento en el organigrama general de la Institución.

OBJETIVO GENERAL.

Reorganizar el departamento de Trabajo Social del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., mediante la educación de las actividades que marca el perfil profesional del Trabajador Social en el área de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Delimitar las funciones del Trabajo Social en el área de salud retomando el perfil profesional ideal y su adecuación a las necesidades de la Institución.

- En base al conocimiento del deber ser de la actuación profesional del Trabajador Social en el área de salud; proponer la ubicación del departamento de acuerdo a sus líneas de comunicación y autoridad en la presente reestructuración administrativa, para su identificación en el organigrama general de la Institución.

METAS.

- Que el 100% de las actividades básicas que marca el perfil profesional del Trabajador Social se realicen tanto en el transcurso del servicio social y práctica escolar, como de manera permanente.

LIMITES.

Espacio: Se pondrá en marcha en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

Tiempo: Es un plan de ajustes anuales de acuerdo a las necesidades y situaciones cambiantes.

Universo: Las acciones realizadas comprenderán al personal del departamento de Trabajo Social, así mismo a todos los departamentos que por su naturaleza sea necesaria la coordinación con Trabajo Social.

PROCEDIMIENTOS.

El procedimiento es el conjunto de acciones a realizar, la secuencia de éstos y la forma de llevarlos a cabo, por lo que deberá definirse qué método deberá emplearse y las técnicas de trabajo que se utilizarán.

RECURSOS.

Humanos: Supervisor del departamento de Trabajo Social, tres trabajadores sociales de base, dos para el turno matutino y uno para el

turno vespertino. Dos pasantes de la Licenciatura de Trabajo Social que presten su servicio social durante el turno matutino, finalmente se requiere personal de apoyo en el módulo de información y admisión hospitalaria.

Instituciones: Además de contar con los recursos del Hospital, habrá coordinación con las instituciones de asistencia social, que por la naturaleza de sus servicios sea necesaria la coordinación en los programas y proyectos.

Materiales y financieros: se cuenta con una oficina equipada con un escritorio, tres sillas, una mesa de trabajo, una máquina de escribir, un archivero, un botiquín y la papelería requerida.

Por lo que respecta a los recursos financieros la administración a hecho saber que al implementarse la organización del departamento, se contará con un presupuesto de acuerdo a las posibilidades de la institución.

POLITICAS.

Los prestadores de servicio en el departamento ya sean Licenciados o Técnicos deberán conocer con anticipación y llevar a la práctica las funciones y actividades de acuerdo a su jerarquía.

SUPERVISION Y EVALUACION.

La supervisión será una función constante y se hará de acuerdo a las jerarquías, utilizando los instrumentos de control de acuerdo a cada actividad específica. La administración evaluará la actividad profesional del departamento, el supervisor de Trabajo Social lo hará de todo el personal del departamento, los trabajadores sociales de base evaluarán

la actividad de los pasantes y al personal encargado del módulo de información y admisión hospitalaria.

MANUAL DE ORGANIZACION.

SUPERVISOR DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

FUNCION BASICA.

Planear, controlar y dirigir el funcionamiento del departamento de Trabajo Social, informar mensualmente a la Administración de las actividades realizadas, así como de la aplicación de los recursos destinados a la ejecución de los proyectos específicos.

Cada año presenta, la evaluación final del programa anterior y presentará la nueva propuesta de trabajo.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.

Es responsable ante la Administración de:

- El correcto funcionamiento del departamento.
- Participar con la Administración en la formulación de presupuestos para los programas o proyectos elaborados.
- Coordinar con los responsables de cada departamento las actividades de acuerdo al proyecto específico.
- Coordinar las reuniones de trabajo y evaluación con los integrantes del departamento de Trabajo Social.
- Presentar en forma mensual ante la Administración el informe de actividades.
- Establecer la comunicación y coordinación con instituciones que sirvan de apoyo para mejorar la calidad de los servicios de salud.

- Promover la cobertura de los servicios en la comunidad para que se utilicen de la manera más adecuada.
- Autoridad sobre todo el personal que labora en el departamento.

FUNCIONES GENERALES.

- Elaborar diseños de investigación sobre los aspectos que intervienen en el proceso salud - enfermedad para de esta manera proponer alternativas de acción para participar en la solución de los problemas detectados.
- Administrar y programar las actividades con el equipo interdisciplinario de salud en forma organizada y coordinada, así como establecer instrumentos de supervisión y control para dichas actividades.
- Promover y dar a conocer el perfil profesional del Trabajo Social en el área de salud, de los integrantes del departamento, así como a estudiantes y/o pasantes de Trabajo Social.
- Coordinar la elaboración de proyectos de promoción social o comunitaria para ampliar la cobertura y aprovechar mejor los servicios de salud.
- De acuerdo a la sistematización de las experiencias en la práctica profesional, elaborar formas de intervención específicas del Trabajo Social en el área de salud.
- Coordinar y evaluar las actividades asistenciales con el equipo de salud (médico adscrito, enfermera y trabajador social).

ACTIVIDADES ESPECIFICAS.

- Asesorar y supervisar los trabajos de investigación que se estén efectuando y capacitar a los trabajadores sociales de base y auxiliares

para participar multidisciplinariamente en la formulación del diagnóstico de salud.

- Capacitar a los integrantes del departamento para delegar responsabilidades.
- Coordinarse con el departamento de enseñanza para realizar actividades de capacitación en su área específica y colaborar con el personal de la Institución.
- Promover sesiones bibliográficas con el equipo interdisciplinario de salud (jefe de enseñanza, jefe del servicio, enfermera jefe del departamento, supervisora de enfermería, supervisor del departamento de Trabajo Social, médicos residentes y médicos internos).
- Administrar los recursos que se destinan a proyectos específicos que ejecuta el departamento.
- Tener reuniones periódicas con el departamento de Administración y Contabilidad para informar y evaluar el funcionamiento del departamento.
- Presentar un informe mensual de las actividades realizadas.
- Tener reuniones periódicas de capacitación o actualización del departamento.
- Establecer coordinación con las demás instituciones de bienestar social con el fin de mejorar los servicios que presta la Institución.
- Vigilar que se mantenga y se desarrolle el nivel profesional de los integrantes del departamento.
- Apoyo a su personal.

RELACIONES.

- Administración.
- Contador.

- Director Médico.
- Jefe de Enseñanza.
- Jefes de los diferentes departamentos médicos.
- Jefe de enfermería.
- Supervisoras.
- Enfermeras jefas de departamento.
- Personal a su cargo.

EVALUACION.

El trabajo antes descrito se podrá juzgar para su evaluación por:

- El buen funcionamiento que refleje el departamento en todas sus actividades.
- La calidad de asesoramiento y supervisión que proporciona de acuerdo a sus funciones específicas.
- Por la disciplina y armonía del personal que está bajo sus órdenes, así como la integración del mismo a los objetivos, normas y políticas establecidas.
- La claridad, oportunidad y veracidad de todos los informes presentados a la Administración.
- De la certera coordinación de las actividades que realicen los departamentos que participen en los proyectos propuestos por el departamento de Trabajo Social.

TRABAJADOR SOCIAL DE BASE (O TURNO)

FUNCION BASICA:

Es la coordinación del departamento con la Administración general, Director Médico y los diferentes servicios o departamentos de la

Institución que intervienen en las distintas actividades encaminadas a mejorar la calidad y cantidad de los servicios que presta la Institución.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.

Es responsable ante el supervisor del departamento de Trabajo Social de:

- El buen funcionamiento del departamento durante su turno de trabajo.
- El logro de los objetivos que persigue el propio departamento y por consiguiente los que persigue la Institución.
- Es responsable de la supervisión de los estudiantes de Trabajo Social y de la persona encargada del módulo de información y admisión hospitalaria.

FUNCIONES GENERALES.

- Llevar a cabo la perfecta ejecución de las actividades en las que participe directamente el departamento de Trabajo Social con los demás departamentos de la Institución y las que se llevan a cabo en el propio departamento.
- Participar con el supervisor del departamento en la elaboración anual del programa y los proyectos específicos de acuerdo a las necesidades, adecuándolos a las situaciones cambiantes de la Institución.
- Es el responsable de que funcione el departamento de acuerdo a los objetivos y políticas generales.
- Debe elaborar las formas de evaluación periódicas para que todo lo anterior se cumpla de la mejor manera posible.
- Es el responsable de coordinar las actividades de los estudiantes y pasantes de Trabajo Social.

