



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO:
TEORÍA Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL**

**GESTIÓN DE DILEMAS ÉTICOS EN TRABAJO SOCIAL: ESTUDIO
CUALITATIVO EN HOSPITALES MATERNO-INFANTILES Y PEDIÁTRICOS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

LIC.MARLENE BARRAGAN OSORNIO

TUTORA:

MTRA. NORMA CRUZ MALDONADO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CD. MX. OCTUBRE 2022



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.

Contenido

1. Aproximación a la gestión de los Dilemas Éticos en Trabajo Social en Hospitales materno-infantiles y pediátricos: ruta metodológica	4
1.1 Antecedentes.....	4
1.2 Problematización	19
1.3 Objetivos	23
1.5 Metodología	23
1.5.1 Categorías de análisis	25
1.5.2 Sujetos de Estudio	29
1.5.3 Técnicas e instrumentos	32
1.5.4 Análisis de la información	32
1.5.5 Criterios éticos del estudio	33
2. Marco teórico: Bioética, Ética Profesional Compleja y Trabajo Social en el Sistema de Salud mexicano	35
2.1.1 Bioética	35
2.1.2 Los principios de la bioética	37
2.2 Ética Profesional Compleja.....	38
2.3 El Sistema de Salud en México.....	46
2.1.3 Bioética y Trabajo Social.....	46
2.3.1 Salud pública y Sistema de Salud: conceptos modernos.....	48
2.3.2 Organización del Sistema de Salud en México	54
2.3.3 Cronología de las Políticas de Salud en México.....	57
2.4 Trabajo Social en el Sistema Nacional de Salud.....	82
2.4.1 El Trabajo Social en la asistencia social y sanitaria mexicana.....	83
2.4.2 Las actividades de Trabajo Social en los hospitales.....	96
3. Análisis de resultados	103
3.1 Categoría: Dilema ético en relación con los usuarios y usuarias	103
Tabla 5: Subcategorías del Dilema Ético.....	103
3.2 Categoría: Gestión de Dilemas éticos	115
3. Categoría: Formación profesional	125
Reflexiones finales	137
Referencias	150
Anexo	158

Índice de Tablas

Tabla 1. Resultados por buscador.....	10
Tabla 2. Estudios empíricos localizados.....	13
Tabla 3. Datos sociodemográficos de las y los participantes.....	31
Tabla 4. Clasificación de los Sistemas de Salud.....	54
Esquema 1. El Sistema Nacional de Salud.....	57
Tabla 5. Subcategorías del Dilema Ético	103
Tabla 6. Gestión de Dilemas Éticos.....	116
Tabla 7. Competencias profesionales.....	126

1. Aproximación a la gestión de los Dilemas Éticos en Trabajo Social en Hospitales materno-infantiles y pediátricos: ruta metodológica

1.1 Antecedentes

En el ejercicio de cualquier profesión, es común que las y los profesionales estén expuestos a conflictos de valor de manera constante. Estos conflictos implican situaciones en las se sienten inconformes con las pautas institucionales, con las relaciones interprofesionales, con los usuarios y usuarias, con las decisiones que deben tomar, o con los efectos que prevén, pues los consideran dañinos, incorrectos, injustos o malos. Básicamente se cuestionan sobre el carácter moral de sus decisiones. Este ejercicio es una reflexión ética.

En la práctica del Trabajo Social sanitario los conflictos de valor, como los *Dilemas Éticos (DÉ)*, son muy frecuentes. Al ser profesionales de contacto directo con las personas, pueden identificar fácilmente sus problemáticas, las insuficiencias, violencias u obligaciones institucionales ante las que están vulnerables (Lev & Alayon, 2018), o diferir con otros profesionales y las normas respecto al servicio que están brindando, entre las más visibles.

Este conjunto de problemáticas han sido objeto de reflexiones teóricas (Banks, 1997; Bermejo, 2002), así como estudios empíricos, que indagan acerca de cuáles son los principales *DÉ* de estas y estos profesionales en el ámbito sanitario, cómo se comportan frente a ellos, y los protocolos, modelos o metodologías de apoyo apropiadas para gestionarlos (Idareta, Viscarret, Ballestero, 2020; Uriz e Idareta 2017; Begoña, Ballestero, Idareta, Uriz, y Viscarret, 2016).

Con el propósito de realizar el estado del arte sobre el estudio de los conflictos éticos del Trabajo Social sanitario (1), específicamente de los *Dilemas Éticos*, se realizó una búsqueda, entre los meses de abril y mayo del 2021, en distintas bases de datos como Dialnet, Redalyc, Conrcyt, Pubmed, SciELO, Lilacs, Scopus, Elsevier y Doaj, y en revistas de Trabajo Social (TS). Se seleccionaron

1 Trabajo Social sanitario y Trabajo Social en el área de la salud se usan de manera indistinta

artículos de publicación electrónica desde el año 2015 hasta el 2021 en inglés y español y de cualquier país. La estrategia de búsqueda consistió en utilizar palabras clave como: “Dilemas éticos, Trabajo Social” “Gestión Dilemas éticos, Trabajo Social” “Conflictos éticos, Trabajo Social” “Cuestiones éticas, Trabajo Social” “Trabajo Social sanitario, dilemas éticos” “Conflictos éticos, Trabajo Social sanitario” “Tensiones éticas, Trabajo Social” “Trabajo Social Sanitario” “Trabajo Social” e “Intervención social”. Se utilizaron conectores como “y” “en”, cuando el buscador así lo requería. Precisamente, en buscadores o revistas como la de Salud Pública de México, cuando no había resultados, o estos eran escasos con las categorías claves como “Dilemas éticos, Trabajo Social sanitario”, “Trabajo Social, conflictos éticos” “Cuestiones éticas, Trabajo Social”, “Gestión de dilemas éticos, Trabajo Social” se recurrió a buscar con categorías más generales como “Intervención Social” “Trabajo Social Sanitario” “Trabajo Social”, aún que generalmente, no significó un aumento en la cantidad de recursos existentes.

Se advirtió que, al introducir en la búsqueda categorías como “Trabajo Social Sanitario”, hay artículos que desarrollan temas vinculados a alguna cuestión ética o conflictos éticos, sin embargo, no se la reconoce ni se la identifica, y por lo tanto, no se refleja en el título de las investigaciones, las palabras claves o los resúmenes. Se ilustrará lo anterior con tres ejemplos. El primero con el artículo “*Social Action among Social Work Practitioners: Examining the Micro-Macro Divide*” (Mattocks, 2018). Este estudio “explora los niveles de participación en la acción social entre los trabajadores sociales, así mismo busca determinar si identificarse como un practicante de nivel macro predeciría niveles más altos de actividad de acción social en comparación con ser practicante de nivel micro” (p. 1) [Traducción propia] lo que en sí, se vincula con los principios y valores que las profesionales le atribuyen a la participación en la acción social, así como las posiciones éticas y políticas que estiman valiosas desde el ejercicio profesional. Así mismo, el estudio busca revelar una posible contradicción moral: la de estimar positivamente la participación en la acción social, pero tener una baja participación. Otro ejemplo sería “*A -Just Sense of Well-Being- Social Work's Unifying Purpose in Action*” (Keenan, Limone, Sandoval, 2017). En este estudio se indaga cómo los trabajadores sociales

entienden y trabajan para lograr los propósitos profesionales: el bienestar humano y la justicia social. En términos de ética profesional, esto refiere a la dimensión teleológica, que señala cuál es el principal bien por y para el que existe una profesión, en este caso el bienestar y la justicia. Indagar cómo las y los profesionales trabajan para lograrlos, tiene implicaciones éticas. Sin embargo, como se señaló, la perspectiva del estudio no es ética y queda invisible. El último ejemplo se ilustra con el artículo “Intervención social familiar y estrés traumático secundario en trabajadores sociales: una aproximación relacional” (Casillas, 2020). En este, se da cuenta de que “la dinámica diaria de su profesión, les lleva a contaminarse por estrés traumático secundario ante el sufrimiento transmitido en la atención y escucha de los otros” (p.1), lo que indica una afección, no sólo psicológica, sino también moral, resultado del ejercicio profesional.

Esta invisibilidad de la dimensión ética, los conflictos y los dilemas en los textos de Trabajo Social, fue una de las dificultades para incluir o excluir artículos en los antecedentes. Otra fue que, en general, e incluso en las propias revistas de Trabajo Social, no hay demasiados resultados recientes desde las categorías principales “Dilemas, Trabajo Social” y “Gestión de dilemas éticos Trabajo Social”, por lo que muchos trabajos quedaron excluidos de acuerdo con el criterio de temporalidad. Parte de las dificultades pueden radicar en lo que indican las y los estudiosos del tema: pese a que la ética atraviesa todo lo que es la profesión, lo que hacen los profesionales y la manera en que lo hacen, la reflexión ética ha quedado relegada tras el estigma de que es una discusión de tipo filosófico, que en nada contribuye a las demandas de la práctica inmediata (Vélez, 2010).

De tal manera que, se incluyeron algunos artículos expulsados desde la búsqueda de las categorías principales que tienen una asociación importante con el tema de estudio, aunque no necesariamente contengan las categorías en el título, en las palabras claves del trabajo o en el resumen. También, se incluyeron estudios empíricos de *DÉ* en profesionales de la enfermería y la psicología que trabajan en la primera línea de atención hospitalaria, y que fueron sugeridos por los buscadores.

El último filtro de selección fue una lectura rápida de los estudios. A continuación, se expondrán los resultados de la indagación, detallada por buscador y por revista.

De la exploración general, se han obtenido un total de 81 artículos, de los cuales 60 son exclusivamente de Trabajo Social, 21 son estudios de profesionales en la primera línea de atención a la salud o equipos multidisciplinares, incluido Trabajo Social. Por buscador los resultados son los siguientes:

Dialnet, cuenta con un catálogo de revistas clasificadas por materias y sub materias. En una sub materia titulada 'Sociología. Población. Trabajo social', hubo 943 resultados con las palabras clave "Dilemas Trabajo Social", de los cuales, 448 son artículos de revista. Se seleccionaron 13, cuatro reportes de investigaciones empíricas, cuatro de revisión documental y cinco reflexiones teórico-conceptuales. Con las palabras "Conflictos éticos y Trabajo Social", hubo 178 artículos de revista, pero sólo una investigación empírica fue elegida. Para "Tensiones éticas", fueron retomadas 3 investigaciones empíricas y 4 teórico conceptuales. Los estudios identificados por este buscador destacan por ser los que más exploran los tipos de Dilemas que enfrentan las Trabajadoras Sociales en el área de la salud desde metodologías cualitativas o mixtas.

En **Pubmed**, la mayoría de artículos encontrados corresponden a investigaciones empíricas (12), la mayoría desde el enfoque cuantitativo, luego siguen las revisiones documentales y las reflexiones teórico-conceptuales, que en total suman nueve. Destacan con la categoría "Trabajo Social", aquellos sobre Trabajo Social del ámbito Sanitario (15), investigaciones recientes sobre la labor profesional en el actual contexto de pandemia; "Voices from the Frontlines: Social Workers Confront the COVID-19 Pandemic" (Abrams, Dettlaff, 2020), [Voces desde el frente: los trabajadores sociales enfrentan la pandemia de COVID-19] (Abrams, Dettlaff, 2020), en relación al trabajo interdisciplinario; "*Social Workers' Perceptions of Job Satisfaction, Interdisciplinary Collaboration, and Organizational Leadership*" (Marmo, Berkman, 2018), [Percepciones de los trabajadores sociales sobre la satisfacción laboral, la colaboración interdisciplinaria y el liderazgo organizacional]; estudios que destacan los costos en la salud de los profesionales; "*Development*

and content validation of a questionnaire to assess moral distress among social workers in long-term care facilities (Lev, Ayalon, 2018), [Desarrollo y validación de contenido de un cuestionario para evaluar la angustia moral entre trabajadores sociales en centros de atención a largo plazo]; *“Moral distress as experienced by hospital social workers in South Korea and Australia”* (Fronek, Briggs, Kim, Han, Val, Kim, McAuliffe, 2017), [Angustia moral experimentada por los trabajadores sociales de hospitales en Corea del Sur y Australia], y los que abordan las tareas cotidianas de los profesionales.

Para “Cuestiones éticas y Trabajo Social” se identificaron dos resultados, con “Tensiones éticas y Trabajo social” hubo tres, y con “Conflictos éticos y Trabajo Social” “Dimas éticos, Trabajo Social” no se obtuvo ninguno. Sorprende la naturaleza de los conceptos con los que se vinculan las variables de ética de Trabajo Social, como compasión *“Emotional demands, compassion and mental health in social workers”*, *“Exploring the self-compassion of health-care social workers: How do they fare?”* (Lianekhammy, et al., 2018). Por su parte, en **Conrcyt**, se encontró una investigación documental “Trabajo Social”, y otra empírica “Trabajo Social y Conflictos éticos”.

Redalyc no contiene ninguna categoría de revistas en donde incluya a Trabajo Social, y no hubo resultados en la búsqueda de “Trabajo Social” “Social Work” o “Conflictos éticos en Trabajo Social. Con la categoría “Intervención en Trabajo Social” hubo resultados interesantes, pero sólo se consideraron 5, dos estudios empíricos y tres de naturaleza teórico-conceptual. Los artículos en este repositorio digital resaltan las tensiones éticas del Trabajo Social, la intervención social, y discuten el posicionamiento ético y político de los profesionales.

Scielo, no contiene en la clasificación de revistas de Ciencias Sociales aplicadas alguna de Trabajo Social, sólo revistas en donde se publica en la materia, como la revista de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México ‘Andamios’. En dicha biblioteca virtual sólo hubo resultados desde “Trabajo Social”. Se seleccionó uno que versa sobre el compromiso de la profesión en el sector de la salud en México, producto de una investigación empírica. Mientras que **Scopus** lanzó tres

estudios empíricos de Trabajo Social y uno de enfermería desde la categoría “Trabajo Social, dilemas éticos”, uno teórico conceptual de “Cuestiones éticas de Trabajo Social” y uno de “Tensiones éticas de Trabajo Social”. En **Doaj**, por su parte, se obtuvieron dos estudios empíricos, uno de Trabajo Social, uno de educadores sociales, y uno teórico de antropología.

Lilacs, de sus 906 revistas en catálogo, no tiene ninguna de Trabajo Social, sin embargo, se rescataron cinco artículos que exploran conflictos éticos en personal de la primera línea de atención a la salud, cuatro son reflexiones teórico-conceptuales, y uno resultado de una investigación empírica. De **Elsevier**, se tomaron seis artículos de naturaleza teórica que versan sobre la labor de los profesionales de la primera línea de atención a la salud, y sólo uno de Trabajo Social que explora los déficits sociales en las normativas que delimitan la actuación del Trabajo Social Clínico. Esto se relaciona con lo que (Hortal, 2002), denomina límites profesionales.

El repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de México; Biblat, no expuso resultados más que con la categoría “Trabajo Social”, se retomaron dos ensayos teóricos. Latindex cuenta con 17 revistas de Trabajo Social registradas en su catálogo en línea. Sin embargo, y aunque hay más revistas fuera de este registro, no se rescataron muchos trabajos más. En la revista **Margen** se identificaron cuatro estudios empíricos de TS y cinco teórico-conceptuales. Se exploró también en la Revista **Latinoamericana de Bioética** y se rescataron dos artículos, aunque no vinculados al TS, sí exploran el bienestar de profesionales en el ámbito hospitalario y en la atención primaria.