- Supervisa y evalúa el módulo de información y admisión hospitalaria en su turno.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS.

- Participar en la elaboración de diseños de investigación utilizando métodos y técnicas de Trabajo Social e investigación factibles de llevar a la práctica.
- Ejecutar las actividades programadas para que se cumpla con los objetivos del proyecto utilizando los instrumentos de control de acuerdo a las actividades programadas.
- Participar en la capacitación continua para mejorar el nivel profesional.
- Ejecutar los proyectos de promoción social encaminados a ampliar la cobertura y mejor aprovechamiento de los servicios de salud.
- Registrar de manera ordenada y mantener al día el concentrado de las actividades para de ahí partir hacia la evaluación y sistematización de las funciones del departamento.
- Realizar actividades de asistencia social que son básicas en el área de salud.
- Orientación y sugerencias legales a familiares y pacientes sobre los aspectos sociales de medicina legal.
- Las demás acciones que le encomiende su jefe inmediato.

RELACIONES.

- Supervisor del departamento de Trabajo Social.
- Administración.
- Director Médico.

- Médicos adscritos al departamento el cual esté asignado al Trabajador Social.
- Médico residente y médico interno de pregrado y demás trabajadores sociales de base.
- Supervisora de enfermería.
- Enfermeras jefes de departamento.
- Pasantes y/o estudiantes de Trabajo Social.

EVALUACION.

El trabajo antes descrito se podrá evaluar verificando:

- La claridad, oportunidad y veracidad de todos los informes presentados al Supervisor del departamento.
- La claridad, oportunidad y veracidad de todos los informes presentados al Supervisor del departamento.
- La claridad del asesoramiento que reciba y la supervisión que proporcione al personal a su cargo.
- Por el cumplimiento de objetivos y metas propuestos.
- Por la acertada toma de decisiones al momento que éstas sean requeridas.

ESTUDIANTES Y/O PASANTES DE TRABAJO SOCIAL FUNCION BASICA.

Reforzar los conocimientos teóricos en la práctica y capacitarse para desempeñar las actividades y funciones propias del Trabajo Social en el área de salud.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.

Es responsable ante el Trabajador Social de base y el supervisor de prácticas institucionales:

- Cumplir con las actividades que se le asignen.
- Ser creativo, crítico y proponer alternativas en base a necesidades reales y a los recursos disponibles.
- Participar de manera responsable en las tareas encomendadas.
- Que su intervención propicie y mantenga el nivel profesional de los trabajadores sociales.

FUNCIONES BASICAS.

- Realizar investigaciones sociales para actualizar el diagnóstico de la Institución y a partir de él, proponer la ejecución de proyectos encaminados a resolver necesidades prioritarias.
- Tratar de realizar todas las funciones del Trabajador Social en el área de salud:

Básicas: Investigación, administración, educación y asistencia.

Apoyo: Sistematización, enseñanza, orientación legal, medicina del trabajo social o comunitaria.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS.

- Todas aquellas encaminadas a cumplir con las funciones básicas y de apoyo.
- Todas aquellas que por la naturaleza de su trabajo son necesarias.

RELACIONES.

- Supervisores de prácticas.
- Supervisor de Trabajo Social.

- Trabajador Social de turno.
- Con las demás autoridades de acuerdo a la coordinación de las actividades que realice como integrante del equipo de salud.

EVALUACION.

- Primeramente por el supervisor de prácticas de la Universidad.

- * En cuanto a la aplicación de los conocimientos teóricos con la práctica profesional y viceversa.

- * Por el cumplimiento del trabajo.

- Por parte de la Institución.

- * Por el logro de objetivos propuestos.

- * Por la comunicación y retroalimentación que se propicie a todos los niveles.

- * Por los cambios cualitativos y cuantitativos que se reflejen en los servicios que presta la Institución.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE SALUD.

ADMINISTRACION.

1.- ACTIVIDAD.

- Participar en la estimación de presupuestos y costos de salud de la Institución.

OBJETIVO

- Buscar la optimización de recursos intrainstitucionales.

TECNICAS

- De investigación documental:

- * Tabulador de cuotas de recuperación de la beneficencia pública.

* Tabulador de salarios mínimos vigentes de acuerdo al área geográfica y por ocupaciones.

- Estadísticas:

* Codificación.

* Descodificación.

* Análisis de estudios socioeconómicos.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES.

- Actualización de las características del usuario.

- Evaluación de presupuestos y costos de los servicios de salud vigentes en la Institución, y en relación a los salarios mínimos regionales y las cuotas de la Beneficencia Pública Nacional.

- Delimitación de los nuevos presupuestos y costos por categorías de usuarios.

INSTRUMENTOS

- Tabulador de cuotas de la Beneficencia Pública Nacional.

- Tabulador de salarios mínimos regionales.

- Estudios socioeconómicos.

- Gráficas de usuarios con cuentas por cobrar o condonación de servicios.

2.- ACTIVIDAD

- Elaboración del cuaderno de trabajo.

OBJETIVO

- Contar con un instrumento que permita al departamento de Trabajo Social sistematizar sus actividades y ofrezca a la autoridad un conocimiento objetivo de sus actividades.

TECNICAS

- Redacción e información.

* Tabulador de salarios mínimos vigentes de acuerdo al área geográfica y por ocupaciones.

- Estadísticas:

* Codificación.

* Descodificación.

* Análisis de estudios socioeconómicos.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES.

- Actualización de las características del usuario.

- Evaluación de presupuestos y costos de los servicios de salud vigentes en la Institución, y en relación a los salarios mínimos regionales y las cuotas de la Beneficencia Pública Nacional.

- Delimitación de los nuevos presupuestos y costos por categorías de usuarios.

INSTRUMENTOS

- Tabulador de cuotas de la Beneficencia Pública Nacional.

- Tabulador de salarios mínimos regionales.

- Estudios socioeconómicos.

- Gráficas de usuarios con cuentas por cobrar o condonación de servicios.

2.- ACTIVIDAD

- Elaboración del cuaderno de trabajo.

OBJETIVO

- Contar con un instrumento que permita al departamento de Trabajo Social sistematizar sus actividades y ofrezca a la autoridad un conocimiento objetivo de sus actividades.

TECNICAS

- Redacción e información.

PROCEDIMIENTOS

- Anotación de actividades realizadas (necesidad o problema atendido, objetivo, resultados).
- Seguimientos.
- Evaluación.

INSTRUMENTOS

- Diario personal de trabajo.

3.- ACTIVIDAD.

- Elaboración del informe mensual.

OBJETIVO

- Proporcionar información de las actividades realizadas.

TECNICAS

- Redacción e información.

PROCEDIMIENTOS.

- Cuantificación y calificación mensual de actividades.
- Sesión de supervisión grupal.
- Sesión de supervisión individual.
- Elaborar estadísticas por actividades.
- Proponer alternativas de acción.

INSTRUMENTOS.

- Hoja de informe mensual.
- Hoja de supervisión.

4.- ACTIVIDAD.

- Elaboración del informe de asistencia a eventos y su difusión al personal de Trabajo Social.

OBJETIVO.

- Propiciar que los conocimientos adquiridos por un elemento del grupo de Trabajo Social se comportan favoreciendo la superación del personal.

TECNICAS.

- Redacción e información.
- De enseñanza - aprendizaje.

PROCEDIMIENTOS.

- Reseña de aspectos principales en el ámbito social y profesional.
- Discusión grupal.

INSTRUMENTOS

- Láminas.
- Rotafolios.
- Audiovisuales.

5.- ACTIVIDAD.

- Participar en reuniones con las autoridades de la Institución.

OBJETIVO

- Informar sobre necesidades prioritarias del departamento de Trabajo Social y de otros departamentos.
- Proponer alternativas de acción.
- Informar sobre resultados de proyectos.

TECNICAS

- Administrativas.
- Supervisión.
- Evaluación.
- Control.
- Estadísticas.
- Redacción e información.

PROCEDIMIENTOS

- Organización previa de la sesión.
- Lectura de los acuerdos de la reunión anterior.
- Evaluación de los compromisos adquiridos.
- Determinar los puntos a tratar en la reunión.
- Discusión grupal.
- Evaluación.
- Conclusiones y asignaciones para la próxima sesión.

INSTRUMENTOS

- Crónicas de la reunión grupal.
- Agenda de reuniones.
- Material didáctico de apoyo.
- Otros de acuerdo al tipo de reunión (información y coordinación).

6.- ACTIVIDAD.

- Diseñar planes, programas y proyectos acordes con las necesidades de la Institución.

OBJETIVO.

- Optimizar los recursos institucionales y atender las demandas de salud.

TECNICA

- Investigación (observación, entrevista, cuestionario, encuesta, investigación documental).
- Administración (planeación, supervisión, evaluación y control).

PROCEDIMIENTOS.

- Evaluación de planes y proyectos anteriores.
- Formulación de diagnóstico actual de necesidades.

- Diseño y ejecución de proyectos específicos.
- Elaboración de formas de control, supervisión y evaluación.

INSTRUMENTOS.

- Informes, cronogramas, registro según actividad.
- Guía para elaboración del diagnóstico.
- Guía para programación.
- Diario de campo.
- Visitas domiciliarias.

BASE LEGAL O ADMINISTRATIVA.

- Plan Nacional de Desarrollo (sector salud).
- Programa interno de trabajo.

7.- ACTIVIDAD.

- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social (educativas, empresas, asociaciones, asistenciales y autoridades civiles vinculadas al área o zona de influencia).

OBJETIVO.

- Utilizar adecuadamente los servicios de salud, de educación y recursos de apoyo para mejorar la calidad de los servicios.
- Propiciar la ampliación de la cobertura de los servicios.

TECNICA.

- Investigación documental.
- Entrevistas.

PROCEDIMIENTO.

- Promoción de entrevistas de coordinación y enlace.
- Formulación de proyectos o acciones conjuntas.

8.- ACTIVIDAD

- Formular manuales de normas y procedimientos del departamento de Trabajo Social y participar en la elaboración y revisión periódica de los distintos manuales por departamentos de la institución.

OBJETIVO.

- Unificar los procesos que se realizan en función de la atención al paciente.

TECNICA.

- Observación.
- Investigación documental.
- Técnicas administrativas.
- Entrevistas.
- Evaluación de control.

PROCEDIMIENTO.

- Revisión de las actividades que se realizan en un determinado departamento.
- Establecer fluxogramas.
- Normatización de las acciones y sus procedimientos.
- Diseños de formatos de control de actividades.
- Impresión de manuales.
- Difusión de manuales.

INSTRUMENTOS.

- Manuales de organización de otras instituciones de salud.
- Manual de la propia Institución.
- Fichas bibliográficas.
- Diario de campo fichado.
- Guía de entrevista.
- Guía de observación.

9.- ACTIVIDAD.

- Mantener una constante supervisión y asesoría a proyectos específicos.

OBJETIVOS.

- Que las actividades programadas se realicen de manera sistemática para cumplir con los objetivos y metas propuestas.

TECNICA.

- Observación.
- Administración.
- Evaluación.
- Supervisión.
- Control.

PROCEDIMIENTO

- Conocer el proyecto (justificación, objetivos, metas, etc.)
- Conocer las funciones y actividades, así como las formas de coordinación de los que participan en el proyecto.
- Designar al supervisor del proyecto.
- Formular unidades de medida para cada actividad.
- Reuniones semanales para evaluación periódica.
- Evaluación final.
- Sistematizar la experiencia.

INSTRUMENTOS.

- Proyecto específico.
- Diario de campo.
- Guía de observación.
- Registro de control de grupo.

- Cronograma de actividades.
- Visitas domiciliarias.
- Informes semanales.
- Informe intermedio.
- Informe final
- Guía de indicadores para la sistematización.

EDUCACION

1.- ACTIVIDAD

- Mantener a la población usuaria del servicio informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.

OBJETIVO.

- Promover la participación de los usuarios en programas de educación para la salud.

TECNICAS.

- De comunicación.
- Enseñanza-aprendizaje.
- Estadísticas.

PROCEDIMIENTOS.

Una vez censadas las causas de mortalidad y morbilidad:

- Hacer gráficas de las principales causas de mortalidad y morbilidad.
- Elaborar el periódico mural.
- Difundir la información a los usuarios (Pediatría, Consulta Externa, Ginecología, Cirugía y Medicina Interna).

INSTRUMENTOS.

- Gráficas.

- Láminas.
- Periódico mural.

2.- ACTIVIDAD.

- Organizar grupos motivados de pacientes y familiares.

* Materno-infantil:

- Vigilancia y control prenatal.
- Planificación familiar.
- Nutrición e higiene materno-infantil.

* Transmisibles:

- Tuberculosis pulmonar.
- Saneamiento ambiental.

* Crónico-degenerativas:

- Diabéticos.
- Hipertensos.
- Cáncer cérvico-uterino y mamario.

OBJETIVOS.

Mediante el Trabajo Social de grupos:

- Impulsar la educación para la salud y medicina preventiva.
- Promover la paternidad responsable.
- Coadyuvar a la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil.
- Vigilancia y control de pacientes crónicos para disminuir los daños y complicaciones.

TECNICAS.

- Enseñanza-aprendizaje.
 - * demostrativas.
 - * de retroalimentación.

* de interrogación.

* de exposición.

- De comunicación.
- Entrevista.
- Observación.
- Programación.

PROCEDIMIENTOS.

- Promoción.
- Formación de grupos.
- Integración y conducción del grupo.
- Exposición de temas de la competencia de Trabajo Social.
- Aplicación en cada sesión de instrumentos de evaluación.
- Sistematización.

INSTRUMENTOS.

- Lista de asistencia.
- Registro de control de grupos.
- Retafolios.
- Audiovisuales.
- Cronograma de actividades.
- Crónicas grupales.
- Visitas domiciliarias.
- Guías de entrevista y observación.

3.- ACTIVIDAD.

- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.

OBJETIVOS.

- Orientar a la población sobre el aprovechamiento racional de los servicios de salud que proporciona la Institución.
- Proporcionar información de la organización y funcionamiento de la unidad.
- Educar para la salud sobre los padecimientos más frecuentes de acuerdo a la época o estación del año.

TECNICAS.

- Comunicación.
- Enseñanza-aprendizaje.
- Entrevistas.
- Investigación documental.

PROCEDIMIENTOS.

- Estructurar un guión de información de acuerdo al tema por tratar.
- Promover la formación del grupo por departamentos (Consulta Externa, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Ginecología).
- Comunicación con familiares y pacientes para motivarlos a participar, indicándoles el lugar, la fecha y hora de inicio.
- Entregar folletos informativos de acuerdo al objetivo que se pretende alcanzar.

INSTRUMENTOS.

- Folletos informativos.
- Gráficas.
- Rotafolio, láminas y filminas.

4.- ACTIVIDAD.

Extensión a la comunicación mediante:

- Participar en campañas de mejoramiento y saneamiento ambiental y prevención de enfermedades.
- Formar grupos de educación para la salud.

OBJETIVOS.

- Capacitar a los usuarios de servicios para que modifiquen sus estilos de vida familiar y social.
- Difundir los recursos existentes en la comunidad, para que la población participe en la utilización adecuada de los servicios de salud, educación, asistencia y apoyo de las instituciones y asociaciones de beneficencia.
- Promover que la comunicación participe en la solución de problemas de salud y en los procesos de mejoramiento de la comunidad.

TECNICAS.

Métodos y técnicas del Trabajo Social comunitario o desarrollo de la comunidad.

- Enseñanza-aprendizaje.
- Comunicación.
- Difusión.
- Otras de acuerdo a los profesionistas que integran el equipo multidisciplinario.

PROCEDIMIENTOS.

- Conformar el directorio de instituciones oficiales y privadas de la comunidad.
- Conformar el equipo multidisciplinario que participará (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionistas de acuerdo a los recursos humanos con que se cuenta).
- Establecer las formas de coordinación de acuerdo a funciones y actividades por instituciones y profesionistas del equipo de salud.

- Designar un supervisor del programa o proyecto.
- Formular unidades de medida para la evaluación y a su periodicidad.
- Sistematizar la experiencia.

INSTRUMENTOS.