Cabe señalar que, en esta primera revisión de literatura, se retomarán sólo los artículos que sean resultado de investigaciones empíricas, esto es 37 de los 81. Los que son producto de reflexiones teórico-conceptuales e investigaciones documentales serán considerados en otro momento del estudio, por esa razón, se les ha considerado importantes en la exploración (ver Tabla 1 Resultados por buscador). Igualmente, cabe decir que la cantidad de artículos elegidos exceden las

expectativas que se tenían respecto a la escritura de *Dilemas Éticos* en Trabajo Social, conflictos o cuestiones éticas

Tabla 1 Resultados por buscador

BUSCADOR	ESTUDIOS EMPIRICOS	TRABAJOS DE REFLEXIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL	TOTAL
Dialnet	8	10	18
Pubmed	12	9	21
Conrcyt	1	1	2
Scielo	1	0	1
Redalyc	2	3	5
SCOPUS	4	2	6
Doaj	2	1	3
Lilacs	1	4	5
Elsevier	0	7	7
Biblat	0	2	2
Revistas	6	5	11
Total	37	44	81

Fuente: Elaboración propia con base en la exploración en buscadores, 2021.

De los 37 artículos de investigación empírica, 15 están en inglés y 22 en español, siete de Estados Unidos, seis son de España, cinco de Argentina, cuatro de Chile, tres de México, tres de Colombia, dos de Reino Unido, dos de Israel, uno de Australia, Australia-Corea del Sur, Brasil, Canadá, e Irlanda respectivamente. Respecto a las metodologías de trabajo, 24 de las investigaciones se orientaron bajo el enfoque cualitativo, 10 por el enfoque cuantitativo, y tres por un enfoque mixto (ver Tabla 2: Estudios empíricos).

Las palabras que dieron mejores resultados para los trabajos empíricos fueron “Trabajo Social” (11) y “Dilemas Éticos, Trabajo Social” (10), en seguida “Conflictos éticos, Trabajo Social” (5), “Tensiones éticas, Trabajo Social” (5), “Trabajo Social clínico” (3), “Intervención Social” (2), y “Ética, Trabajo Social” (1). Para los trabajos teóricos “Trabajo Social” (13) y “Dilemas éticos, Trabajo Social” (13), fueron las categorías más significativas.

Durante la revisión de publicaciones se encontró una nueva categoría importante para la búsqueda de literatura en materia ética del Trabajo Social que es “angustia moral”. Al menos dos de los artículos seleccionados lo desarrollan con un sentido muy similar al de tensiones, conflictos o dilemas éticos.

Fue sorprendente saber de la presencia de Trabajo Social en países como Corea del Sur, Israel o Australia, y comparar sus concepciones profesionales con las de países de América Latina como Argentina, Chile, México o con las de Estados Unidos y Canadá. Habitualmente, los estudios en América Latina vinculan la problemática de los conflictos éticos con las implicaciones políticas de esta disciplina, es decir, la dimensión pragmática con la teleológica. Se encontró similitud con Israel, Corea del Sur y Australia en ese sentido, aunque en estos últimos no se es tan enfático en formular alternativas políticas para el ejercicio de la profesión. Los estudios de Canadá y Estados Unidos, usualmente vinculan la dimensión pragmática de los conflictos éticos con la dimensión deontológica, es decir, con los códigos y colegios profesionales, las normatividades institucionales y las leyes.

De las publicaciones que exploran los dilemas u otros conflictos éticos en Trabajo Social se observa que, suelen recurrir a metodologías, perspectivas teóricas e instrumentos validados en el estudio de otros profesionales, y aunque los resultados son interesantes, se considera importante destacar que también se vienen desarrollando perspectivas teóricas, metodológicas, e instrumentos como cuestionarios y escalas específicas para medir las propias cuestiones éticas de esta disciplina (Idareta, 2018; Lev, & Ayalon, 2018). Aunque hay una diferencia significativa entre el número de estas producciones y las de otras profesiones, estos estudios se consideran muy importantes para ir abriendo las discusiones sobre los temas éticos en Trabajo Social.

Por ejemplo, las investigaciones sobre conflictos éticos en la profesión de enfermería son muy variadas, desde las perspectivas metodológicas, teóricas, hasta las variables con las que se asocian las tensiones los dilemas y problemas éticos: salud mental, ansiedad, estrés, síndrome *burnout*, eficiencia laboral, satisfacción laboral, son algunos ejemplos. Sin embargo, pueden observarse

categorías horizontales que atraviesan las diversas investigaciones, a pesar de sus diferencias. Un ejemplo es la categoría de cuidado, que se expresa como el objeto profesional de la enfermería. Independientemente de la perspectiva teórica que se adopte para entender los conflictos éticos, la ética profesional, de que el enfoque sea cuantitativo o cualitativo, de las categorías con que las se asocian los conflictos éticos y de las poblaciones de estudio, el objeto profesional está presente en la explicación de la enfermería, las actividades, tareas y funciones de los profesionales.

Para Trabajo Social, aún existen retos importantes, en el sentido de aumentar las producciones, pero también en el de recuperar las discusiones, perspectivas y métodos propuestos por los autores y autoras de la misma disciplina. Esto permitiría que, si bien no se trabaje desde una misma perspectiva de la ética profesional, si se reconocan las propuestas y experiencias investigativas existentes, se vayan redondeando las discusiones, los conceptos y los intereses comunes.

También, falta fortalecer rigurosidad científica. En el caso de algunos reportes de investigación empírica, no se exponen los elementos metodológicos, lo que resulta confuso y se considera una gran deficiencia respecto a los trabajos de otras disciplinas. Sin embargo, son artículos muy interesantes, porque son escritos por trabajadoras y trabajadores sociales adscritos a las instituciones hospitalarias, no académicos necesariamente. Sus experiencias y observaciones son interesantes, y se considera que esta reflexión crítica de la práctica profesional es uno de los principales actos éticos en Trabajo Social

Tabla 2 Estudios empíricos

Datos del artículo	Palabras clave	País	Enfoque metodológico
1. Marmo, S., & Berkman, C. (2018). Social Workers' Perceptions of Job Satisfaction, Interdisciplinary Collaboration, and Organizational Leadership. <i>Journal of social work in end-of-life & palliative care</i> , 14(1), 8–27. https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1437590	Trabajo Social	Estados Unidos	Cuantitativo
2. Nyashanu, M., Pfende, F., & Ekpenyong, M. (2020). Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. <i>Journal of interprofessional care</i> , 34(5), 655–661. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1792425	Trabajo Social	Reino Unido	Cualitativo
3. Lev, S., & Ayalon, L. (2018). Development and content validation of a questionnaire to assess moral distress among social workers in long-term care facilities. <i>Social work in health care</i> , 57(3), 190–205. https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1414096	Trabajo Social	Israel	Cuantitativo
4. Grant, D. M., & Toh, J. S. (2017). Medical social work positions: BSW or MSW?. <i>Social work in health care</i> , 56(4), 215–226. https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265633	Trabajo Social	Canadá	Cuantitativo
5. Fronek, P., Briggs, L., Kim, M. H., Han, H. B., Val, Q., Kim, S., & McAuliffe, D. (2017). Moral distress as experienced by hospital social workers in South Korea and Australia. <i>Social work in health care</i> , 56(8), 667–685. https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1347596	Trabajo Social	Australia	Cualitativo
6. Bernhardt, C., Forgetta, S., & Sualp, K. (2020). Violations of Health as a Human Right and Moral Distress: Considerations for Social Work Practice and Education. <i>Journal of human rights and social work</i> , 1–6 https://doi.org/10.1007/s41134-020-00150-0	Trabajo Social	Estados Unidos	Cuantitativo
7. Kinman, G., & Grant, L. (2020). Emotional demands, compassion and mental health in social workers. <i>Occupational medicine (Oxford, England)</i> , 70(2), 89–94. https://doi.org/10.1093/occmed/kqz144	Trabajo Social	Reino Unido	Cuantitativo
8. Lianekhammy, J., Miller, J. J., Lee, J., Pope, N., Barnhart, S., & Grise-Owens, E. (2018). Exploring the self-compassion of health-care social workers: How do they fare?. <i>Social work in health care</i> , 57(7), 563–580. https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1471017	Trabajo Social	Estados Unidos	Cuantitativo
9. Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Ah Kim, M., & Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. <i>Journal of</i>	Trabajo Social	Estados Unidos	Cualitativo

psychosocial oncology, 36(6), 667–680.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1504850>

10. Abrams, L. S., & Dettlaff, A. J. (2020). Voices from the Frontlines: Social Workers Confront the COVID-19 Pandemic. <i>Social work</i> , 65(3), 302–305. https://doi.org/10.1093/sw/swaa030	Trabajo Social	Estados Unidos	Cualitativo
11. Idareta, F. Iturralde, J. (2018). Dilemas éticos en Trabajo Social, un estudio de caso, <i>Cuadernos de trabajo social</i> , (25).	Dilemas éticos, Trabajo Social	España	Mixto
12. Idareta, F. (2018). Dilemas éticos en los servicios sociales de base de la Mancomunidad de Sakana, Nahia Urquía Ihabar. <i>Departamento de Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra</i> , (66), 97-104.	Dilemas éticos, Trabajo Social	España	Mixto
13. Idareta., F. (2018). El abuso de poder en trabajo social: evaluación de las propiedades métricas del Cuestionario de Violencia al Usuario (C-IVU), <i>RTS: Revista de treball socia</i> , (212), 95-111.	Dilemas éticos, Trabajo Social	España	Cualitativo
14. Rondón, L. (2015). Aprendizaje basado en problemas sociales desde una perspectiva interdisciplinar, dilemas éticos de la intervención social, <i>Trabajo social global: Revista de investigaciones en intervención social</i> , (5) 9, 90-110. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5304727	Dilemas éticos, Trabajo Social	España	Cualitativo
15. Pérez, A. (2011). Informes periciales e intervención social en casos complejos en los que se presentan conflictos éticos. <i>Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales</i> , (62), 1-11	Conflictos éticos, Trabajo Social	Argentina	Cualitativo
16. Pérez-Ayala, M. (2019). Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud. <i>Revista: Acta bioethica</i> , (25) 1.	Conflictos éticos, Trabajo Social	Chile	Cualitativo
17. Carreón, J. (2015). Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud. <i>Contad. Adm</i> , (60)1, 31-51.	Trabajo Social	México	Cuantitativo
18. Martín, M. Nogués, L. (2017). El trabajo social en los aparatos del Estado y su posicionamiento ético-político en la garantía de los derechos sociales, <i>Rev.Katálisis</i> , 20 (3), 335-343. https://www.redalyc.org/jatsRepo/1796/179653096003/index.html	Intervención, Trabajo Social	España	Cualitativo
19. Hozven, R, (2019). Trabajo Social y gestión. Oportunidad conflictuada. <i>Rev.Katálisis</i> , 22 (2). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802019000200404	Intervención, Trabajo Social	Chile	Cualitativo
20. Sperling, D. (2021). Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic, <i>Nursing Ethics</i> , (28) 1, 9-22. doi10.1177 / 0969733020956376	Dilemas éticos, Trabajo Social	Israel	Cuantitativo

21. Fernández, T. Agrela, B. (2021). El ser personal vs el ser profesional desde una perspectiva de género: ¿una ética silenciosa dilema en social trabaja con mujeres extranjeras?, <i>Alternativas</i> , (28)1, 89-113.	Dilemas éticos, Trabajo Social	España	Cualitativo
22. Colmenares-Roa T, Figueroa-Perea JG, Pelcastre-Villafuerte B, et al. La vulnerabilidad como palimpsesto: prácticas y políticas públicas en el ámbito hospitalario mexicano. <i>Salud</i> 10.1177 / 1363459320988879	Dilemas éticos, Trabajo Social	México	Cualitativo
23. Wilson, E. Jackson, K. Shannon, A. (2021). Perinatal social work during the Covid-19 pandemic: Reflecting on concepts of time and liminality. <i>Qualitative Social Work</i> , (20)1-2, 443-44.	Dilemas éticos, Trabajo Social	Irlanda	Cualitativo
24. Romero, B. Gutiérrez C. Fernández T. (2017). Repensar la ética en el Trabajo Social desde una perspectiva de género, <i>Cuadernos de trabajo social</i> , 30 (1) https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/53959	Dilemas éticos, Trabajo Social	España	Cualitativo
25. Guerra-García, E. Sandoval-Forero, E. (2020). Dilemas éticos de facilitadores educativos de universidad autónoma indígena de México ante el trabajo comunitario. <i>Trayectorias humanas trascontinentales</i> , (8) https://www.unilim.fr/trahs/2862	Dilemas éticos, Trabajo Social	México	Cualitativo
26. Contreras, L. (2017). Etichal Issues in primary health care from Centro de Salud Familiar de <i>Paine Acta bioeth</i> ; 23(1): 25-34 https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-886001	Conflictos éticos, Trabajo Social	Chile	Cualitativo
27. Flórez. L. Martínez. S. (2016). Proyecto Ético-Político. Un análisis de los trabajadores sociales en procesos de educación popular en organizaciones sociales de la ciudad de Bogotá. <i>Margen: Revista de Trabajo Social y ciencias sociales</i> , (99) https://www.margen.org/suscri/margen99/Florez-99.pdf	Ética, Trabajo social	Colombia	Cualitativo
28. Jasut, M. Silvana L. (2020). Intervención del Trabajo Social e internaciones prolongadas. Un aporte para repensar la práctica profesional en al ámbito de la salud pública. <i>Margen: Revista de Trabajo Social y ciencias sociales</i> , (98) http://www.margen.org/suscri/margen98/Jasuti-98.pdf	Trabajo Social Clínico	Argentina	Cualitativo
29. Del Castillo, C. Sagardoytho, M. (2020). Cuando la salud no es prioridad. Reflexiones sobre las prácticas profesionales en el Servicio de Clínica Médica en un hospital del conurbano bonaerense. <i>Margen: Revista de Trabajo Social y ciencias sociales</i> , (98) http://www.margen.org/suscri/margen98/Castillo-98.pdf	Trabajo Social Clínico	Argentina	Cuantitativo
30. Delgado, M. Marceca, S. Puente L. y Vázquez, A. (2017). Dispositivos narrativos y salud. Una experiencia para compartir. <i>Margen: Revista de Trabajo Social y</i>	Trabajo Social Clínico	Argentina	Cualitativo

ciencias sociales, (84)

<https://www.margen.org/suscri/margen84/delgado-84.pdf>

31. Menezes, A. Cozer, L. Peres, P. Fonseca, S. (2020). Seguridad del profesional y problemas éticos y bioéticos en el diario de la atención primaria. Vivencias de enfermeros. <i>Revista Latinoamericana de bioética</i> , 20 (2). https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/4906	Conflictos éticos, Trabajo Social	Brasil	Cualitativo
32. Henao, A. Gómez, O. Fuentes, A (2019). Bienestar espiritual en el ámbito hospitalario: aportes para la humanización en salud. <i>Bioética. Revista Latinoamericana de bioética</i> , 19 (36) https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3627	Conflictos éticos, Trabajo Social	Colombia	Cuantitativo
33. Fabi, R. E., & Taylor, H. A. (2019). Prenatal Care for Undocumented Immigrants: Professional Norms, Ethical Tensions, and Practical Workarounds. <i>The Journal of law, medicine & ethics, A journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics</i> , 47(3), 398–408. https://doi.org/10.1177/1073110519876172	Tensiones éticas, Trabajo Social	Estados Unidos	Cualitativo
34. Hazelwood, T., Baker, A., Murray, C. M., & Stanley, M. (2019). New graduate occupational therapists' narratives of ethical tensions encountered in practice. <i>Australian occupational therapy journal</i> , 66(3), 283–291. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12549	Tensiones éticas, Trabajo Social	Australia	Cualitativo
35. Beri, A. (2020). Reflexiones acerca de la construcción de autonomía de los sujetos en los procesos de intervención profesional en el marco de la Residencia de Trabajo Social, <i>Revista margen</i> , 96. https://www.margen.org/suscri/margen96/Berti-96.pdf	Tensiones éticas, Trabajo Social	Argentina	Cualitativo
36. Linares, J. Hernández, A. Rojas, H. (2020). La experiencia de la orientación docente en la práctica profesional de trabajo social, <i>Revista Interamericana de Investigación, Educación y Pedagogía</i> , 13 (2). https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/riiep/issue/view/562	Tensiones éticas, Trabajo Social	Colombia	Cualitativo
37. Aguayo, C. Morales, P. (2014). Interculturalidad y reconocimiento: el trabajo social y las tensiones ético-morales en la atención de salud a inmigrantes, <i>Tendencias y retos</i> , 20(1).	Tensiones éticas, Trabajo Social	Chile	Mixto

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Respecto a los resultados y conclusiones de los trabajos, se identifica que hay más similitudes que diferencias entre ellos. Muchas de las conclusiones finales apuntan a que la labor de Trabajo Social en instituciones de salud, como en la mayoría de los ámbitos, tiene lugar en un entorno de servicio neoliberal y en detrimento de la defensa de los derechos sociales, lo que supone una gran dificultad organizacional para los profesionales.