- Guía para el diagnóstico comunitario.
- Directorio institucional.
- Proyecto específico.
- Registro de control grupal.
- Informe de actividades.
- Cronograma de actividades.
- Visitas domiciliarias.
- Guía de indicadores para sistematizar.

ASISTENCIA.

- 1.- Proporcionar información específica en casos médico-legales (medicina de trabajo, derecho familiar y procesos penales).

OBJETIVO.

- Orientar a los usuarios sobre aspectos de medicina legal.

TECNICAS.

- Observación.
- Entrevista.
- Investigación documental.

PROCEDIMIENTOS.

- Revisión del caso particular.
- Información básica a los familiares.
- Coordinación con los Agentes del Ministerio Público o asesor legal de la Institución.

- Canalización a Juzgados o instancias legales que intervendrán en el caso.

INSTRUMENTOS.

- Reporte del problema.
- Guía de entrevista.
- Diario de campo.

BASE LEGAL O ADMINISTRATIVA.

- Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Ley Federal del Trabajo.
- Código Civil.
- Reglamento de medicina del trabajo.

2.- ACTIVIDAD.

- Tramitar servicios externos en medios de diagnóstico especializados, ambulancias y funerarias.

OBJETIVO.

- Promover el apoyo material en casos específicos que así se requieran.

TECNICAS.

- Administrativas.
- Entrevista.

PROCEDIMIENTOS.

- Informar a los familiares que no se cuenta con este tipo de servicios.
- Informar el costo según el servicio requerido.
- Efectuar el convenio con quien corresponda (laboratorio, gabinete de rayos X, funeraria o ambulancia).

INSTRUMENTOS.

- Solicitud de rayos X o laboratorio.

- Teléfono.

BASE LEGAL O ADMINISTRATIVA.

- Autorización del paciente o familiar.

3.- ACTIVIDAD.

- Condonación y descuentos por servicios a los usuarios (rayos X, laboratorio, medicamentos y cuotas de recuperación).

OBJETIVO.

- Participar en el logro de uno de los objetivos de la Institución.
Proporcionar servicios de salud especialmente a las personas más necesitadas.

TECNICAS.

- Observación.
- Entrevista.

PROCEDIMIENTOS.

- Entrevistas con el usuario que solicita un descuento o la condonación del servicio.
- Realizar un estudio de su situación socioeconómica e interpretar los resultados.
- Visita domiciliaria si el caso lo amerita.
- Solicitar a la administración la condonación a descuento mostrando resultados objetivos de la situación.
- Entregar al encargado de cuentas la autorización.

INSTRUMENTOS.

- Guía del estudio socioeconómico.
- Guía de entrevista.
- Visitas domiciliarias.
- Fichas del diario de campo.

4.- ACTIVIDAD.

- Realizar presupuestos de atención médico-quirúrgica a pacientes del área de beneficencia.

OBJETIVO.

Proporcionar a los usuarios información previa sobre la cooperación que harán a la Institución por los servicios que solicitan.

TECNICAS.

- Entrevista.
- Observación.

PROCEDIMIENTOS.

- Entrevista al usuario para realizar estudio socioeconómico.
- Interpretación de los datos obtenidos.
- Delimitar la categoría a que pertenece.
- Informar sobre los derechos y obligaciones como paciente del área de beneficencia.
- Informar sobre la forma de funcionamiento de los servicios de la Institución.
- Darle a conocer el presupuesto.

INSTRUMENTOS.

- Formato del estudio socioeconómico.
- Categorías de usuarios.
- Lista de precios.

5.- ACTIVIDAD.

- Realizar estudios socioeconómicos a pacientes de nuevo ingreso.

OBJETIVO.

- Identificar la categoría socioeconómica a la que pertenece el usuario del servicio.

TECNICAS.

- Observación.
- Entrevista.

PROCEDIMIENTO.

- Revisar el listado de pacientes de nuevo ingreso del departamento correspondiente.
- Revisar el expediente clínico para conocer el diagnóstico, la evolución del padecimiento y el médico tratante.
- Visita al área en que se localiza el paciente y realizar la entrevista de acuerdo a los indicadores que establece el formato del estudio socioeconómico.
- Informar sobre los derechos y obligaciones que tiene tanto el paciente como sus familiares, así como la forma de funcionamiento del Hospital.
- Análisis del estudio socioeconómico y delimitación de la categoría correspondiente a que pertenece al paciente.
- Delimitar la cuota de recuperación.

INSTRUMENTOS.

- Lista de pacientes.
- Estructura del estudio socioeconómico.
- Expediente clínico.
- Listado de categorías de pacientes de acuerdo a su ocupación e ingreso.

6.- ACTIVIDAD.

- Canalización de pacientes cuyos requerimientos de atención no corresponden a la Institución.

OBJETIVOS.

- Optimizar recursos de salud al paciente y familia.
- Proporcionar un tratamiento integral.

TECNICAS.

- Observación.
- Entrevista.

PROCEDIMIENTOS.

Una vez que el equipo de salud (médicos, enfermeras y Trabajo Social) han analizado la conveniencia de la canalización de un paciente.:

- Entrevista con los familiares para identificación de recursos (sobre todo si es un tratamiento largo y costoso).
- Explicar a la familia del paciente el motivo del traslado, la forma de funcionamiento de la Institución y la conveniencia de enviarlo a otra institución médica.
- Establecer el enlace directivo vía telefónica con Trabajo Social o a la persona correspondiente de la institución a donde enviará el paciente.
- Entregar por escrito la canalización a los familiares dirigida al departamento de Trabajo Social o a donde corresponda.

INSTRUMENTOS.

- Llamadas telefónicas.
- Estudio socioeconómico.
- Oficio de traslado.

7.- ACTIVIDAD.

- Coordinación de acciones sobre información y orientación continua a pacientes y/o familiares de reciente ingreso o sobre problemas concretos relacionados con la atención médica.

OBJETIVO.

- Disminuir las tensiones y expectativas por su ingreso a los servicios de salud.

TECNICAS.

- Entrevista.
- Observación.

PROCEDIMIENTOS.

- Revisar listado de pacientes de nuevo ingreso.
- Visita al área en que se localiza y dar información básica sobre los tipos de servicios que presta el Hospital, así como orientarlos (si la situación lo amerita) sobre los procedimientos para adquirir descuentos, medicamentos o medios de diagnóstico.
- Elaboración de estudios socioeconómicos y cuotas de recuperación.

INSTRUMENTOS.

- Censo diario de pacientes.
- Libreta de diario.
- Expediente clínico.

8.- ACTIVIDAD.

- Atender necesidades y problemas sociales de la población hospitalizada.

OBJETIVO.

- Proporcionar orientaciones y alternativas de solución que contribuyan a la recuperación de los enfermos.

TECNICAS.

- Entrevista.
- Observación.
- Comunicación.

PROCEDIMIENTOS.

- Revisión del expediente clínico para identificar la problemática de salud del paciente.
- Participación en la visita médica con el equipo multidisciplinario para la toma de decisiones con respecto al tratamiento del paciente.
- Atención de pacientes con problemas médico-sociales (cambio de tratamiento, solicitud de medios de diagnóstico, rechazo al tratamiento, abandono de sus familiares).
- Coordinación con los trabajadores sociales de las instituciones de beneficencia para dar seguimiento de caso.

INSTRUMENTOS.

- Expediente clínico.
- Libreta de diario.
- Teléfono.
- Visitas domiciliarias.

9.- ACTIVIDAD.

- Realizar visitas domiciliarias.

OBJETIVO.

- Identificar los factores sociales y económicos que influyen en los problemas de salud.

TECNICAS.

- Observación.
- Entrevista.

PROCEDIMIENTOS.

- Detección del caso que amerita la visita domiciliaria.
- Buscar el domicilio de la persona que se desea visitar.
- Entrevista con la o las personas indicadas.
- Aplicar la guía de entrevista u observación.

INSTRUMENTOS.

- Guía de entrevista.
- Guía de observación.
- Diario de campo.

10.- ACTIVIDAD.

- Localizar a familiares de pacientes que ingresan como desconocidos, en casos de agravamiento, cambio de tratamiento, alta voluntaria.

OBJETIVO.

- Proporcionar información a los familiares sobre la situación del paciente.

TECNICAS.

- Comunicación.
- Observación.
- Entrevista.

PROCEDIMIENTOS.