También destacan que, finalmente, el trabajo de atención a la salud se vincula con cuestiones no clínicas, ya no sólo en relación a las circunstancias particulares de las personas, por ejemplo, que no puedan cumplir un tratamiento por situaciones personales, sino, y especialmente que:

La forma en que los trabajadores sociales pueden cumplir con sus obligaciones morales no es simplemente un producto de la política de salud o la práctica institucional, sino la interconexión de las políticas en sectores como la salud, el bienestar, la inmigración, etc., que en conjunto inciden en la justicia social y el respeto por la salud (Fronek et al., 2017, p. 14).

Algunos estudios parten de cuestionar si los profesionales tienen las herramientas para identificar estas dificultades organizacionales en el plano de un contexto político-económico más amplio, o se pierden en la inmediatez del trabajo cotidiano (Idareta, 2018). Dichos estudios exploran entonces las dimensiones teleológica y pragmática del Trabajo Social, es decir, los principios ético-políticos de las y los profesionales desde las tensiones que desencadenan a nivel práctico. Se considera que este tipo de estudios son significativos para la disciplina, pues suponen reflexiones críticas a las prácticas cotidianas del ejercicio profesional, en contexto, y a la vez, ofrecen claves para formular propuestas de mejoramiento en el servicio profesional.

Otra de las conclusiones señala la importancia de hacer de la gestión de los dilemas éticos un asunto público y gremial, desplazar la idea de que los problemas

en el ámbito laboral son personales y que no hace falta la solidaridad para mejorar los resultados de las acciones profesionales.

En lugar de simplemente convertirse en víctimas de la impotencia y la desesperación, fue significativo el uso de códigos de ética como un medio para volver a conectar con una identidad colectiva de Trabajo Social y valores compartidos, porque su codificación desplaza la responsabilidad personal hacia una posición compartida (Fronek et al., 2017, p. 15).

También, “se constata que las y los profesionales que consideran importante y necesario formarse en ética y deontología profesional” (Idareta e Iturralde, 2018, p.79), a veces desde la propia administración institucional, otras señalan los procesos formativos desde la universidad.

De manera normal, el interés principal que motiva el estudio de los *DE* en trabajadoras y trabajadores sociales es mejorar la prestación de servicios a partir del cuidado a las y los profesionales, y aún la diversidad de enfoques con que se viene abordando el tema, estos estudios están enfatizando reflexiones importantes y adquiriendo seriedad. Sin embargo, aún sigue siendo una dificultad importante que los buscadores lancen resultados que no son de esta disciplina en la búsqueda de literatura sobre Trabajo Social en general, y en temas de ética profesional en particular. Esto da muestra de dos problemas; el primero es el de una escasa producción literaria sobre los aspectos éticos de la intervención social, la ética del Trabajo Social a nivel deontológico o teleológico, o en general, sobre la propia disciplina. El segundo problema se relaciona con la imprecisión de los contenidos del Trabajo Social y la intervención en lo social, sea en el ámbito de la salud o cualquier otro. Esto quiere decir que, cuando se indaga sobre intervención social, los buscadores lanzan artículos de una gran variedad de temas y de diferentes campos de las ciencias sociales o hasta las llamadas exactas. Se suman a los retos de Trabajo Social generar mayores producciones sobre la labor profesional, abordar en estas las cuestiones éticas, y hacer los ejercicios investigativos de utilidad para reformular las intervenciones sociales.

1.2 Problematicación

En su historia, la profesión de Trabajo Social ha dedicado su atención a los denominados problemas y necesidades sociales inserto en las instituciones públicas de seguridad social (Rozas, 2010). En México y dentro del sector salud, de manera importante, con un perfil altamente feminizado (Valero, 1994). Según estimaciones, hay aproximadamente ocho mil trabajadoras sociales laborando, 1,011 de base en el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado ISSSTE, 3 pasantes licenciados en TS, 60 supervisores de TS en el área médica, 137 técnicos de TS en el área médica, 150 TS en el área médica A y 631 TS en el área médica B (Jornada del SNTISSSTE, 2020). Estas cifras no incluyen a las trabajadoras y trabajadores sociales de otras instancias de la salud, como el IMSS, la Secretaría de Salud o el ISSFam. A pesar de ello, la literatura señala que esta inserción está fuertemente limitada por su rol secundario y el poco reconocimiento de sus labores, resultado tanto de los límites difusos de su oferta profesional (Iturrieta, 2012), como de las propias características organizacionales y de escasez de recurso de los sistemas de salud.

Lo anterior ha abierto cuestionamientos sobre las tensiones éticas, políticas y epistemológicas que surgen en Trabajo Social (Carballeda, 2010), y los resultados que se materializan a nivel práctico en términos de conflictos de valor o tensiones éticas: asuntos, problemas y dilemas (Banks, 1997).

En esta materia, una primera revisión de la literatura sugiere que es un tema trascendente para las profesionales, tanto por los múltiples efectos que recaen sobre ellos en forma de insatisfacción laboral, ansiedad, estrés, agotamiento moral, contaminación del espacio familiar, etc., así como por los que inciden sobre las relaciones interprofesionales (disgustos, distanciamientos, poca colaboración, enflaquecimiento gremial), y en la prestación de los servicios (Idareta, 2018).

A pesar de ello, la producción en este ámbito aún es escasa y no uniforme. Esto se debe, según Vélez (2015), a que las reflexiones disciplinares, que han girado en torno al plano de la metodología, han centrado su interés en los elementos

operativos del proceso (momentos, fases y estrategias), de lo que resulta que las implicaciones éticas queden condenadas al olvido. Además, de los estudios que existen, no han sido aprovechados los resultados para intervenciones prácticas que ayuden a mitigar, resolver u orientar los problemas de los profesionales respecto a los conflictos de valor (problemas y dilemas éticos) que les genera su labor cotidiana.

Como precedente, en 2018 se indagó con alumnas y alumnos de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, los *Dilemas Éticos* que enfrentan en sus prácticas escolares, los recursos y estrategias de los que echan mano para desafiarlos. Los resultados generales de la investigación robustecen la premisa de que falta fortalecer la formación en ética profesional para un mejor afrontamiento de este tipo de conflictos (Barragan y Pérez-Castro, 2019).

La categoría de *Dilemas Éticos*, será retomada, este es sólo un tipo de conflicto o tensión ética, pues puede haber otros como el problema y el asunto (Banks, 1997), así como la categoría de *Gestión*, que refiere a los principales condicionantes que determinan las estrategias que utiliza un profesional a la hora de resolver un conflicto ético (Vilar, 2013; Vilar, Riberas, & Rosa, 2016). De los tres tipos de *DÉ* en relación a los usuarios, a las y los colegas, y al encargo y la misión, se retomará principalmente la primera categoría.

En ese sentido, la intención de la presente investigación resulta de identificar que los *Dilemas Éticos* como sucesos cotidianos del ejercicio de Trabajo Social, pueden ser de interés para profesionales, académicos y alumnado de la disciplina, pues son una vía de análisis profesional con potencial de aportar elementos para una propuesta de intervención futura sobre el propio ejercicio y formación. Considerando que buena parte de las y los egresados de la ENTS-UNAM buscan prestar sus servicios el área de la salud, se pretende averiguar los dilemas que enfrentan ahí, comprender sus formas de gestionarlos, en estrategias como en recursos y con relación a su experiencia profesional, así mismo, develar en qué medida estas experiencias contribuyen a la consolidación y reconocimiento del gremio.

Con ánimos de delimitar un perfil más específico de trabajadores y trabajadoras sociales dentro del área de la salud, se pretende explorar en Hospitales Pediátricos o Materno-infantiles, la gestión de *Dilemas Éticos* en relación a los usuarios cuando, además, interviene en el proceso de deliberación sobre el caso, el límite al principio de autonomía por tratarse de infantes. Dado que la profesión se plantea como principio el respeto a la autonomía de las personas, es clave indagar qué tipo de Dilemas surgen cuando se trata de personas a las que no se les permite decidir sobre sí, dados criterios como la edad.

Un suceso que suma razones para conocer la situación ética de las y los trabajadores sociales en esta área es la pandemia por COVID-19, que se ha extendido al mundo desde el 2020. Las y los trabajadores sociales reportaban que su trabajo en este ámbito ya se veía limitado por los temas de escasez de recursos, límites en su capacidad de prestar servicios y decidir. A estos límites, que se exacerban, se suma el hecho de la alta demanda de los servicios, que comprometen su propia salud y seguridad, así como la de sus seres queridos en el cumplimiento de su trabajo, y también, que acompañan a las familias de las personas enfermas, son su vínculo “los trabajadores sociales están manejando el tejido emocional del dolor y la pérdida [...] Debido a la naturaleza sin precedentes de la pandemia, están construyendo el puente mientras lo cruzan” (Abrams & Dettlaff, 2020, p. 312).

Por estas razones es importante visibilizar que las angustias morales que resultan de los conflictos éticos, no son un problema de competencia individual. Cada profesional los enfrenta de la manera que mejor puede, pero hacerlo colectivamente, desde una formación adecuada, les facilitaría bastante hacerlo.

La Gestión de *Dilemas Éticos*, es decir, el conjunto de estrategias que utiliza un profesional a la hora de resolver un conflicto ético, implica mínimamente: 1) una serie de conocimientos y habilidades específicos, que refieren a la dimensión instructiva de la formación profesional; 2) la capacidad de vincular dichos conocimientos académicos a la práctica, así como el compromiso de actualizarlos a la luz de la reflexión del ejercicio, lo que refiere a la dimensión desarrolladora, y;

3) unos principios, valores, pautas y cualidades orientadoras que guíen la conducta de los profesionales (Companioni, 2015). O bien, como lo sintetiza (Hirsch, 2005), competencias cognitivas, técnicas organizativas, sociales, éticas y afectivo emocionales. Cada una de éstas es igualmente importante. En situaciones ordinarias, el profesional que sabe cómo hacer su trabajo, con qué herramientas y con qué propósito, frente a una situación conflictiva o un *Dilemas Éticos*, será más capaz de saber qué hacer, cómo hacerlo y con qué finalidad, trabajar efectivamente y también cuidar de sí mismo.

De tal manera que, los conocimientos sobre *Dilemas Éticos* y ética profesional son útiles para que los profesionales reflexionen y hagan mejor su trabajo, les genere menos frustraciones, incomodidades, así como afecciones psicológicas y morales, revaloren el papel de la cooperación interprofesional, y las personas se beneficien de sus servicios. También son importantes para las y los académicos de Trabajo Social, para las y los estudiantes, así como el gremio en general.

En ese sentido, se tiene la finalidad de contribuir no sólo a generar conocimiento sobre los *Dilemas Éticos* de las y los trabajadores sociales de los hospitales, sino a que dicho conocimiento reconozca el nuevo panorama social y los efectos en la prestación de los servicios de salud, para que, en algún momento pueda servir para emprender alguna acción de intervención que beneficie al colectivo profesional y aumentar el beneficio de los usuarios que reciben sus servicios.

Pese a la idea común de que las cuestiones éticas son de competencia filosófica, los estudios han revelado que, la ética es un eje que atraviesa todas las dimensiones de una profesión “la reflexión ética impregna la identidad personal (saber ser), el uso de las tecnologías propias (saber hacer) y la metodología de intervención (saber convivir)” (García, 2000, p.314), por lo tanto, es una vía de análisis profesional. Hacer un vínculo entre la dimensión pragmática, deontológica y teleológica, a través del análisis de los conflictos de valor y los recursos y estrategias con las que los profesionales los enfrentan. Por último, contribuye a

agilizar la discusión sobre las opciones ético-políticas de los profesionales y académicos del Trabajo Social (Montaño, 2013; Rozas, 2015; Vélez, 2010).

El planteamiento y orientación del trabajo se hace bajo la perspectiva teórica de la Ética profesional compleja, que sintetiza las propuestas de la Ética General de las Profesiones (ÉGP) (Hortal, 2002), y la Ética de la complejidad (Morín, 2014). En ese sentido vale decir que, si bien la bioética es una referencia obligada para entender el tema ético en el ámbito clínico, esta no es la que orienta el estudio, dado que se ha encontrado que el lenguaje bioético ha sido abundantemente monopolizando por la disciplina médica (Reyes, 2007), e interesa descentrar la reflexión de los procesos clínicos desde dicha visión.

1.3 Objetivos

General:

Analizar la *Gestión de Dilemas Éticos* que efectúan las y los Trabajadores Sociales de los hospitales pediátricos o materno infantiles de la Ciudad de México y zona conurbada, a fin de visibilizar la importancia de la formación en ética profesional para el ejercicio del Trabajo Social en área de la salud.

Específicos:

- Identificar los *Dilemas Éticos* que afrontan las y los Trabajadores Sociales,
- Distinguir las formas de *Gestión de los Dilemas Éticos* que emplean,
- Explorar la *Formación* que tienen en ética profesional de Trabajo Social para la *Gestión de los Dilemas Éticos* en el área de la salud.

1.5 Metodología

La metodología de trabajo en este estudio es cualitativa desde la Teoría Fundamentada (TF). De acuerdo con este enfoque metodológico, el proceso sistemático de la investigación combina al mismo tiempo la recolección de datos con su análisis y la redacción de teoría emergente (Ardila y Rueda, 2013). Se considera que, si bien no se está construyendo teoría, sí se presenta una línea de

investigación novedosa del Trabajo Social, se propone un abordaje teórico original, y en el análisis y presentación de resultados se señalan cosas que están muy invisibles en las discusiones disciplinares.

En el ánimo de explorar y examinar las experiencias de los y las trabajadoras sociales en relación a los dilemas éticos que enfrentan en sus labores cotidianas y sus formas de gestionarlos, y su relación con su formación en ética profesional, se rescató el valor de las técnicas e instrumentos cualitativos como la entrevista semi estructurada. Del análisis de narraciones, se formularon algunas reflexiones particulares y supuestos generales acerca del ejercicio profesional en el área de la salud (Teoría emergente).

El método de la Teoría fundamentada (TF), que orientó metodológicamente el presente proyecto, se cimienta cinco estrategias fundamentales:

1. La recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente.
2. Los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no los marcos teóricos preconcebidos.
3. Los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y el desarrollo teórico y no la verificación de teorías ya conocidas.
4. El muestreo se realiza con base en lo que emerge de los datos, se le denomina muestreo teórico y sirve para refinar, elaborar y completar las categorías.
5. El uso sistemático de los procedimientos analíticos lleva a niveles más abstractos de análisis (De la Torre et al., 2016, p.7).

También, y de acuerdo con la revisión previa de la literatura sobre el tema, se valoró que los estudios que se desarrollan bajo el enfoque cuantitativo, encuentran deficiencias importantes, por ejemplo, porque las teorías de respaldo o los instrumentos para la recolección de datos son trasladados, generalmente, desde otras disciplinas, y dejan al desconocimiento elementos importantes de valorar desde Trabajo Social. A través de la investigación cualitativa desde la TF, se

pretenden rescatar las múltiples interrelaciones de los *Dilemas Éticos* con el resto de la actividad profesional de las Trabajadoras Sociales en el ámbito de la salud.

1.5.1 Categorías de análisis

En la propuesta de la Teoría Fundamentada, las categorías y sus inter relaciones son vitales. Las categorías, “son conceptos que representan fenómenos, que agrupan aquellos acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que tienen una naturaleza similar (Cobin y Strauss, 2002, p.110, citado por Ardila y Rueda, 2013, p. 98). Existe, generalmente, una categoría central que representa el tema central de la investigación, da sentido a todos los datos y a su integración. La categoría central, como las consecuentes y las subcategorías, se desarrollan en función de sus propiedades y dimensiones, es decir, las características y las escalas de variación de dichas características (Ardila y Rueda, 2013).

Las categorías corresponden a los códigos sustantivos adscritos a un incidente, el código propiamente dicho es una combinación de elementos que tienen un determinado valor en un determinado sistema de categorías (De la Torre, et al., 2016, p.15). Los incidentes son aquella porción de contenido que el investigador aísla por que contienen símbolos, palabras o temas que resultan importantes desde los propios datos (De la Torre, et al., 2016).

En síntesis, “fundamentar los conceptos en los datos constituye el principal objetivo de la Teoría Fundamentada” (De la Torre, et al., 2016, p. 6), por lo que el interés central del estudio no es contabilizar el número de Dilemas a los que se enfrentan las y los profesionales, estandarizar las conductas ideales, o validar instrumentos, sino comprender lo que ocurre cuando los y las trabajadoras sociales se enfrentan a *Dilemas Éticos*, sus valoraciones subjetivas sobre su propia capacidad para hacerles frente, y sobre los resultados de estos conflictos en su trabajo, con su relación con los usuarios y con otros profesionales. De tal manera, las categorías del estudio son:

- *Gestión de Dilemas Éticos, profesionales* (Categoría central):

Describen las principales estrategias y recursos que utiliza un profesional a la hora de resolver un conflicto ético, estas dependen de múltiples factores, por ejemplo, contar con quien consultar el caso, disponer de tiempo o no, el tipo de estructura organizacional, o la propia preparación formal, entre los más importantes (Vilar, 2013; Vilar, Riberas, & Rosa, 2016). De acuerdo con estos autores existen tres tipos de gestión: a) La no gestión o inhibición; b) La gestión personal-privada o personal-pública, y; c) La gestión pública semi-estructurada o pública estructurada.

La no gestión implica que, en el ánimo de evadir sufrir, el profesional evite enfrentar el conflicto y así tomar decisiones al respecto. La inhibición aplica cuando actúa como si no existiera la situación, reprime la tensión o impotencia que experimenta justificándose con frases como “no es mi problema, no depende de mí, yo no puedo hacer nada, no sirve de nada implicarse” (Vilar, 2013; Vilar, Riberas, & Rosa, 2016, p. 16). También refiere a cuando se remite a un estamento superior con la intención de que le den órdenes para resolver la situación, y así librarse de la carga moral que esta implica.

La gestión personal-privada o personal-pública. Es estos casos la situación se convierte en algo que afecta personalmente al o la profesional. Cuando siente que en su espacio de trabajo nadie lo puede escuchar, realiza una consulta entre sus vínculos afectivos cercanos como amigos, pareja o familia, o incluso se documenta sin dejar de considerarlo como un problema privado, o se lo guarde para sí, soportando solo o sola la angustia. Esta es la gestión personal privada. La gestión personal pública implica que haga una consulta entre compañeros de trabajo acerca de la situación que le genera tensión, pero esto es más bien informal.

A diferencia de la situación anterior, la gestión pública sistematizada refiere a cuando las organizaciones cuentan con espacios y mecanismos formales a través de los cuales, las y los expertos pueden expresar sus inquietudes acerca de un caso, recibir retroalimentación calificada y orientación estructurada para las deliberaciones que deban tomarse. Si estos espacios son menos formales y los recursos para tratar las cuestiones éticas son más marginales, entonces se habla de espacios públicos semiestructurados. Un ejemplo de eso sería cuando los

asuntos se pueden expresar y discutir rápidamente como un punto más de la orden del día en una reunión de trabajo (Vilar, 2013; Vilar, Riberas, & Rosa, 2016).

- *Dilemas éticos:*

Un dilema es un conflicto de valor que enfrenta a los sujetos a la responsabilidad de tomar 'la mejor decisión' entre varios cursos de acción posibles y a todos les encuentra serias desventajas.

En el balance las ventajas y desventajas se colocan en juego principios y valores que no se pueden conciliar, por ello, ninguna alternativa es satisfactoria y ponen en juego su salud moral. Los elementos de un dilema son: deber, alternativas y confrontación (Allen, 2012). Los dilemas éticos en Trabajo Social pueden presentarse: 1) En relación a los sujetos de intervención (sentimientos no controlados, implicación personal, agresiones recibidas, ejercicio de autoridad, confidencialidad); 2) Al encargo y la misión (Oposición valores jerarquía, efectos no deseados, ausencia de transformación social, agotamiento profesional); 3) Relación interprofesional (desacuerdos valorativos, malas prácticas, tratamiento de la información, irresponsabilidades hacia el equipo de trabajo, agresiones) (Vilar y Riberas, 2015). En este estudio se retoman principalmente los dilemas en relación a las usuarias y usuarios.

- *Formación profesional:*

Proceso a través del cual los sujetos se apropian de conocimientos, habilidades y hábitos relacionados con una profesión, mediante la acción e interacción con los otros, lo que, como un todo, va conformando progresivamente el desarrollo de su personalidad, preparándolos para la vida y su inserción productiva en la sociedad. Tres dimensiones interrelacionadas la conforman: a) la instructiva: que implica conocimientos y habilidades propios de la profesión b) la desarrolladora: implica la actualización constante de dichos conocimientos, y la vinculación entre el estudio y el trabajo, y; c) la educativa: esta dimensión guarda relación con el desarrollo de principios, valores y actitudes que sustentan el desempeño justo, honrado, ético y

moral de los profesionales (Llerena, 2015). Para Hirsch (2005), la formación profesional se expresa en cinco tipos de competencias:

- 1) Las cognitivas: implican la posesión y actualización de conocimientos, experiencia, adaptabilidad.
- 2) Técnico-organizativas: aplicación de los conocimientos, capacidad organizativa, de toma de decisiones y resolución, eficiencia y eficacia.
- 3) Sociales: saber establecer interacciones, comunicar, mediar, aceptar críticas, dialogar, empatizar, tener disponibilidad, constancia, dinamismo, persistencia, paciencia, disciplina, seriedad y trabajar con diligencia.
- 4) Éticas: responsabilidad, honestidad, idea de servicio, apego a principios.
- 5) Afectivo-emocionales: motivación y vocación, saber separar la vida privada de la profesional, aceptar las cualidades y limitaciones, practicar la autocrítica y el autoconocimiento, ecuanimidad y serenidad (p.6).

- Ética profesional:

Dimensión educativa de la formación profesional que implica un discurso racional intersubjetivo de encuentro y reconocimiento en el que es posible darle a cada cosa, a cada faceta, su peso específico y su puesto en el conjunto del quehacer universitario y profesional [...] no puede consistir en un discurso intimista que intenta salvar la propia buena conciencia; se trata de un discurso público acerca de en qué consista ser un buen profesional, cuáles son los límites y derechos que hay que respetar, los compromisos que hay que asumir y los deberes que hay que cumplir (Hortal, 2002, p.22).

La ética del Trabajo Social se compone de tres dimensiones acopladas: la teleológica, la deontológica y la pragmática. La primera refiere a la finalidad última y servicio concreto que presta la disciplina a la sociedad y sin la cual, la misma sociedad se estaría quedando sin un tipo de bien o servicio específico. La segunda, refiere a los valores, principios, normas y obligaciones que delinear el ejercicio profesional y se constituyen en un conjunto de regulaciones que guían la conducta. Por último, la dimensión pragmática contiene una serie de pautas más concretas

para regular la actuación ordinaria y un método capaz de orientar al profesional en la resolución de las situaciones problemáticas que puedan presentarse, en los posibles conflictos éticos con los que van a tener que enfrentarse los trabajadores sociales (Bermejo: 2002, p. 16).

1.5.2 Sujetos de Estudio

Las y los sujetos de estudio son trabajadoras y trabajadores sociales que laboran hospitales Pediátricos o Materno Infantiles del territorio nacional. Tan sólo en la Ciudad de México hay 16 Hospitales de este tipo y se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo y Hospital Pediátrico Azcapotzalco, en la alcaldía Azcapotzalco; Hospital Pediátrico Coyoacán, en la alcaldía Coyoacán, Hospital Pediátrico Peralvillo en la Cuauhtémoc; Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, Hospital Pediátrico La Villa, Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc en la Gustavo A. Madero; Hospital Pediátrico Iztacalco, Hospital Pediátrico Iztapalapa, Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, Hospital Pediátrico Tacubaya y Hospital Pediátrico Legaria en la Miguel Hidalgo, el Hospital Materno Infantil Tláhuac, Hospital Pediátrico Inguarán en Venustiano Carranza y Hospital Materno Infantil Xochimilco. Los criterios de inclusión fueron: A) Que tuvieran nombramiento definitivo o temporal mientras hubieran prestado servicios por un tiempo mínimo de 3 años. B) Que estuvieran adscritos al departamento de Trabajo Social de uno de los 16 Hospitales pediátricos o materno infantiles Generales de la Ciudad de México CDMX.

Se realizaron un total de seis entrevistas, una de ellas como prueba piloto, con base al criterio de saturación teórica que establece que, la recogida de datos se detendrá cuando “no se encuentre ningún tipo de información adicional que permita desarrollar nuevas propiedades de las categorías o nuevas categorías” (De la Torre, 2016, p. 12). Cabe señalar que la pandemia fue un obstáculo importante para acceder a los contactos de manera directa en los hospitales o a través de sus servicios telefónicos, pues señalaban que había una sobredemanda de trabajo y el personal estaba muy ocupado.

De acuerdo con (Ardila y Rueda, 2013), “el muestreo teórico es el proceso de recolección de datos basado en la codificación y el análisis de la información, por medio del cual, los investigadores determinan las características de los siguientes datos a recolectar” (p. 100). De tal manera que el “muestreo teórico”, la “comparación teórica” y la “codificación teórica” permiten llegar al proceso de saturación teórica, que es, cuando las o los investigadores evalúan que la información que tienen ya no está siendo enriquecida por las nuevas recogidas de datos, y deciden concluir el proceso. En la siguiente tabla se presentan algunos de los datos sociodemográficos de las y los participantes:

Tabla 3: Datos sociodemográficos de las y los participantes del estudio:

Participante	Edad	Sexo	Estado civil	Entidad de trabajo	Nivel de estudios	Lugar de residencia	Tipo de contratación	Antigüedad laboral
1	34	M	Soltera	Hospital Materno infantil Magdalena Contreras	Licenciada en T. S con especialidad de modelos de intervención con mujeres. Diplomados en Administración de servicios de salud y en metodología de la investigación.	Ciudad de México	De base permanente. Supervisora de T.S.	8 años
2	56	M	Divorciada	Hospital materno infantil Magdalena Contreras. Turno nocturno fines de semana	Licenciada en TS y en Derecho. Maestra en Administración de servicios de salud.	Estado de México.	De base permanente.	28 años
3	52	M	Casada	Hospital materno infantil Federico Gómez.	Licenciada en T. S	Ciudad de México	Operativa	22 años
4	35	H	Casado	Año y medio en el Hospital de alta especialidad de Zumpango y previamente trabajó en el Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria de Atizapán de Zaragoza de 2012 a 2016.	Licenciado y Maestro en T. S	Estado de México	Titular de TS y relaciones públicas.	9 años
5	Más de sesenta			Hospital Materno infantil Magdalena Contreras	Técnica y Licenciada en T. S	Ciudad de México	Jefa de TS	48 años
6	28	M	Soltera	Clínica y Albergue Mater Dei, Huixquilucan	Técnica y licenciada en T. S	Estado de México	Operativa de T.S	2 años

1.5.3 Técnicas e instrumentos

Se utilizó como técnica principal la entrevista semiestructurada, que, de acuerdo con (Robles, 2011):

[...] se basa en el seguimiento de un guion de entrevista, en él se plasman todos los tópicos que se desean abordar a lo largo de los encuentros, por lo que previo a la sesión se deben preparar los temas que se discutirán, con el fin de controlar los tiempos, distinguir los temas por importancia y evitar extravíos y dispersiones por parte del entrevistado (p.41).

Todas las entrevistas se realizaron a través de plataformas digitales (Zoom y WhatsApp), a preferencia de las y los participantes, y con su consentimiento fueron grabadas y transcritas para su análisis.

1.5.4 Análisis de la información

El análisis de la información empírica se realizó con base al proceso de cualitativo con Teoría Fundamentada, que implica un paso sistemático que combina al mismo tiempo la recolección de datos con el análisis y la redacción de teoría emergente (Ardila y Rueda, 2013). Los elementos del análisis de los datos desde este método implican:

1. Un interrogatorio sistemático a través de preguntas generativas, que buscan relacionar conceptos,
2. El muestreo teórico,
3. Los procedimientos de categorización (codificación) sistemáticos, y
4. El seguimiento de algunos principios dirigidos a conseguir un desarrollo conceptual sólido (no solamente descriptivo) (De la Torre, et al., 2016, p.6).

De manera general, el trabajo de campo se desarrolló en las siguientes fases:

1. Se contactó a trabajadoras y trabajadores sociales que laboraran en los hospitales pediátricos y materno-infantiles: Por medio de la técnica bola de nieve y rastreo en medios digitales, se llamó o escribió por correo electrónico

a las y los trabajadores sociales, invitándoles a participar en el estudio, aclarando la finalidad de este y el trato confidencial y exclusivo para fines académicos de la información que brindaran, y en los casos que lo solicitaron, se les envió la guía de entrevista y el protocolo de la investigación.