- Identificación del problema a través de la revisión del expediente clínico o por información del personal médico y/o paramédico.
- Entrevista con el paciente para tratar de obtener datos de los familiares (si es posible).
- Localización por teléfono, mensajería o difusión a través de la prensa, en dado caso visita domiciliaria.

- Información de la situación a la Administración para la autorización de prestación de los servicios de salud o solicitar apoyo con instituciones de beneficencia.

- Información y orientación a familiares.

INSTRUMENTOS.

- Guía de entrevista.

- Teléfono.

- Reporte del problema.

11.- ACTIVIDAD.

- Participar con el equipo de salud (médico adscrito, residente, interno, enfermera jefe de servicio y Trabajadora Social), en la visita diaria al paciente hospitalizado.

OBJETIVOS.

- Integrar el trabajador social al equipo de salud.

- Participar de manera coordinada para ofrecer la mejor alternativa de atención al paciente.

- Participar en la toma de decisiones.

TECNICAS.

- Observación.

- Entrevista.

- Comunicación.

PROCEDIMIENTOS.

- Revisión del expediente clínico.

- Solicitar información a la enfermera o médico interno correspondiente, sobre los problemas socioeconómicos suscitados en relación al proceso salud-enfermedad, durante la hospitalización del paciente.

- Al momento de la visita se comenta la evolución y pronóstico del paciente y se hacen observaciones de acuerdo a las funciones específicas de cada integrante de equipo.
- Se conocen las nuevas necesidades requeridas para el tratamiento del paciente (medicamentos, medios de diagnóstico, altas, canalizaciones y transfusiones).
- Trabajo social informa a familiares el procedimiento a seguir según la necesidad que haya que cubrir.
- El trabajador social anota en su libreta de registro.

INSTRUMENTOS.

- Expediente clínico.
- Libreta de registro.
- Aquellos, que de acuerdo a cada necesidad sean convenientes.

12.- ACTIVIDAD.

- Efectuar entrevistas subsecuentes a pacientes hospitalizados, cuya problemática detectada en la entrevista inicial es un factor esencial en el proceso salud-enfermedad.

OBJETIVOS.

- Conocer la problemática individual y realizar el seguimiento de caso, hasta su alta o integración y educación.
- Identificar los problemas del núcleo familiar que inciden en el estado del paciente, formulando un diagnóstico y un plan de tratamiento social, medir factores de incidencia, riesgo y apoyo para el tratamiento.
- Conocer la problemática bio-psico-social para orientar y canalizar al paciente y sus familiares a diferentes grupos que permitan complementar su tratamiento o bien, a otra institución que tenga la capacidad de proporcionarle otras alternativas de solución a su problema.

TECNICAS.

Metodología del trabajador social individualizado:

- Entrevista.
- Observación.
- Investigación documental.
- Investigación de campo.
- Estadísticas.

PROCEDIMIENTO.

- Entrevista inicial (estudio socioeconómico).
- Identificar la necesidad de un seguimiento de caso.
- Recolección de información (paciente, familiares, escuela, trabajo, vecinos y amigos).
- Entrevistas al equipo de salud encargados de la atención médica del paciente.
- Retomar la metodología del Trabajo Social individualizado para continuar con el proceso de investigación, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, cierre del caso y evaluación.

INSTRUMENTOS.

- Estudio socioeconómico.
- Guía de observación.
- Guía de entrevista.
- Guía de metodología del Trabajo Social individualizado.
- Instrumentos de evaluación y control.
- Visitas domiciliarias.
- Fichas bibliográficas.
- Diario de campo.

INVESTIGACION.

1.- ACTIVIDAD.

- Elaboración o actualización del diagnóstico social de la institución.

OBJETIVO.

- Jerarquizar la problemática institucional, y a partir de ella proponer alternativas de acción.

TECNICAS.

Método de investigación del Trabajo Social (el cual se adecuará a las características propias de la institución):

- Investigación documental.
- Investigación de campo.
- Estadísticas.
- Observación.
- Entrevistas.
- Comunicación.

PROCEDIMIENTOS.

- Investigación preliminar.
- Investigación participante.
- Diagnóstico social de la institución.
- Planeación.
- Ejecución.
- Supervisión y evaluación.
- Sistematización.

INSTRUMENTOS.

- Los instrumentos se adecuarán de acuerdo a las técnicas utilizadas.

2.- ACTIVIDAD.

- Conocer las características de la población de acceso a los servicios para la salud.

OBJETIVO.

- Analizar las características de los usuarios para integrar un perfil que permita relacionar los padecimientos con los factores sociales.

TECNICAS.

- De investigación documental.
- Estadísticas.
- Observación.
- Entrevistas.

PROCEDIMIENTOS.

- Descodificación de la información recabada en los estudios socioeconómicos elaborados.
- Elaboración de gráficas para la representación de la información.
- Descripción de la información.
- Análisis de la descripción comparada con referencia documental del tema.
- Delimitación de las características de los usuarios.
- Difusión de la información.

INSTRUMENTOS.

- Estudio socioeconómico.
- Cuestionarios.
- Gráficas.
- Fichas bibliográficas.
- Periódico mural.

3.- ACTIVIDAD.

- Investigar los factores económico-sociales, culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad, así como los recursos para la salud.

- Estudios de perspectivas sociales por la educación para la salud en la Institución.

OBJETIVO.

- Proponer en base a una necesidad proyectos de educación para la salud:

- Participar multidisciplinariamente en la elaboración de diagnósticos de salud.

TECNICAS.

- Técnicas de acuerdo al tipo de la investigación (método).

PROCEDIMIENTOS.

- Planeamiento del problema.

* Justificación.

* Objetivos.

- Planeamiento de la hipótesis.

- Definición conceptual de las variables involucradas en la hipótesis.

- Definir el tipo de investigación y la corriente sociológica que lo apoya.

- Definir la metodología a utilizar.

- Desarrollar el proyecto de acuerdo al diseño de investigación.

- Descripción de los resultados de la investigación.

- Interpretación de los resultados.

- Estimar el costo de programas.

- Propuestas concretas.

INSTRUMENTOS.

- De acuerdo al diseño de investigación.

BASE LEGAL O ADMINISTRATIVA.

- Sector Salud.

- Jefatura de enseñanza e investigación de la Institución.

CONCLUSIONES

El Trabajador Social en la actualidad cuenta con metodología y técnicas propias así como marcos de referencia amplios para interpretar cualquier situación o realidad que sea factible de mejorar en beneficio de los grupos y la comunidad. En este caso particular se quisieron alcanzar metas y objetivos muy amplios en una Institución de salud con una deficiente organización y comunicación a todos los niveles en donde el todo funciona aún cuando hay que reconocer que la calidad de los servicios de salud no es la mejor.

Aún así el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., ha sido y sigue siendo (1992) el centro hospitalario más importante de la región de Uruapan en donde se proporciona atención médica de segundo nivel a pacientes privados y también a quienes no tienen acceso a las instituciones médicas de Seguridad Social.

Los servicios que proporciona atención médica cubren parte del Municipio de Uruapan, abarcando la región de la Meseta Purépecha y de la Tierra Caliente Michoacana; y por ello al conocer las características generales del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., es necesario considerar el contexto Nacional e Internacional en el cual se inscribe esta experiencia, marcando así

una dirección a seguir desde el punto de vista económico, social y político. Las formas como afecta y afectará tanto a la Institución como al usuario, se puede analizar desde las políticas que el Estado ha implementado y las que están en proceso de llevarse a cabo: la privatización de las empresas paraestatales, el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, la modificación del Artículo 27 Constitucional y la ejecución del PRONASOL, son algunos factores que traerán como consecuencia las siguientes situaciones socioeconómicas.

Como ya se ha mencionado, la privatización específicamente de los ingenios azucareros cercanos al Municipio de Uruapan (Ingenio Lázaro Cárdenas de Taretan, Michoacán), ha ocasionado el despido de personal y la selección de aquellos ejidatarios que vendan su producción cañera a la iniciativa privada; por consiguiente se ha incrementado el desempleo y subempleo ocasionando la suspensión del derecho a la salud a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tal situación ha venido a aumentar las demandas de los usuarios que solicitan atención médica en el área de beneficencia del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

Por lo que respecta a la modificación del Artículo 27 Constitucional, ocasionará que los ejidatarios y comuneros tanto de la Meseta Purépecha como de la Tierra Caliente Michoacana, una vez que sean propietarios de su tierra y al no ser sujetos de crédito para participar de manera efectiva en el proceso productivo, se convertirán en asalariados agrícolas. De tal suerte que tendrán menos recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas; en concreto les será difícil el acceso a los

servicios médicos y todo lo que implica un servicio de hospitalización en la actualidad; es así que esta Institución de salud tendrá que ampliar su cobertura de servicios.