2. Se realizaron las entrevistas: Por medio de plataformas digitales como Zoom y llamadas telefónicas, se llevaron a cabo las entrevistas con la guía de entrevista previamente estructurada, probada y corregida.
3. Transcripción de entrevistas: En seguida, las entrevistas fueron transcritas con previa autorización de las y los entrevistados. Cada una con duración aproximada de 40 minutos, se juntó en un compilado total de 50 cuartillas de transcripción estenográfica.
4. Construcción de matrices de operacionalización: Fueron ubicándose las subcategorías correspondientes a cada categoría de estudio previamente definida, y se comenzaron a rastrear en las entrevistas los accidentes o fragmentos de relatos que contuvieran rasgos de dichas subcategorías. De cada entrevistada y entrevistado se hicieron matrices de operacionalización por subcategorías.
5. Análisis de la información: Una vez extraídos los accidentes y clasificados estos, se analizaron las semejanzas y diferencias entre los relatos de las y los participantes, las discrepancias o afinidades con los estudios empíricos revisados, si refutaban o respaldaban los planteamientos teóricos propuestos por las y los autores, y las interrelaciones entre categorías de estudio.

1.5.5 Criterios éticos del estudio

Se proveyó a las y los participantes de toda la información concerniente a la investigación: la institución de procedencia, el objetivo del estudio, la finalidad de las entrevistas, se aclaró el uso de la información para fines exclusivamente académicos y el cuidado de su confidencialidad. Se dio la opción de enviar previo a la reunión para la entrevista, la guía y el protocolo. EL CONCENTIMIENTO FUE VERBAL.

En el caso de las entrevistas por Zoom se solicitó permiso para grabar, sólo con el fin de transcribir, y se subrayó que en ningún momento y por ninguna razón se usaría o reproduciría el audio o la video grabación. También, se dio la garantía de que, en el momento que quisieran podrían detener, pausar la entrevista o privarse de responder cualquier pregunta. Así mismo, se notificó a las y los participantes del primer producto de la investigación que se presentó en el ‘Primer Seminario de Investigación e Intervención sobre las condiciones laborales de las y los Trabajadores Sociales’ organizado por el Centro de Estudios e Investigación en Discapacidad y Salud de la Escuela Nacional de Trabajo Social los días 13, 14 y 15 de octubre de 2021.

2. Marco teórico: Bioética, Ética Profesional Compleja y Trabajo Social en el Sistema de Salud mexicano

La Ética Profesional Compleja y la Bioética son campos diferentes de reflexión acerca de los compromisos y resultados de los ejercicios profesionales, y de la relación humana con la vida, su cuidado y deterioro. De manera reciente, la Bioética ha quedado muy acotada al ámbito clínico, aunque en sus orígenes se la esbozó como una disciplina que problematizaría la relación ética de los humanos con el ambiente y demás seres vivos (Rivero, 2021). La Ética Profesional, por su parte busca promover entre las profesiones el valor del ejercicio ético en los diferentes niveles que denominan: a) teleológico, que implica que se realicen preguntas sobre la finalidad de sus prácticas; b) deontológico, que comprende generar normas y colegios que regulen la actuación de los miembros, y; c) pragmático, que precisa discutir sobre los criterios y pautas de acción regulares y extraordinarios para los expertos, es decir, en casos con asuntos, problemas o dilemas éticos (Bermejo, 2002; Banks, 2002).

En este capítulo se desarrollan con más precisión las reflexiones que cada una de las perspectivas puede aportar al análisis de la ética en Trabajo Social y la gestión de los dilemas éticos estos profesionales enfrentan en el área de la salud. Vale la pena decir que se le dará su espacio a la Bioética, pues es el punto de partida en la materia, la (ÉGP), retoma de ella los principios éticos, y a su vez, la (ÉPC) la complementa. De tal suerte que, la Ética Profesional Compleja desarrollada por el Doctor mexicano Martín López Calva, es una síntesis del trabajo de Edgar Morin sobre el pensamiento complejo para una Ética Compleja, y la perspectiva de la Ética General de las Profesiones (ÉGP), desarrollada por Hortal, (2002), principalmente, y Bermejo (2002) para el Trabajo Social.

2.1.1 Bioética

De manera delicada, se ha confundido la Bioética con la ética médica, sin embargo, la primera es una disciplina en sí misma que se plantea preguntas acerca de la relación humana con la vida desde una perspectiva filosófica, y necesariamente transdisciplinar, mientras la ética médica “estudia una multitud de tópicos como la

relación del médico con el paciente, las directrices éticas en la formación de los médicos, la ética en la investigación clínica, los errores médicos, la influencia de la tecnología en la práctica clínica, etc.” (Rivero, 2021, p. 65).

La Bioética es una disciplina de fronteras, que invita a integrar discusiones acerca de la responsabilidad de las prácticas profesionales en relación con unos principios éticos generales. Su uso indistinto parte de que bastantes planteamientos de la Bioética fueron aprovechados ampliamente en el área clínica desde su surgimiento, y entonces la medicina fue monopolizando su lenguaje. Sin embargo, desde 1927 Fritz Jahr creó el concepto en el artículo ‘Bioética: una perspectiva de la relación ética de los seres humanos con los animales y plantas’, y para 1970 aparece el artículo ‘Bioética la ciencia de la supervivencia’, y el libro ‘Bioética: un puente al futuro’ en 1971, de Van Rensselaer Potter, quien le da todo el impulso al concepto descentrándolo del campo filosófico al de las ciencias empíricas, con un énfasis especial en lo humano:

Potter visualizó la bioética como un puente que conecta a las ciencias “puras” y las humanidades. El uso de esta palabra no fue casual, pues, fue a partir de los años setenta que las relaciones entre seres humanos, ciencias y medicina sufrieron un cambio importante ya que, junto a la tradicional tarea curativa, el progreso biotecnológico supuso la oportunidad de intervenir en los procesos vitales fundamentales (Reyes, 2007, pág. 9).

Aun así, el llamado de la Bioética fue a diferentes campos de conocimiento para que, con sus aportes, enriquecieran y apoyaran a complejizar las disciplinas, las prácticas profesionales y la prestación de servicios. A su vez, diferentes disciplinas se interesaron en integrar a la Bioética en sus currículos universitarios. Por esa razón es frecuente encontrar títulos como ‘Bioética aplicada a la psicología’, ‘Bioética en atención pediátrica’, etc.

Después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), las discusiones sobre las responsabilidades éticas en la investigación y práctica clínicas se aceleraron, dando como resultado el Código de Núremberg de 1947. “El Código de Núremberg define

entonces las condiciones de la experimentación humana en la misma línea que la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, al exigir:

- Consentimiento informado y voluntario.
- Ceñirse al método científico más avanzado.
- Un fin benéfico y evaluación riesgo–beneficio.
- Reversibilidad de los posibles daños” (Gómez, 2009, p.231).

A este Código le sucede la Declaración de Helsinki de 1964, actualizada 1975. El cambio más significativo en la Declaración de Helsinki es la precisión en el concepto de consentimiento informado por sustitución al de consentimiento voluntario. Luego, en Estados Unidos se suscitó un caso de suministro de placebos a una comunidad de color con sífilis, entonces, se creó una Comisión Nacional para la protección de las personas en la investigación biomédica, de la cual derivaron las Conferencias y el ‘Informe Belmont’ de 1978.

En él se lanza por primera vez la propuesta de los principios de autonomía, beneficencia y justicia, anexándose el de no maleficencia posteriormente, y culminando en la obra cumbre del principalísimo ‘*Principles of Biomedical Ethics*’ en 1979, de Tom I. Beauchamp y James F. Childress, con múltiples ediciones a lo largo de tiempo.

2.1.2 Los principios de la bioética

El principio de autonomía refiere al deber profesional “de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen” (Gómez, 2009, p. 231), siempre que cuente con toda la información concerniente a los procedimientos a los que esté sujeto. El siguiente principio es el de beneficencia, que implica el deber de obrar buscando el mayor bien inmediato para los sujetos y para las generaciones futuras, sin que este principio interfiera con algún otro.

En la tradición aristotélica el bien es aquello que realiza un fin y culmina una actividad, y adquiriría sentidos precisos sólo en contexto de las actividades que lo

tratan de realizar (Hortal, 2002), “pero en general, el ámbito profesional implica la competencia, eficiencia, diligencia y responsabilidad” (Barragan, 2019, p.28).

El principio de justicia refiere a la distribución equitativa de las contribuciones y beneficios en una comunidad dada, así como a la compensación merecida por recibir daños en situaciones fuera de la propia responsabilidad. Aunque en los años noventa surgieron corrientes que criticaron fuertemente al principalísimo, su influencia en la configuración de la Bioética y su preponderante corte clínico, ya eran bastante extendidos.

Uno de los hechos por los que se aprovechó rápidamente la propuesta de los principios en el campo de la salud-enfermedad, se debe a la gran cantidad y complejidad de situaciones en las que las decisiones médicas eran interferidas por criterios, por ejemplo, de tipo cultural (como el famoso caso de la transfusión de sangre a testigos de Jehová). Entonces, se comenzó a advertir la importancia de criterios de orden social, político y cultural en asuntos que parecían sólo de competencia médica. La bioética abrió camino para la comprensión de la salud-enfermedad como hecho multidimensional.

2.2 Ética Profesional Compleja

La propuesta de la ética compleja para las profesiones parte de situar los resultados históricos de la disociación entre ciencia y filosofía en el ámbito de las profesiones, es decir, es un análisis que parte del campo de la epistemología, atraviesa cuestiones teóricas, y busca concretarse en lo más inmediato de las actividades profesionales. La propuesta señala que al superponerse la primacía del pensamiento occidental positivo (racional, objetivo y exacto) en el hacer científico, campos como la ética quedaron relegados al plano de lo metafísico y lo subjetivo.

A la par que el ejercicio ético perdió importancia en la academia, también lo fue haciendo en el plano social, en donde emergieron nuevos criterios orientadores para la vida como el éxito, la utilidad, la eficiencia y la competitividad.

Llegados a cierto punto, estos criterios no han resultado sino en una gran variedad de problemas, tan amplios como particulares. En primer lugar, las ciencias

y el pensamiento común quedaron acotados a una lógica simple y mutilada denominada por Morin (2004), inteligencia ciega, que ignora los enormes límites del conocimiento humano sobre sí y sobre el mundo, al pretender que la ciencia es infalible. El pensamiento simple recorta, simplifica e ignora.

También obstruyó los diálogos entre las disciplinas, cada vez más tendientes a la hiper especialización, que fueron perdiendo una perspectiva global de su función para la sociedad, y con esto, del bien que le deberían brindar.

Esta lógica exacerbó el carácter egocéntrico de la humanidad, cuyas relaciones con la vida y el entorno se volvieron primordialmente avasallantes y de explotación, llevando al planeta a un punto de previsible colapso ambiental. Esto mismo, erosionó el sentido de solidaridad, de fraternidad y confianza, y las relaciones entre humanos se volvieron frágiles a causa de la hiper individualidad. El decaimiento de lo colectivo dejó a las y los sujetos a la deriva y con el derecho de crear sus propios valores, y los referentes morales 'tradicionales' se encuentran tensionados constantemente con los valores de la vida individual, más no en un sentido creativo, sino en uno laberíntico.

Esta vida llena de tensiones hace muy agotante el ejercicio ético, por lo que, su abandono resulta una estrategia viable para las y los sujetos de la sociedad (Bauman, 2009). Viviendo en la incertidumbre y el desasosiego, los vínculos de confianza, de apoyo y solidaridad, así como las cegueras de amor (amor posesivo, egoísta, ideologías, fetiches, egocentrismo, etnocentrismo, indiferencia), son dificultades constantes para los sujetos de la vida postmoderna. A esto se lo denomina crisis de los fundamentos de certeza, pues principios morales modernos y los clásicos están siempre en entredicho, el "híper desenvolvimiento del individualismo conduce al nihilismo (López, 2014, p.82).

Por estas razones, Morin comenta que nuestra época y cultura no son aptas para promover entre las personas una actitud ética y un pensamiento complejo. Para él, complejizar las ciencias, y para López, las profesiones, es necesario para reactivar la búsqueda de un conocimiento comprensivo (por oposición al objetivo), el sentido de responsabilidad y solidaridad humana, y la reapropiación del equilibrio

entre las fuentes egocéntricas y altruistas de la ética. Con esto quiere decir que es necesario reconocer que, el egoísmo es parte de la individualidad, y está a su vez es primordial para el desarrollo de la 'autonomía dependiente', es decir, el sentido de responsabilidad parte de cada persona consigo misma, para poder extenderse hacia con los otros y otras.

Además, resaltan que toda crisis estimula formas de respuesta religantes (activantes de los mecanismos de vinculación), por ejemplo, frente a la excesiva parcelación de las ciencias sobresalen iniciativas de trabajo multi y transdisciplinar. Además;

la llamada posmodernidad (Morin, 2005), o modernidad líquida (Bauman, 2007), trajo consigo un retorno al campo de la subjetividad y una revaloración de la dimensión afectiva en la que se sigue ubicando a la ética ... la profunda crisis sistémica en que se encuentra el planeta en lo ecológico, lo económico, lo político, lo social y lo cultural ha obligado a la sociedad a volver a pensar en la relación entre el saber y el vivir (López, 2014, p.43).

A las fuerzas de asociación se las denomina religación, y por concepto, toda ética es un acto de religación. Lo que se espera de las profesionales es que contribuyan a activar los mecanismos de religación a nivel individual, colectivo, social, humano y planetario.

Para cumplir con tales propósitos, las y los trabajadores calificados deben entrenarse en un pensamiento complejo que reconozca que no hay ética simple. Es decir, todo acto ético es un examen que debe reconocer el valor de la singularidad (en complementariedad a la generalidad científica), del caos (en oposición al valor del orden en la ciencia moderna), de los tiempos no lineales (por oposición a la visión lineal y unicausal), de la recursividad (en reconocimiento de las influencias de las partes entre sí y con el todo), de la eventualidad (en relación a que la vida es organización, es decir, no sólo elementalidad, sino eventualidad), la no fragmentación "no hace falta desunir, sino distinguir" (Morín, 2004 p. 7), la relación entre sujeto y el objeto, entre la explicación y la comprensión, los límites humanos y la cualidad auto productiva de la vida, que no es sino la posibilidad de generar

unión ahí donde hay caos, confianza ahí donde hay incertidumbre, y comunión en donde hay separación.

Otra condición necesaria para el pensamiento complejo es el desarrollo de una 'Cultura psíquica', pues como comenta Hortal (2002), los expertos no sólo se juegan ser buenos o malos profesionales, sino, su ser ético, se realizan en su trabajo.

La 'Cultura psíquica' es un principio de pensamiento -cotidiano y existencial- que indica la obligación de cada ser humano de objetivarse a sí mismo con el ánimo de auto corregirse. Para ello, el autoexamen y la autocrítica son ejercicios introspectivos fundamentales, el primero es auto observación permanente, mientras es segundo implica la capacidad de superar a las trampas del pensamiento como la auto justificación, las zonas ciegas, auto indulgencia, la memoria y olvido selectivos, la severidad con los errores de los demás, la parálisis del sí (no reconocer la pluralidad personal), el resentimiento injusto, el odio y la sentimentalidad. Ambos procesos trabajan en un bucle recursivo que ayuda a explicar y comprender (examen objetivo y subjetivo) (Morin, 2014). La autocrítica "no es sustituida por la crítica procedente del prójimo, la invita ... y sólo puede ser reforzada por la autoburla" (Morin, 2014, p. 103).

El conocimiento interior es un fuerte antídoto contra la moralina, la necedad, el rechazo a lo desconocido, la hostilidad, el menosprecio, dado que invita a dialogar con nuestros mitos y miedos, no ceder a delirios y saber que no somos el centro del mundo y jueces de todo (Morin, 2014).

Este imperativo de inspección continua, de comprensión y auto organización, es el punto de partida en la larga ruta de retos profesionales, sin embargo, la ética compleja como la ÉGP apuestan por la unidad individual para la reactivación de las conductas éticas "un hacerse responsable de si aumenta la solidaridad" (Morin, 2014, p. 109).