Sin embargo , aunque PRONASOL no tuvo trascendencia en la ciudad y mucho menos en este Hospital que no es dependencia del Estado; se destinaron recursos para la construcción de un Hospital General Regional que posiblemente cubrirá una importante fracción de la población que no tiene acceso a las Instituciones Médicas de Seguridad Social.

El Tratado de Libre Comercio aún en proceso de negociación (1992) quizá sea un proyecto para largo plazo, sin embargo si esto llega a suceder ¿Qué va a pasar con los sesenta millones de mexicanos que no tienen la capacidad competitiva de participar en este proceso de apertura comercial? Aunado a todo lo anteriormente expuesto, con el Tratado de Libre Comercio aumentará el desempleo y consecuentemente la marginalidad, las enfermedades carenciales y todo un círculo vicioso de causas y efectos que propiciará la enfermedad si se considera éste concepto como la ausencia de bienestar físico, mental y social.

Con esta perspectiva, ésta Institución y todos los recursos con los que cuentan tienen necesariamente que eficientarse, en el centro de este panorama está el trabajador social, un sujeto que debe proponer con bases objetivas y científicas, las mejores pautas de acción para que cada día independientemente de los mecanismos de control social que el Estado ha implementado, se ofrezcan nuevas y variadas alternativas de acción encaminadas a disminuir las necesidades y carencias de los usuarios en materia de salud,

así como proponer la reorganización de los servicios de salud, en función de mejorar día con día la calidad de los servicios. El fin último de la experiencia es el de implementar el Perfil ideal del Trabajador Social en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C., con el propósito de dar a conocer nuevas formas de acción y la profesionalización que ha alcanzado el trabajador social en el área de salud; así como dar a conocer a los usuarios de los servicios a los profesionistas con quienes integran el equipo de salud, que las actividades efectuadas no se limitan a proporcionar asistencia, resolviendo problemas momentáneos de salud, sino que su intervención participa en la toma de decisiones de la institución, en la ejecución de proyectos encaminados a la educación para la salud y hacer aportes para la investigación en el área.

Para poder llevar a la práctica las funciones ya mencionadas que marca el Perfil Ideal del Trabajador Social en el área de salud, es necesario considerar que el departamento no es una estructura aislada de la Institución y que por propia naturaleza de su actividad requiere de una estrecha coordinación con las demás áreas que la integran, para de esta forma alcanzar el objetivo general de la Institución, por tanto, la intención última de la experiencia fue una reestructuración organizativa no sólo del propio departamento de Trabajo Social, sino proponer un modelo de reorganización para toda la Institución, encaminada a mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan, y con la participación organizada de todo el personal que conforma la Institución. Además dicha estructuración organizativa retoma lo importante que es él para el Hospital mejorar la calidad de sus

servicios pues se preocupa por mantener el prestigio adquirido, ya que es el único centro hospitalario en la ciudad (1992) que proporciona servicios del segundo nivel de atención con carácter mixto que ha tratado de cubrir con la demanda de la población marginada que no tiene acceso a la protección de la Seguridad Social.

De esta forma se pretende lograr un Centro Hospitalario que proporcione servicios médico-quirúrgicos de manera organizada, donde cada estructura conozca y realice sus funciones y actividades concretas encaminadas a un mismo objetivo. Esto también ha permitido que el personal que integra la Institución conozca la actividad profesional del trabajador social en el área de salud, reconociendo que su actividad ya no se limita a mantener una relación sujeto-objeto, donde el trabajador social es parte activa de la relación, sino por el contrario se da una relación de forma horizontal con mutua interacción, donde a través del análisis la acción es recíproca.

La experiencia concluyó, se entregaron las propuestas de acción a las autoridades, mismas que se pusieron en práctica de manera inmediata en lo que respecta al área médica específicamente, observando los procedimientos propuestos para la reorganización del grupo de médicos internos de pregrado y médicos residentes de postgrado.

Las demás propuestas de reorganización incluyendo las del departamento de Trabajo Social aún no son aprobadas por la Asociación Civil (1992), la cual se ha dedicado a administrar

recursos hospitalarios (y no a obtener recursos para el área de beneficencia) sin conocer las necesidades reales, tampoco se ha interesado en promover cambios estructurales encaminados a mejorar los servicios de salud. Aunque ya tienen conocimiento de la Institución, el poder de decisión está centralizado lo que retrasa la ejecución de acciones encaminadas a realizar cambios en el funcionamiento del Hospital.

Estamos conscientes que los cambios estructurales no se dan a corto plazo, sabemos que se cometieron errores desde el punto de vista de la comunicación, pues no se le dio la importancia suficiente al proceso de sensibilización y convencimiento de los trabajadores sociales de base para que se involucraran en esta experiencia. Al percatarnos de su falta de interés no se les informó acerca de los objetivos que se pretendían lograr, tampoco de las actividades que se realizaban tanto dentro como fuera de la Institución.

Actualmente (1993) las autoridades al ver que el Hospital está en "quiebra inminente" han hecho intentos tardíos para mejorar su estructura organizacional, entre otras cosas se ha retomado el Diagnóstico Social y se han llevado a la práctica cambios como dar nombramientos formales de las diferentes jefaturas, otorgando responsabilidades pero no el apoyo o los medios necesarios para solucionar los problemas y necesidades.

El panorama actual de la Institución es incierto en cuanto a su permanencia, está planeado un nuevo reajuste de personal, no

habrá inversiones "sólo se trata de sobrevivir", afirman las propias autoridades de la Institución.

Todo el presente trabajo fue una experiencia que nos hizo crecer como personas y profesionistas, nos dio gratas satisfacciones, pero al mismo tiempo pudimos percatarnos que en lapso de tres años la falta de previsión por parte de las autoridades ocasionaron la situación actual por la que está pasando la Institución.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

ALAYON, N.

"Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de pobreza?". Editorial HUMANITAS. Buenos Aires Argentina. 1989.

ANDER- EGG, E

"Administración y Ejecución de Programas de Trabajo Social". Editorial HUMANITAS.

ANDER- EGG, E

"Hacia una metodología del Trabajo Social". Editorial ECRO. Buenos Aires. Argentina. 1976.

ALWIN, N. y otros

"Un Enfoque Operativo de la Metodología del Trabajo Social". Editorial HUMANITAS. Buenos Aires, Argentina. 1989.

BARQUIN, M

"Dirección de Hospitales". Editorial INTERAMERICANA. México, D.F. 1972.

BASAGLIA, F.

"La Salud de los Trabajadores". Editorial NUEVA IMAGEN, México, D.F. 1978.

CONTRERAS, DE W, Y.

"Trabajo Social de Grupos". Editorial PAX-MEXICO. México, D.F. 1987.

FERNANDEZ, F.

"Políticas Sociales y Trabajo Social", Editorial Humanitas. Buenos Aires y Argentina, 1984.

FAJARDO, O.G.

"Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales". Editorial PRENSA MEDICA MEXICANA. México, D.F. 1978.

GAGHIN, M.

"Metodología de la Investigación". Editorial LIMUSA. México, D.F. 1984.

GOMEZJARA, F.

"Sociología". Editorial PORRUA. México, D.F.

GOODE, J.W.

"Métodos de Investigación Social". Editorial TRILLAS. México, D.F. 1988.

KISNERMAN, N.

"Salud Pública y Trabajo Social". Editorial HUMANITAS.
Buenos Aires, Argentina. 1983.

LIMA, B.

"Epistemología del Trabajo Social". Editorial HUMANITAS.
Buenos Aires, Argentina. 1986

LOMNITZ, L.A.

"Cómo sobreviven los marginados". Editorial SIGLO XXI.
México, D.F. 1978.

MENDIETA A.,A.

"Métodos de Investigación y Manual Académico". Editorial
PORRUA. México, D.F. 1984.