Los retos, tanto estructurales como específicos, a los que se enfrentan las profesiones en una sociedad desilusionada de las promesas de la modernidad

(sociedad posmoderna), del pensamiento positivo, en crisis de los fundamentos de certeza, en medio de la primacía del egocentrismo, el colapso material del entorno vital, de las viejas instituciones morales (familia, estado), y de los servicios sociales, se intensifican a la vez que, como propios sujetos del mundo, viven y experimentan estas crisis. Por esa razón, es preciso reconocer la importancia de las condiciones subjetivas, psíquicas e individuales en la construcción de las y los profesionales “ser un profesional competente y responsable no consiste exclusivamente ser el individuo racional y libre —descontextualizado— a que nos tiene acostumbrado el universalismo ético cuando habla de autonomía” (Hortal, 2002, p. 26).

Adicionalmente, la ÉGP subraya dos condiciones puntales que vienen obstaculizando el desarrollo de la Ética Profesional. La primera es el modelo universitario de enseñanza, en donde predominan el enfoque de competencias en la formación, el positivismo aún no superado, la fragmentación, el desconocimiento entre áreas de conocimiento y disciplinas, y una carencia de conocimiento para la comprensión.

La segunda es lo que denomina las mediatizaciones de tipo económico, organizacional y tecnológico, que son aquellas condiciones que se superponen al ejercicio de los expertos en sus espacios de trabajo, limitando su capacidad de responsabilidad y decisión, éstas se concretizan en una amplia variedad de situaciones.

La gran mediatización de las actividades profesionales sirve para despojarlas de su potencial creativo, de su capacidad de cambio, y paradójicamente, a la vez que se recorta su autonomía dependiente, muchas más actividades se profesionalizan. Esto marca una gran diferencia entre lo que fue el papel de los profesionales en tiempos pasados “en donde sin llegar a ser una clase social, formaban un estamento que, en cierto sentido, quedaba al margen del pueblo llano y de la aristocracia” (Hortal, 2002, p.58).

La mediatización organizacional refiere a cuando los valores de la institución (pública, privada o social), son disímiles a los de los profesionales. Si su finalidad es obtener el mayor lucro, y por su parte, la del profesional es alcanzar el mayor

bienestar para el usuario o usuaria, esto será una fuente importante de tensiones, inconformidad y discrepancias.

Hoy los profesionales trabajan en empresas, organismos e instituciones que les asignan su cometido en el reparto funcional de tareas y competencias, no tienen otra cosa que hacer que lo que les toca hacer; haciéndolo cumplen con su 'deber'; se supone que deben desentenderse de todo lo que no les está explícitamente encomendado (Hortal, 2002, p. 55).

La mediatización económica es más que sólo el hecho de estar sujetos a un salario implica la labor de distribución de los recursos escasos para la prestación de servicios, de manera que esta mediatización manifiesta una doble vertiente que afecta personalmente al profesional, y otra que afecta a la actividad en sí misma (Hortal, 2002). La influencia del neoliberalismo en la organización estatal implica de sí un recorte importante a lo social, lo que para el Trabajo Social ya es un problema serio, en cuanto fue en el modelo de Estado social en el que nació y configuró su razón de ser.

El ejercicio profesional de las(os) trabajadoras sociales se encuentra tensionado por un dominio institucional de atrapamiento y extrañamiento de la propia práctica, por un lado, y por las contradicciones inherentes a la condición de trabajador asalariado inscripto en la tendencia de precarización y flexibilización laboral que insta la fase actual del desarrollo capitalista (Malacanza, 2019, p. 61-62 como se citó en Ponce, 2021, p. 13).

Para la ÉGP es importante reconocer, en el sentido más amplio, que los profesionales se realizan obteniendo sus medios de vida. Es decir, que profesionales inconformes con la realización de su fin profesional no podrán estar satisfechos por completo, con la simple obtención de su salario.

Por último, la mediatización tecnológica deriva del hecho de que de la tecnología (aparatos y técnicas con base científica), se sobreponen a la iniciativa y la capacidad crítico-reflexiva de las personas. Hoy "El profesional tiene hoy que ser un buen técnico para ser un buen profesional. La torpeza técnica suele ir

acompañada de torpeza social y ambas suelen tener una dimensión moral” (Hortal, 2002, p.60). Esto conduce, entre otras cosas, a que los problemas y las posibles soluciones se planteen sólo tecnológicamente, a que las capacidades innovadoras y de resolución de las personas queden opacadas por los computadores, y no se puedan plantear cuestiones no técnicas.

Estos tipos de mediatización no son excluyentes entre sí, pueden darse situaciones en las que una o un profesional estén disconformes con una política o pauta de la organización, deban sujetarse a los modos técnicos de plantearla, seguir un procedimiento preestablecido para enfrentarla y sobre esforzarse para maximizar los recursos de la institución en el ánimo de ayudar al usuario o usuaria.

Tal como sugiere la Ética Compleja, la ÉGP ofrece algunas claves para aprovechar estos obstáculos en la organización de la oferta profesional, por ejemplo, incluir en los currículos universitarios una línea de ética que atraviese todas las asignaturas:

Al abordar la contribución que una determinada asignatura puede ofrecer a la capacitación y responsabilización de los futuros profesionales ya se está aludiendo no sólo a la dimensión teórica de lo que se dice en dicha asignatura, sino también la dimensión práctica de lo que en ella y con ella se hace (Hortal, 2002, p.22).

Con lo anterior, estimular una suerte de bilingüismo. Es decir, que cada académico y profesional pueda hablar éticamente en la materia que le corresponda, sin sugerir que se vuelvan expertos en ella, o que los propios filósofos deban saber todo sobre todas las disciplinas, sino que, justamente exista la apertura como para acceder a unos y otros lenguajes. Con esto, se puede ir promoviendo la reconciliación entre la ética y la técnica, o la ética y la ciencia.

Pero se necesita, además de enseñar ética, hablar de problemas éticos y hablar de la dimensión ética de los problemas; más aún, es necesario dar un sentido ético a todo lo que se hace en la universidad y hablar de ello en términos éticos (Hortal, 2002, p.21).

Particularmente, cada profesional estaría en la obligación de ofrecer más que sólo un servicio, crearse como profesional, conocer varios espacios, pugnar por reducir la verticalidad institucional (Hortal, 2002). Todo lo anterior sólo pueden ser concebido en un modelo de universidad que acepte que la lógica positiva es insuficiente y que necesita profesionales capaces de pensar desde una lógica compleja.

La ética que aquí se propone no puede consistir en un discurso intimista que intenta salvar la propia buena conciencia; se trata de un discurso público acerca de en qué consista ser un buen profesional, cuáles son los límites y derechos que hay que respetar, los compromisos que hay que asumir y los deberes que hay que cumplir (Hortal, 2002, p.20).

En esta propuesta la ética, antes que servir para imponer reglas, códigos, principios o valores, sirve para ejercitar un razonamiento práctico; que no sea la insistencia de pensar estrictamente desde la racionalidad positiva lo que haga perder practicidad en los razonamientos.

Si bien la ética compleja no asume imperativos morales categóricos, para la ÉGP los cuatro principios de la Bioética se convierten en máximas orientadoras, es decir, todo experto debe plantarse si con su ejercicio está orientado a buscar el bienestar, la justicia, la autonomía de las personas, o en todo caso, evitar hacer el mal a cualquier nivel. La relación con los principios se plantea en términos recursivos con las situaciones concretas de la práctica “

La fundamentación de las afirmaciones éticas y lo que ocurre con la ética cuando se la lleva a la práctica son las dos piedras de toque tanto de la ética pensada como de la moral vivida. Hay que permanecer abiertos a lo que sucede con los principios cuando se los aplica (Hortal, 2002, p.92).

Además de la postura intermedia entre el universalismo y el particularismo de la ÉGP, la ética compleja enfatiza, la necesidad del pensamiento estratega, capaz de confiar, pero también de prever, en la aceptación de la incertidumbre, de sus límites, en la disposición de aprender del caos, para aprovechar la capacidad

de autoorganización de los sistemas. Los principios son importantes porque permiten darle una dirección y un sentido a lo que se busca y se hace al ser un determinado profesional. Por ello, vale reconocer que pueden ser muy distintos en cada nueva situación, funcionar diferente en cuanto a su relación con otros principios y orientar en la medida que se está abierto a problematizarlos.

La ética profesional compleja es una impronta de diálogo para superar la extrañeza entre disciplinas, implica el ejercicio de ‘distinguir sin separar’ que facilitaría a cada profesional saberse en un lugar particular de las ciencias reconociendo un lenguaje común. Así mismo, estimula la comprensión y la responsabilidad.

2.3 El Sistema de Salud en México

Este capítulo realiza una breve descripción analítica del Sistema de Salud y su historia, partiendo de la afirmación de que, su constitución está ligada a los eventos políticos y sociales que vieron nacer al Estado nacional mexicano luego de la Revolución de 1910. Previo a este recorrido se hacen algunas precisiones, se explora la conceptualización de Sistema de Salud, algunos diferentes modelos, los componentes que los constituyen, sus principales características y diferencias, y se hace el intento de rescatar las influencias internacionales que forjaron el pensamiento en materia de salud pública, todo lo anterior con la intención de dar contexto al tema del Trabajo Social en el sector salud.

2.1.3 Bioética y Trabajo Social

Además de la multi y transdisciplina, la bioética y el Trabajo Social apuestan porque la reflexión ética se extienda más allá de la voz de los especialistas “esta nueva disciplina ha requerido la reflexión plural en esta sociedad democrática. Esto implica que todas las personas deben participar de los debates bioéticos. La bioética no sólo debe estar en manos de los expertos” (Reyes, 2007, pág. 19). También, que el ejercicio autocrítico y auto reflexivo sean constantes entre los profesionales, especialmente porque sus fundamentos y modelos representan guías de

orientación, no recetarios cuya formalidad deba convertirse en una camisa de fuerza.

Los acercamientos del Trabajo Social a la bioética, a pesar de que son latentes, aún son algo exiguas debido que las reflexiones profesionales se desarrollan en el plano normativo (deontológico) y pragmático (reglas puntuales), más que en el teleológico, que es donde se reflexiona acerca de los principios éticos de la disciplina. En resumen, abren reflexión sobre cuestiones muy particulares del ejercicio y no las sitúan de manera más global y en sintonía con las reflexiones de la bioética.

En México, la institución encargada de dirigir las políticas públicas en salud vinculadas a la disciplina de la bioética, fomentar su enseñanza y práctica en la atención de la salud, fomentar la creación de Comisiones Estatales de Bioética, establecer y difundir criterios para el desarrollo de las actividades de dichos Comités, entre otras actividades relacionadas, es la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA).

Esta institución existe en México como resultado de la evolución del primer Grupo de Estudio de la Bioética, creado por el Consejo de Salubridad General en 1989, durante el periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari. Que este grupo surgiera en el periodo del expresidente Salinas, parece contrastar con su proyecto político, el cual, enfatizaba en la responsabilidad individual del bienestar, por encima de las responsabilidades colectivas a cargo del Estado. A pesar de lo anterior, en 1992 este grupo de estudio se elevó al grado de Comisión. Para el año 2000, bajo la presidencia de Vicente Fox Quezada, se decretó su carácter permanente, en 2003 se promovió la iniciativa de creación de las Comisiones de Bioética de las Entidades Federativas, y en 2005 se constituyó como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, lo que le concede autonomía técnica y operativa.

La Comisión nutre su propio concepto teórico y operativo de bioética con la propuesta del principalísimo de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, (1979), sin embargo, reconoce que la propuesta del principalísimo debe ser adecuada a los diferentes contextos Latinoamericanos, por lo que rescata diversas reflexiones que

incluyen otros postulados, por ejemplo, la búsqueda de justicia y el ejercicio de la protección universal. Su definición de bioética es la siguiente:

Es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones (CONBIOÉTICA 2014).

Los debates relativos al derecho a la vida, a la salud y la dignidad de la persona humana, los avances científicos y tecnológicos, en especial aquellos que pudieran modificar la herencia y el destino del hombre, son temas de central interés para la Comisión. Su existencia es señal del gran sentido de responsabilidad con el que trabaja el sector salud en el país.

2.3.1 Salud pública y Sistema de Salud: conceptos modernos

De entrada, se afirma que la salud pública como los sistemas de salud, son elaboradas estructuras sociales modernas, en el sentido de que, su existencia no se distingue como tal en comunidades o civilizaciones previas al Estado moderno.

Si bien los procesos de salud, enfermedad y muerte han sido una preocupación humana desde la antigüedad, y en civilizaciones de todos los continentes se conoció del cuidado colectivo de la salud y del despliegue de sistemas de curación, su desarrollo se inscribe en visiones de la vida y de lo humano diferentes, fuera del marco de concepciones como Estado, ciudadanía y derecho. No se puede decir que los pueblos mesoamericanos, cuando desarrollaron sus sistemas médico-espirituales, o su conocimiento herbolario, lo hicieron pensando en que era una obligación pública garantizar el derecho a la salud. Estas nociones tienen su principal origen y expansión desde Europa, y como tal, se dilatan hacia los demás continentes, inicialmente, como parte de los procesos de sometimiento político, ideológico, económico, social y cultural emprendidos durante la colonia.

Concepciones como sistema de salud, salubridad o salud pública, están asociadas a una idea de responsabilidad Estatal, que inicia a ser apropiada de

manera incipiente por algunos monarcas absolutistas (como Isabel I de Inglaterra), pero toma forma principalmente después de la Revolución Francesa (1789-1799). Con el derrocamiento del Antiguo Régimen:

se expresa que todo ser humano tiene un conjunto de elementos naturales llamados derechos inalienables, lo que contribuirá de una manera definitiva a sentar bases sólidas para consolidar el concepto de derecho a la salud (Echeverri y Diez, 2015, p. 144).

La influencia del concepto de derecho natural, o sea, derecho que por naturaleza posee todo ser humano, proviene de la antigua Grecia con Aristóteles. Luego de que en el imperio Romano hubiera influido en la creación de sistemas de manejo del agua, acueductos, baños públicos, y demás ingeniería sanitaria, durante el periodo que reino el oscurantismo cristiano, este concepto no promovió el desarrollo de acciones para el cuidado público de la salud, dado que el objeto principal de cuidado, tanto individual como colectivo, debía ser 'espiritual'. El cuidado del otro se intermediaba por la noción de caridad. En un movimiento paradójico, la teología cristiana ofreció la salvación del alma como recompensa por el abandono de lo mundano, del propio cuerpo como objeto de las pasiones, del interés en cosas que no sean Dios y el más allá (Foucault, 1987). No fue sino hasta con la ilustración que resurgió la idea de la responsabilidad del ser humano sobre su propio destino, y del cuidado de sí con un sentido hacia el orden público. También se rescató de nuevo la idea del derecho natural y como consecuencia, de que lo público comprendía responsabilidades de cuidado colectivo (Echeverri y Diez, 2015). Este fue el germen para la transición del enfoque de la caridad al de derecho.

Si volvemos la mirada atrás, el derecho a la Salud surge al finalizar la Revolución francesa. En 1790, según afirma Doval, surge con la revolución francesa el nacimiento del concepto de salud como un derecho que debe ser asumido por el Estado (Herrera, 2016, p.2).

Particularmente, Fierros (2014), expone que la salud pública se remonta a los escenarios europeos con el ascenso de la burguesía, el nacimiento de las ciudades, y las cuestiones urbanas que llamaron la atención de los gobiernos, tales como el

manejo de basura y desechos humanos, la propagación de enfermedades infecto-contagiosas, la movilidad, el hacinamiento, entre otros. A estos procesos y a su atención se les fueron sumando los avances científicos-tecnológicos, y la consolidación de la ciencia médica que, impulsados por la ilustración, traían consigo la idea de mejorar la vida humana, a costa de administrar el control sobre el comportamiento individual:

Los años que preceden y siguen inmediatamente a la Revolución vieron nacer dos grandes mitos; el mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a manera del clero, e investida, a nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que éste ejerce sobre las almas; el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin trastornos y sin pasiones, devueltos a su salud de origen (Foucault, 2012, p.58).

Las cualidades de objetividad, progreso, racionalidad y orden que la ciencia y la práctica médica alcanzaban en ese momento con el desarrollo de sus métodos, eran bienes estimados por las ideas modernas, por lo que múltiples procesos de la vida, incluidos los de enfermedad y muerte, fueron investidos por la visión positiva, así como el proyecto social que surgió y se fue construyendo de a poco con la consolidación de los Estados modernos. Naturalmente, la transición a las ideas modernas no sucedió borrando de golpe las influencias del pensamiento religioso, estas coexistieron y se nutrieron mutuamente.

Así pues, consustancial a la transición de las ideas medievales a las ilustradas, la conformación de la vida urbana, la consolidación del Estado nacional moderno y su aparato administrativo, y el desarrollo de la ciencia médica, surgen concepciones como la de salud pública o sistema de salud.

Con la consolidación de algunos Estados-nación, las ideas que se habían formado respecto a la limpieza de las ciudades y los inventos para el cuidado y la prevención de enfermedades generaron el ambiente propicio para el nacimiento de la salubridad pública (Fierros, 2014, p.197).

Esta noción es básica en la consolidación de los sistemas de salud que, como puede observarse, fue mucho más amplio en sus inicios (Fierros, 2014), pues consideraba, además de la atención médica individual, la del medio ambiente, el manejo de los recursos naturales, las actividades productivas, la organización poblacional y territorial, entre los aspectos más destacados.

Progresivamente, el concepto se fue acotando y delimitando a la dicotomía salud-enfermedad, y se asentó que las medidas para abordarlos eran primordialmente médicas, luego entonces, las disposiciones administrativas y de política pública en materia de salud serían de orden médico. Todavía en el caso de México, durante el porfiriato bajo el concepto de la salud pública se orientaron acciones como el saneamiento de puertos y ciudades, y con los primeros gobiernos posrevolucionarios la vigilancia sanitaria de los centros industriales (Gómez-Dantés y Frenk, 2019).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (aprobada su creación por el Comité Internacional de las Naciones Unidas en 1945), define los Sistemas de Salud (SS) como una compleja estructura social constituida por:

[...] todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Se entiende por actividad o acción de salud todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo objetivo sea mejorar la salud (OMS, 2000, p. 13).

A su vez, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946 como se citó en Herrero, 2016, p.1). A pesar de que esta perspectiva contemporánea intenta rescatar un concepto de salud más amplio, se denuncia que hay poca compaginación entre los aspectos del ecosistema, los procesos productivos y los de la atención de la salud. Incluso, hay quienes sostienen que “aún sigue persistiendo la concepción moderna que visualiza el paradigma orgánico funcionalista del saber médico, que define la estructura corporal como una suma de procesos bioquímicos y fisiológicos” (Libreros, 2012, p.623).

La definición de la OMS, siguiendo la línea del derecho natural, es heredera de los preceptos de la Revolución Francesa y la Ilustración, así como también de las lecciones de la revolución industrial, de la Primera (1914-1918), y de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), representados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Dentro de los precedentes históricos en la formación de Sistemas de Salud, destacan tres modelos, estos son: el de Seguros Sociales (1883), propuesto por el Canciller Otto Von Bismark en Alemania, el implementado por William Bervedige en Reino Unido 'Servicio Nacional de Salud' (1944), y el de libre mercado o liberal desplegado por en Estados Unidos de América (Seguí, Toledo, Jiménez, 2013).

El modelo de Bismark se explica por el contexto de las demandas obreras durante la Segunda Revolución Industrial. En ese momento, se buscaba contener a las masas y sus principales exigencias en torno a las condiciones de trabajo en las fábricas. A partir de 1883 hasta 1889 se crearon y reformaron leyes "Sobre el Seguro de Enfermedad" (1883), "Sobre Accidentes de Trabajo" (1884), y "sobre Sistema obligatorio de Jubilación" (1889). Comenzó a desdoblarse por primera vez un sistema formal de protección a los trabajadores y sus familias. Empleador y empleado estaban sujetos a contrato, es decir, había una responsabilidad bilateral de realizar contribuciones proporcionales que, dada una situación necesaria, respaldaban al trabajador según el monto cotizado.

Por su parte, el modelo de Sistema de Seguros Sociales propuesto por Beveridge en el informe '*Social Insurance and Allied Service*' de 1942, tiene una tendencia más universalista en cuanto establece que, la seguridad social como derecho por ciudadanía es responsabilidad del Estado, centra el interés en los sectores más desfavorecidos, hay una unificación de riesgos, su financiamiento se sustenta de impuestos y cotizaciones, la protección deriva de la situación genérica de necesidad, y la administración es pública y unificada (Sánchez-Castañeda, 2012).

Un tercer modelo es el de libre mercado, representado por Estados Unidos de América EUA, en donde la atención de la salud, como la mayoría de los servicios, es un bien de consumo privado, existe oferta por parte de empresas y la adquisición de seguros o servicios de pago directo, a libre elección de los ciudadanos. Existe una mínima contribución Estatal a la asistencia y su función es más bien reguladora, beneficiando en buena parte a las empresas. A pesar de esto, esta nación tiene un gasto en salud proporcional de los países más desarrollados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Bizberag 2012), “lidera el ranking con 14.3% de gasto público en salud como porcentaje del PIB, siguen países como Alemania, Reino Unido, Italia y España con 9.5, 7.5, 6.5 y 6.2% respectivamente” (Murillo y De Jesús, 2020, p.37).

De acuerdo con Seguí, Toledo y Jiménez (2013), ningún país se rige bajo un modelo único, sino que, pueden inclinarse más a un tipo que a otro. De cualquier manera, todo Sistema de Salud (SS), funciona gracias a la organización de unos mínimos elementos como son: la financiación, la regulación, la cobertura y la planeación de la provisión y cartera de servicios.

Una propuesta de catalogación de los Sistemas de Salud que contempla la diversidad de criterios por los que se pueden clasificar, se describe en la tabla 3. Así pues, se puede observar que los sistemas de salud son una de las expresiones más acabadas de la planeación, ordenanza y racionalidad que se buscó dar a la vida en el proyecto de sociedad moderna, es un signo de progreso y civilidad. En el escenario Latinoamericano estas influencias tuvieron un peso muy significativo durante la colonia, la formación de las naciones independientes, y la de los organismos multilaterales. Como señala Cuento (2005), en toda América Latina hay una relación importante entre la salud pública y formalidad del aparato estatal.

Tabla 4: Clasificación de los Sistemas de Salud

1. Clasificación de los (SS) en función de los sistemas de protección social:	
a) Sistemas públicos	Es un derecho de la población acceder a la asistencia sanitaria. Hacen contribuciones por impuestos o cuotas obligatorias, no relacionadas con el riesgo individual.
b) Sistemas privados	Asistencia sanitaria como bien individual, contribuciones voluntarias y supeditadas al potencial uso.
2. Clasificación de los (SS) en función del tipo de producción y la demanda de servicios	
a) Sistemas de mercado	Los prestadores de servicios compiten por los usuarios, pero a la vez pueden rechazar brindarle atención a alguno.
b) Sistemas burocrático-administrativos	No existe competencia ni en la oferta ni en la demanda.
3. Clasificación de los (SS) en función de las relaciones y flujos económicos	
a. Pago directo	Las personas escogen a un proveedor y le pagan por servicio.
b. Seguro voluntario con reembolso	Las y los ciudadanos pagan voluntariamente un seguro. Cuando enferman, pagan de forma directa al proveedor, pero el asegurador después les reembolsa el importe. Generalmente no hay restricción de proveedor.
c) Seguro público con reembolso	Afin al anterior pero obligatorio y con aseguradores públicos.
d) Seguro voluntario con contratos	Los ciudadanos o las empresas para las que trabajan pagan voluntariamente un seguro. Los seguros contratan proveedores y los pacientes pueden escoger como proveedores a aquellos con los que la compañía ha establecido un contrato.
e) Seguro obligatorio con contratos	Similar al modelo anterior, pero los ciudadanos contribuyen por impuestos y/o cotizaciones sociales.
f) Seguro voluntario	Los ciudadanos o empresas contratan un seguro con una empresa. Ésta integra varios proveedores. Los pacientes pueden escoger proveedor, pero sólo entre los de la empresa.
g) Seguro integrado obligatorio	Los ciudadanos pagan mediante contribuciones específicas o impuestos generales. De nuevo hay integración con los proveedores, que reciben un presupuesto o un salario. No existe libertad de elección del asegurador y la de proveedor está limitada.

Elaborada con información de: (Seguí, Toledo, Jiménez, 2013, p. 422), 2021.

2.3.2 Organización del Sistema de Salud en México

De acuerdo con la propuesta de Seguí, Toledo y Jiménez (2013), puede justificarse la afirmación de que en México existe un modelo mixto de servicios de salud. Por

ejemplo, en cuanto al tipo de financiación la oferta es plural. Coexisten la oferta pública y privada en una amalgama de servicios de primero, segundo y tercer nivel. Aunque como señala García (2019), “También existe la medicina privada no lucrativa, que en los últimos años ha tenido un gran impulso por parte de los benefactores privados -empresarios y grupos sociales, así como agencias internacionales” (p.49), sin embargo, esta participación es menor.

Históricamente, ha destacado la oferta pública por sobre la privada. De acuerdo con datos del ‘Censo de Población y Vivienda 2020’, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, actualmente el 73.5% de la población nacional (n=126 014 04 habitantes), está afiliada a uno o más servicios de salud (INEGI, 2020, p.75). Aunque de este porcentaje, sólo el 2.8% pertenece a la oferta privada, hay numerosos señalamientos en torno a la sujeción del acceso a los servicios a criterios como la condición laboral o socioeconómica, altos gastos de bolsillo, la verticalidad del sistema, temas de calidad y poca coordinación entre los diversos subsistemas, entre los más sobresalientes (Gálvez, 2020).

Respecto a la cobertura, que implica la proporción de la población que tiene acceso al Sistema, las cifras del (INEGI, 2020), indican que aproximadamente un 61% de la población está integrada a los servicios del IMSS o ISSSTE (e ISSSTE Estatal), PEMEX, Defensa o Marina Nacional, el INSABI protege a un 35.5%, el 2.8% queda en manos de la oferta privada y 26% de la población está desprotegida (INEGI, 2020 p.76). Estas cifras pueden variar mínimamente en el documento ‘Presentación de resultados’ o ‘Resultados complementarios’ del ‘Censo de población y Vivienda 2020’ (INEGI, 2020), aquí se retoma el primer documento, por ser más claro y desagregados los datos.

La oferta pública se cubre a través de los servicios de la Secretaría de Salud, y los servicios de Seguridad Social, entre los que se encuentran los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios de Salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Servicios de Salud de Salud de la Secretaría de Marina (SEMAR). Los servicios de

la Secretaría de Salud comprenden a los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, los descentralizados Servicios Estatales de Salud (SES), y el recién creado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que sustituyó al Seguro Popular creado en 2003. Respecto a la oferta privada, que implica a todos los “individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la salud con bienes de propiedad particular” (García, 2019, p.48), van desde seguros de afiliación a instituciones que cubren servicios de segundo y tercer nivel, hasta consultorios de farmacia, y agrega Gómez (2011), que también prestadores de servicios de medicina alternativa.

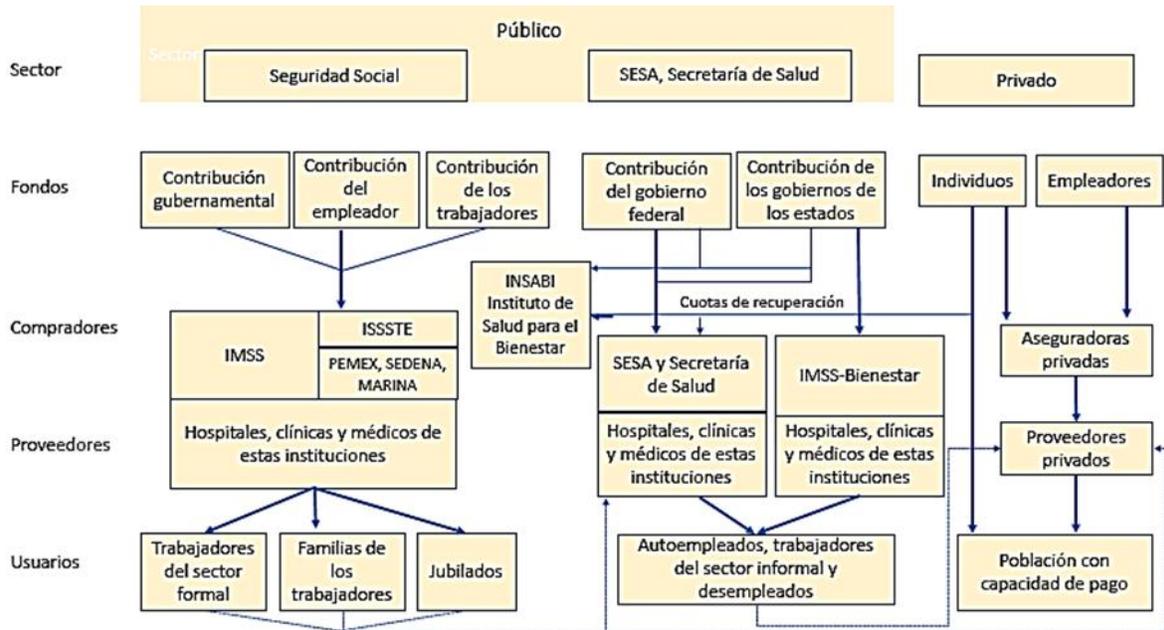
Respecto a la regulación, que implica la formulación, aplicación y vigilancia de normas para el sistema (Ronda, Aranza, Aibar, Álvarez, 2010), toda la oferta de servicios de salud en México está regulada por los criterios que establece la Secretaría de Salud “La coordinación de todo el Sistema está a cargo de la Secretaría de Salud” (Ley General de Salud, artículo 7). El Plan Nacional de Desarrollo y el Sectorial de Salud, orientan sexenalmente las pautas que adoptará dicha política.

Como derecho constitucional, es una garantía desde 1917, y desde 1983 su protección es una responsabilidad del Estado. Los principales instrumentos jurídicos en la materia son la Ley General de Salud, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Ley del Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud.

La definición de la Secretaría de Salud indica que el Sistema de Salud en México está constituido por:

las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Ley General de salud, 1984/2021).

Esquema 1: El Sistema Nacional de Salud mexicano



Fuente: (Gómez, et al, 2011, p. 221), reelaborado.

2.3.3 Cronología de las Políticas de Salud en México

Detrás de este panorama general, la historia de la actual conformación mixta del Sistema Nacional de Salud mexicano (SNS), acontece, tal como en el panorama internacional, ligada a la historia del Estado nacional mexicano, a la industrialización capitalista, y la conformación de un poder político capaz de administrar su poder sobre las clases sociales subalternas. Por tal razón, en este estudio, se retoma la idea de que su construcción inicia, lenta pero formalmente a partir de la promulgación de la Constitución de 1917.