MENDOZA R., M.

"Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales".
Editorial HUMANITAS. Buenos Aires, Argentina.

PAULA F.V.

"Trabajo Social e Instituciones". Editorial HUMANITAS.
Buenos Aires, Argentina. 1986.

ROJAS S., R.

"Guía para realizar Investigaciones Sociales". Editorial IMPRENTA UNIVERSITARIA 1935 - 1985. UNAM. México, .D.F. 1985.

ROJAS S.R.

"Sociología Médica". Editorial PLAZA Y VALDES. México, D.F. 1983.

SANCHEZ Y UNZUETA

"Historia y Metodología del Trabajo Social". Editorial EDICIONES QUINTO SOL. México, D.F. 1988.

SOBERON, G. y otros

"La Salud en México: Testimonios 1988". Tomo I. Fundamentos del cambio estructural. Editorial FONDO DE CULTURA ECONOMICA. México, D.F. 1988.

TIMASHEFF, S.M.

"La Teoría Sociológica". Editorial FONDO DE CULTURA ECONOMICA. México, .D.F. 1961.

TREKER, H.B.

"Nuevos Conceptos Administrativos para los Servicios de Comunidad y Bienestar Social". Editorial BIBLIOGRAFICA ARGENTINA. Buenos Aires, Argentina. 1966.

REVISTAS

CUADERNO DE TRABAJO SOCIAL

"Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador Social en Sector Salud". APODACA, R. Ma. de Lourdes y otras. Publicación UNAM. México, D.F. 1983.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL

"El Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de Salud". UNAM, Departamento de enseñanza. Publicación Trimestral No. 38, México, D.F. Abril - Junio 1989.

REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA

"Organo Oficial del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Publicación Trimestral. México, D.F. Octubre - Diciembre 1990.

EL COTIDIANO.

"Privatización de los Servicios de Salud". LAURELL y otros. Revista Bimestral. Enero - Febrero No. 39, México, D.F. 1991.

EL COTIDIANO

"Para discutir el Tratado de Libre Comercio". Revista Bimestral. Mayo - Junio No. 41, México, D.F. 1991.

PROCESO

"La Revolución Mexicana va para atrás. TRONO EL CAMPO. Semanario No. 784. 11 Noviembre 1991.

TESIS

URIBE, B.I.

"Geografía del Municipio de Uruapan Michoacán". Tesis profesional de la Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Geografía. UNAM. México, D.F., 1985.

REYES Y SOSA

"Las Perspectivas de Intervención Profesional: El Caso de los egresados de las dos primeras generaciones de Trabajo Social de la Universidad Don Vasco en Uruapan Michoacán". Tesis Profesional, UNAM. México, D.F. 1991.

PERIODICOS

EXELSIOR

"Discurso Ante la ONU de José López Portillo".
2 de Octubre 1982.

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

PRIMER TESTIMONIO: DE LA ESCRITURA PUBLICA TRESCIENTOS CUARENTA Y UNO, VOLUMEN SEPTIMO.- QUE CONTIENE LA CONSTITUCION DE ASOCIACIÓN CIVIL DENOMINADA "HOSPITAL CIVIL DE URUAPAN, DR. J. JESUS SILVA", A.C. Notaría Pública No. 42, a cargo del Lic. César Augusto Gutiérrez Venegas. Uruapan Michoacán. 2 de Agosto de 1979.

"Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1984"

Secretaría de Programación y Presupuesto
México, D.F. Mayo 1989.

MANUALES

"Manual de Organización y Funcionamiento de Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención Médica".

De acuerdo a la Ley General de Salud. Secretaría de Salud. Febrero 1987.

"Manual Operativo para el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

Uruapan, Mich. 1979.

DICCIONARIOS

ANDER - EGG. EZEQUIEL

"Diccionario de Trabajo Social". Editorial EL ATENEO,
México, D.F. 1982.

BANNOCK G. y otros

"Diccionario de Economía". Editorial TRILLAS, México, D.F.
1988.

FOLCH PI, y otros

"Diccionario Enciclopédico University de Términos Médicos".
Editorial INTERNAMERICANA. México 1981.

BLAUBERG y otros.

"Diccionario Marxista de Filosofía". Editorial Ediciones
Cultura Popular. Moscú URSS 1968.

PINA Y PINA V.

"Diccionario de Derecho". Editorial Porrúa, S.A. México, D.F.
1988.

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Complementar la información del Estudio Socioeconómico para determinar las características del usuario del Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

- 1.- ¿Conoce que existe un departamento de Trabajo Social en la Institución?
SI () NO ()
- 2.- ¿Ha solicitado algún servicio de este departamento?
SI () NO ()
¿Para qué?
- 3.- ¿Qué problemas económicos le ha ocasionado la enfermedad de su paciente?
- 4.- ¿De qué manera solventará los gastos del tratamiento médico que recibe su paciente?
- 5.- ¿Recibió atención médica antes de acudir a esta Institución?
.....
- 6.- ¿Requirió hospitalización antes de su ingreso a esta Institución?
SI () NO () ¿DONDE?
- 7.- Para su hospitalización ¿De dónde fue canalizado?
Consulta Externa () Urgencias () Médico Particular ()
Otra Institución de Salud () Otros ()
- 8.- Si recibió atención médica con anterioridad ¿Por qué no continuo su tratamiento en ese lugar?
Atención deficiente () Falta de equipo y material ()
Falta de información () Falta de recursos humanos ()
Otros. ()

GRACIAS POR SU INFORMACION.

CUESTIONARIO

Conocer la actividad profesional del Trabajador Social en el Hospital Civil de Uruapan "Dr. J. Jesús Silva", A.C.

1.- Puesto que desempeña en el Departamento de Trabajo Social.

2.- Nivel académico:

Empírico () Técnico () Licenciado ()

3.- Considera que su formación académica recibida en la Escuela fue:

Suficiente () Insuficiente ()

4.- Cuando inició su ejercicio profesional ¿Tenía definidas las actividades correspondientes a su área de trabajo?

SI () NO ()

5.- ¿Qué fuentes de documentación utiliza para su actualización?

Revistas () Libros () Seminarios () Conferencias ()

Simposiums () Foros () Ninguna () Otros: _____

6.- ¿Usted considera que realiza actividades que no van de acuerdo con su quehacer profesional?

SI () NO ()

7.- ¿Cuándo se van a hacer cambios o reformas referentes a las políticas institucionales ¿Se toma en cuenta la opinión de Trabajo Social?

SI () ¿En qué tipo de decisiones? _____

NO () ¿Por qué? _____

8.- ¿La institución establece las funciones que Usted realiza?

SI () NO ()

9.- Dentro de las funciones y/o actividades que desempeña ¿Está la de elaborar programas a seguir dentro de la Institución?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

10.- ¿La Institución permite su participación en la elaboración de programas?

SI ()

NO ()

11.- ¿Cómo considera el nivel académico de los Trabajadores Sociales de la Institución?

Bueno ()

Malo ()

Regular ()

12.- Dentro de la columna de profesionistas indicados señale el nivel de importancia (mayor o menor) en relación al Trabajo Social.

Mayor nivel

Menor Nivel

Médicos

Trabajadores Sociales

Enfermeras

Personal Administrativo

13.- Marque con una cruz las actividades que normalmente realiza.

INVESTIGACION:

- Formulación de problemas de investigación.
- Elaboración del marco teórico.
- Planteamiento de objetivos.
- Elaboración de hipótesis.
- Selección de fuentes de información.
- Selección de la muestra.
- Elaboración de instrumentos de recopilación.
- Aplicación de instrumentos.
- Tabulación de datos.
- Tratamiento estadístico.
- Representación gráfica.
- Comprobación de hipótesis.

ADMINISTRACION:

- Planificación de actividades.
- Organiza el trabajo.
- Elabora programas.
- Supervisa el personal.
- Define políticas de trabajo.
- Elabora reglamentos o instructivos.
- Redacta manuales de organización.
- Elabora informes, reportes o documentos de trabajo.
- Evalúa programas.

EDUCACION:

- Información a la población sobre causas de morbilidad.
- Educación para la salud física-mental.
- Programas de prevención de accidentes, desnutrición y enfermedades.
- Promoción de paternidad responsable.
- Pláticas sobre saneamiento ambiental.
- Formación de grupos.
- Promoción de servicios de salud.
- Participación en campañas.
- Programas de rehabilitación.
- Grupos de base para control de enfermedades.

SISTEMATIZACION:

- Control de número de casos atendidos.
- Control de procesos de grupos.
- Análisis de tipo de padecimientos atendidos.
- Características de los medios sociales en que se desarrolla la enfermedad.
- Análisis de los procesos metodológicos.

- Análisis de las técnicas empleadas.

ASISTENCIA:

- Coordinación sobre información y orientación continua a pacientes y/o familiares.
- Canalización de padecimientos cuyos requerimientos de atención no correspondan a la Institución.
- Realización de la entrevista inicial a pacientes y/o familiares, para elaboración del estudio de caso (atención individualizada).
- Realización de entrevistas subsecuentes para la elaboración del estudio de caso.
- Elaboración de estudio de caso psico-sociales.
- Estudios socioeconómicos.
- Coordinación de las actividades de Trabajo Social con las del equipo de atención al enfermo.
- Orientaciones a la población de reciente ingreso a los servicios sobre aspectos diversos.
- Localización de familiares para informaciones diversas.
- Control de visitas familiares en problemas concretos relacionados con la atención del servicio.
- Orientación médico-legal de pacientes con problemas legales o de medicina del trabajo.
- Promoción de servicios de ambulancias.

14.- ¿Qué elementos de control utilizan?

Estadísticas () Cronogramas () Registro de Actividades ()
Análisis de estudios socioeconómicos ()

15.- ¿Existe un manual de procedimientos donde se especifiquen la forma de realizar su actividad profesional?

SI () NO ()

GRACIAS POR SU INFORMACION.

HOSPITAL CIVIL DE URUAPAN "DR. J. JESUS SILVA", A.C.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONOMICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Fecha de Ingreso: _____

Sala: _____ Cama: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____

Edo. Civil:

Soltero () Casado () Viudo(a) () U. Libre ()

Otros: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Actividades complementarias: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____

Población: _____

Servicio:

G.O. () M.I. () CIRUGÍA () TRAUMA () PED. ()

INCUB. () NEUROCIRUGÍA () C. RECONSTRUCTIVA ()

COMPOSICION FAMILIAR:

Parentesco: PADRE () ESPOSO ()

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Salario: _____ Semanal: _____

Actividades complementarias:

MADRE () ESPOSA ()

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Salario: _____ Semanal: _____

Actividades complementarias: _____

¿Quiénes aportan a la economía familiar? _____

¿Cada cuánto? _____ ¿Cuánto? _____

VIVIENDA:

PROPIA () PRESTADA () POSESIONARIO ()

RENTADA () \$ _____ MENSUAL

Material de construcción: Adobe () Madera () Mampostería ()

No. de cuartos de que consta la vivienda _____

Uso que se les da _____

Baño: Inglés () Letrina () Fosa Séptica () Pozo ()

Servicios: Agua: Potable () Noria Pozo () Comprada ()

Otros Luz () Drenaje ()

OBSERVACIONES:

CANALIZADO DE: _____

DIAGNOSTICO: _____

CATEGORIA: _____ CUOTA DE RECUPERACION: _____

ESTANCIA DIARIA: _____

REALIZO T.S. _____ FECHA: _____

C L O S A R I O

ASISTENCIA:

Acción de asistir. Ayuda, favor, socorro, amparo, auxilio realizado de manera regular y sistemática. Medios que se proporcionan a alguien para sostenerlo o aliviarlo en sus necesidades. Acción pública o privada mediante la cual se tiende a aliviar las necesidades más urgentes de individuos y grupos.

ASOCIACION CIVIL:

Contrato en virtud del cual varios individuos convienen en reunirse de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico.

CLINICA:

Realizan su operación varios equipos interdisciplinarios (médico, enfermera y promotor) y de ser posible un odontólogo o pasante, que trabaja en una sola planta física, reúne las siguientes ventajas:

- 1.- Agrupar módulos de atención primaria para facilitar el control de sus actividades.
- 2.- Intercambiar información epidemiológica y operativa entre el personal de los módulos.
- 3.- Facilitar la adaptación de las unidades físicas para la prestación de servicios en relación con el equipo que se encuentra, tales como salud bucal y áreas de urgencias; también facilitan el funcionamiento de servicios de apoyo tales como almacén y farmacia, la intendencia y vigilancia.
- 4.- Permitir ajustes conforme a las variaciones demográficas lo requieran, poniendo en funcionamiento el número necesario de

módulos a medida que crecen las áreas en forma paralela al número de usuarios.

CLINICA-HOSPITAL:

Nosocomios de hasta 100 camas destinadas en lo fundamental a la maternidad y operaciones relativamente sencillas como las de ginecología, cirugía de abdomen, tratamiento de fracturas y otros traumatismos, operaciones en nariz, garganta, ojos, etc.

DESCENTRALIZACION:

Autonomía de los poderes locales, provinciales o regionales frente al poder central.

DIALECTICA:

(del griego dialegomai, diálogo, razono). Ciencia a cerca de las leyes más generales del desarrollo de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento; teoría y método del conocimiento de los fenómenos de la realidad, en su desarrollo, en su automovimiento, con base en sus contradicciones internas; doctrina a cerca de las contradicciones en su total y multifacético desarrollo histórico.

EPISTEMOLOGIA:

Del griego episteme "conocimiento científico" y logia "estudio teoría". Etimológicamente "teoría del saber". Teoría de la ciencia, en el sentido del estudio crítico de los principios, hipótesis y resultados de las diversas ciencias para determinar su origen y estructura lógica, su valor y su alcance objetivo. Estudio de las ciencias en cuanto constituyen realidades que se observan, describen y analizan.

ESENCIA:

La esencia expresa totalidad de leyes inherentes a un objeto dado, la conexión interna que unifica los distintos aspectos del objeto y que penetra uno y otro objeto o proceso. Revela así, la unidad en la diversidad de las propiedades del objeto.

ETAPA PRENATAL:

Etapa referente antes del nacimiento.

FENOMENO:

El fenómeno lo constituyen las propiedades y rasgos externos del objeto captados a través del conocimiento sensorial: sensaciones, percepciones y representaciones. En el fenómeno se ponen de manifiesto las leyes que constituyen la esencia del objeto.

HOSPITAL:

Son lugares en donde se atienden dos tipos de pacientes: los que tienen padecimientos de estancia corta, que a su vez se dividen en pacientes médicos, quirúrgicos y obstétricos, considerando la pediatría como la especialidad de tipo médico para niños y pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración, que en términos generales son los mentales, cancerosos, artríticos, paráliticos, reumáticos o bien enfermos seniles con varios achaques.

NEONATOS:

Término utilizado para designar al recién nacido durante su primer mes de vida.

PLUSVALIA:

Traducción del francés plus value. Literalmente, mayor valía. Valor suplementario, producido por el trabajo del obrero asalariado, que

concretado en una mercancía, que representa el valor que el obrero produce, pero que el patrón no le paga y que se convierte en ganancia para éste y le permite el incremento del capital.

POLITICA SOCIAL:

El término se utiliza para designar la acción que el Estado desarrolla, o debe desarrollar, para resolver problemas sociales, mediante disposiciones que tienden a aliviar o mejorar la situación social, económica y jurídica de los pobres y de grupos en situaciones especiales (huérfanos, viejos, enfermas, etc.)

PRIVATIZACION:

Venta de capital propio de las Industrias Nacionalizadas u otras empresas comerciales, por parte del gobierno a inversionistas privados, con o sin la pérdida del control sobre esas organizaciones.

PUERPERIO:

Período que se entiende desde la terminación del parto, con expulsión de la placenta, hasta la completa involución del útero, que dura en la mujer aproximadamente seis semanas.

SEGURIDAD PUBLICA:

Conjunto de medidas e instituciones jurídicas establecidas, mediante las cuales el Estado proporciona protección a todos los ciudadanos contra los riesgos y contingencias de infortunios y calamidades sociales. En sentido estricto, la seguridad social es equivalente a la previsión social y comprende los auxilios que el Estado garantiza a los ciudadanos cubiertos por ella, en forma de seguridad y subsidios (enfermedad, desocupación, accidente de trabajo, invalidez, maternidad, viudedad, ancianidad, etc.)