Respecto a esto hay un debate con diversas posiciones, hay quienes afirman: “El sistema de salud moderno de México nació en 1943. Ese año se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el primero de los institutos nacionales de salud, y el Hospital Infantil de México” (Gómez, 2021, s/p). Esta es una afirmación sólidamente argumentada, empero, interesa rescatar los procesos políticos que se vinculan, desde unas décadas atrás, con el desarrollo de los sistemas de protección social.

Por su parte, hay quien defiende que, “hubo una legislación concerniente a la salud y asistencia públicas; y una práctica *defacto* que adquiere características propias de una política pública evidenciadas desde el Virreinato de la Nueva España” (Córdoba, 2019, p. 1). Esta aseveración es refutable toda vez que durante ese periodo y hasta la segunda mitad del siglo XIX, en la Colonia e inicios del México independiente, la atención pública de la salud, la salubridad y la asistencia social estuvo impregnada del espíritu de caridad, y no era una responsabilidad pública, sino un mecanismo de expiación de culpas “anteriormente los hospitales no eran instituciones médicas ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban bajo esquema de caridad” (Ruiz *et al*, 2017, p. 23). De igual manera, la inestabilidad y desorganización política y territorial del México hasta el siglo XX, dificultaron el proceso de consolidación de un sistema tan complejo como el de salud pública.

Considerar la Carta Magna de 1917 como punto de partida, obedece a que, esta primera Constitución del mundo con carácter social, es la expresión jurídica de los anhelos de justicia social que movilizaron la Revolución mexicana de 1910, marca un punto de inflexión importante para el capitalismo industrial en México, y es un factor clave para entender la dirección que tomó la creación de instituciones, la institucionalización de los procesos sociales, y la consolidación del poder Estatal.

Nuestro país, a partir de la Constitución de 1917, adoptó lo que se llama, políticamente hablando, Estado Social de Derecho, es decir, un estado en el que se establecen, respetan y defienden derechos públicos subjetivos, llamados entre nosotros “garantías individuales”, hoy derechos humanos, pero también se establecen, respetan y defienden derechos sociales de aquellos grupos que se consideran menos favorecidos (Gutiérrez, 2017, p.356).

De acuerdo con posturas que matizan el debate, “las prácticas médicas modernas, incluyendo la salud pública, se introdujeron en México durante la última década del siglo XIX y la primera del XX, y perduraron como formas culturales durante todo ese tiempo” (Fierros, 2014, p.195), se reconoce la importancia de algunos precedentes

que datan del periodo porfirista, por ejemplo, el Consejo Superior de Salubridad (1887), la creación del primer Código Sanitario (1891), la construcción del Hospital General en 1905, el Manicomio General de la Castañeda en 1910 y otros hospitales estatales, la obra de drenaje del Valle de México, las campañas de higiene, de vacunación, de control de la peste, la viruela y la fiebre amarilla, el control de alimentos, el saneamiento de puertos y ciudades, la pavimentación de calles y banquetas. Así mismo, el incipiente pero ilustrativo impulsó la investigación médica (Gudiño *et al.*, 2010).

Además de los graves problemas que azotaban a la población: enfermedades infecto-contagiosas, insalubridad, hambre, carencia de agua potable e inundaciones, entre otros, estos precedentes también se explican a la luz de la influencia europea sobre el pensamiento del General Porfirio Díaz “El proyecto modernizador porfiriano buscaba que la capital se convirtiera en una ciudad limpia, ordenada e higiénica, en donde las enfermedades epidémicas y no epidémicas estuviesen controladas” (Fierros, 2014, p. 198).

El Consejo Superior de Salubridad (1887), representó la centralización de las funciones de salud por parte del gobierno federal, que habían permanecido dispersas y delegadas durante los primeros años del México independiente a los Estados, y durante el Virreinato a los ayuntamientos y municipios. Aún que el Consejo había sido creado durante el segundo periodo de gobierno de Benito Juárez, gracias a las Leyes de Reforma y los Decretos que hacían responsable al Estado de la Beneficencia y los servicios de salud, su acción se acotaba al entonces Distrito Federal, y con el General Díaz adquiere carácter de responsabilidad federal, ingresa a los gastos del Presupuesto General de Egresos, y alcanza mayor consistencia. Aunque sus acciones repercutieron principalmente en la Ciudad de México, tuvo injerencia en todas las entidades dictando medidas de acción en contra de las epidemias, la higiene de alimentos, el agua, los lugares públicos y el manejo de desechos. Su reglamento fue adelantado a la época, promovió el intercambio internacional de información clínica, las acciones de vacunación contra la viruela y la generación de estadísticas epidemiológicas (Brena, 2015).

Así mismo, fue un catalizador en la creación del Código Sanitario de 1891, antecesor de la actual Ley General de Salud (1983). Para su creación se venían haciendo estudios y análisis de los Códigos de otros países, y su consolidación fue muy anhelada (Brena, 2015). Este Código fue la primera legislación en materia de salud en el país, le dio más margen de acción al Consejo, y se planteó como objetivo “conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana” (Ruiz, et al, 2017, p. 30). Sin embargo, las operaciones que ordenaba resultan inquietantes a la luz de la esclavitud que imperaba en la época, por ejemplo, “Evitar que las fábricas e industrias que dan trabajo a unos y comodidad a otros, se conviertan en ocasiones de peligro, de insalubridad o de molestia” (Ruiz, et al, 2017, p.31).

Al respecto, hay quien incluso afirma que “en términos generales las tareas del Consejo eran solo un listado de buenas intenciones” (Fierros, 2014, p.197). Con todo, la importancia del Código y del Consejo son notables, por ejemplo, en el combate a la peste bubónica del puerto de Mazatlán de 1903, y la fiebre amarilla:

En 1881, Carlos J. Finlay, en la Habana, describía el papel del *aedes aegypti* como vector de la fiebre amarilla [...] El descubrimiento del vector permitió la realización de campañas de erradicación encaminadas a eliminar los depósitos de aguas estancadas y al empleo de mosquitos, promovidas y llevadas a cabo por Eduardo Liceaga desde el Consejo Superior de Salubridad, lográndose para 1913 la erradicación de la enfermedad de las costas mexicanas (Ruiz, et al, 2017, p. 32)

Como puede observarse, estas campañas estuvieron desarrolladas sobre la base de conocimientos científicos, y por esa razón, a consideración de Gómez-Dantés y Frenk (2019), son importantes para la historia de la salud pública del país. En este ámbito, para 1888 se fundaron el Instituto Antirrábico, que inició la fabricación de vacunas para su aplicación en el país, y el Instituto Médico Nacional, cuyas investigaciones en plantas medicinales nacionales fueron aprovechadas por la industria farmacéutica. En 1900 se fundó el Instituto Patológico Nacional, que

abrió líneas de investigación sobre enfermedades como el tifo, la tuberculosis y la lepra, principalmente porque eran un problema nacional (Ruiz, *et al*, 2017).

Lo mismo la gran obra de desagüe del Valle de México, símbolo del avance de la ingeniería y la tendencia que buscó “introducir a la población en la corriente higienista para lograr erradicar la mortandad y enfermedades de clase pobre; y así mismo ser comparados con las grandes ciudades civilizadas de Europa (Ruiz, *et al*, 2017, p. 61). Esta obra, precedida por la estrategia de pavimentación de calles y banquetas en la Ciudad, urgía en respuesta a las inundaciones que resultaban periódicamente por las lluvias y la posición de la Ciudad, cimentada sobre cinco antiguos lagos; los de Chalco y Xochimilco al sur, los de Zumpango y Xaltocan al norte, y el de Texcoco al centro que, por su posición superior a la de Ciudad, favorecía las inundaciones.

Las afecciones no se acotaban al suelo lodoso, la movilidad o la mala apariencia. Afectaban el comercio, contaminaban el agua potable, se propagaban las aguas negras, los malos olores, las enfermedades y los desechos (Brena, 2015; González, 1995). Durante 25 años que el gobierno tuvo claro el problema optó por la pavimentación para subir el nivel de unas u otras calles, drenar eventualmente algún sitio o sólo ignorarlo, lo que elevó el tono de las críticas periodísticas como esta cita del periódico ‘El Tiempo’, de julio de 1886 “¿Es la Ciudad de México un puerto de Mar? Por lo menos muchas calles se han vuelto navegables... Mas que coches para transitar hoy en la capital, se necesitan canoas” (como se citó en González, 1995, p. 507).

Cuando el proyecto del Canal se presentó, se buscó financiarlo de diversas maneras, porque no se encontraba la manera de cubrir el presupuesto, pero finalmente se inauguró en 1900 con tres propósitos principales:

Primero, impedir las inundaciones; segundo, recibir las aguas sucias, los residuos de la ciudad de México, y conducirlos fuera del Valle; y tercero, gobernar las aguas de este mismo Valle, y sacar fuera de él, cuando sea necesario, las que puedan perjudicar. Las obras constan de tres partes principales: un Canal, un Tunel y un Tajo de desemboque (Memoria

histórica, técnica y administrativa de las obras de desagüe del Valle de México, 1902, p. VII).

Porfirio Díaz se expresó de esta monumental obra de la siguiente manera:

una de las tareas más grandiosas que el hombre moderno ha podido llevar a cabo, pues parecía desafiar a la ciencia con sus oscuros problemas y al poder público con sus enormes presupuestos [...] Esta obra grandiosa, gloria de nuestra generación y llevada a cabo en circunstancias críticas, es fruto de la paz y monumento que conmemorara el periodo evolutivo durante el cual el pueblo mexicano, depositando las armas y olvidando añejos recortes políticos, se consagró al trabajo pacífico, y en el que, tomado por base del orden, pudo alcanzar el progreso (Memoria histórica, técnica y administrativa de las obras de desagüe del Valle de México, 1902, p. XIII).

Naturalmente, aún hubo algunas inundaciones después, pero la reducción de decesos a causa de las epidemias fue loable. Por su parte, la construcción del Hospital General de México (HGM), que también apuntó a la innovación de la ciencia médica, y denotaba la intención de cambio en el discurso de caridad al de atención pública de la salud:

La edificación del HGM expresa la definitiva secularización y medicalización de las instituciones hospitalarias, anticipa la labor asistencial del Estado y moderniza la medicina clínica mexicana aprovechando la capacitación de un notable grupo de médicos mexicanos en los mejores centros clínicos europeos [...] El día de su inauguración, el doctor Eduardo Liceaga señaló “Señores, no vais a recibir un edificio, sino una institución” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 203).

Finalmente, en 1908 se le otorgaron al Congreso de la Unión, las facultades para formular leyes en materia sanitaria en todo el país (Contonieto, 2020). A consideración de Gómez-Dantés y Frenk (2019), estos “logros todavía porfirianos sentaron las bases para que luego de la Revolución se entendiera a la salud como un área estratégica para la seguridad y el bienestar del país y, por lo tanto, como

objeto de una amplia intervención estatal” (p. 203). Incluso, señalan que, durante 1910 y 1920, la baja de 2.1 millones de habitantes se explica en buena medida por el hambre, epidemias, enfermedades y desabasto de agua potable, y por tal razón, hubo gran interés en este ámbito por parte de los gobiernos de la revolución.

En reacción a esto, durante el movimiento armado surgieron los servicios de las Cruces, además de la roja que existía desde 1909, surgieron la Cruz blanca, azul y verde, y los servicios itinerantes en vagones de tren y ferrocarril. Aunque su importancia fue notable “no tuvieron una participación activa en el diseño de estrategias para recomponer los servicios de salud y garantizar a la población un proyecto sanitario convincente y, sobre todo, de alcance nacional” (Gudiño y Aguilar, 2010, p. 67). También, entre 1915 y 1916 la tifoidea atacó en la Ciudad de México, mientras en 1918 hubo un brote de influenza o fiebre española en la frontera con Estados Unidos. Para combatirlas se organizaron juntas de sanidad, las cuales establecieron medidas como no fumar o escupir en espacios públicos (Gudiño y Aguilar, 2010).

Estos precedentes, y el hecho de que, luego de la revolución armada, los anhelos de justicia social dieran entrada a las masas a la vida política del país, van a explicar el rumbo que tomó la conformación de los sistemas de protección social y de salud en el país. Como indican Aboites y Loyo (2010):

Las masas descubrieron que su movilización y organización podían influir en la manera de conducir el país [...] que sus demandas, ya fuera de tierras, aguas, salarios más altos, derecho a la huelga y a la contratación colectiva, viviendas, educación, salud o participación política, no sólo eran legítimas, sino que podían imponerse (p. 595).

En la opinión de Castañeda (2017), la atención a la salud es un derecho que el pueblo mexicano ganó con sangre, y aunque esto es cierto en buena medida, también sucedió que, al igual que la educación, el reparto de tierras y demás servicios sociales, fue un mecanismo de los gobiernos posrevolucionarios para acercarse a la población, hacerla cómplice del funcionamiento institucional, transmitir unos determinados ideales, e incorporarla en su lugar dentro de la

estructura social. A través de estos, se conformó una manera de vínculo entre la clase política y población, se consolidó la hegemonía del partido oficial en el poder, la supremacía del Estado y la ideología nacionalista.

Una vez superado el conflicto armado, bajo la dirección del general Venustiano Carranza, los constituyentes sugirieron la necesidad de contar con información actualizada de la situación sanitaria del país. Personajes como el ingeniero Alberto J. Pani, elaboraron algunos informes e hicieron propuestas definitorias. También destaca la influencia del general y médico José María Rodríguez, quien fuera presidente del Consejo de Salubridad (1914-1917) y jefe del Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1917-1920). Ambos veían conveniente federalizar los servicios de salud. Rodríguez, igual que el influyente doctor Eduardo Liceaga, pensaba que las autoridades sanitarias debían tener autonomía de decisión para poder curar al país de 'su lastimosa manera de vivir'. Su visión apuntaba a establecer una 'dictadura sanitaria', noción que se usaba "para traducir iniciativas de salubridad pública manejadas a nivel internacional que propugnaban la concentración de las políticas sanitarias en órganos rectores a nivel nacional que, además, debían seguir lineamientos internacionales" (Aréchiga, 2007, p.54). Fue, además, de los pensadores que apuntó a la civilización de los pobres, a la erradicación de sus hábitos, que por malos y antihigiénicos, frenaban el progreso del país.

Esta propuesta, como representante del gobierno federal, se ajustaba al discurso nacionalista que anhelaba un México civilizado y que encontró en el campo de la salud pública, una posibilidad para reforzarla presencia del naciente grupo revolucionario en el poder, como promotor de la reconstrucción nacional (Gudiño y Aguilar, 2010, p. 71).

Él impulsó en el Congreso Constituyente de 1917, con la aceptación de casi los 16 miembros parte, la creación del Departamento de Salubridad. Este y el Consejo de Salubridad General (CSG), serían los dos órganos cardinales en materia de salud reconocidos en la Constitución; uno para dictar disposiciones sanitarias para el país con prontitud, en caso de situaciones de emergencia, y el Departamento para crear

legislación, vigilar la sanidad de puertos, ciudades y fronteras, alimentos, bebidas y drogas, preparación de vacunas y sueros, establecimiento de medidas contra enfermedades, el programa contra el alcoholismo y la organización de congresos sanitarios (Gómez-Dantés y Frenk, 2019; Gudiño y Aguilar, 2010).

En palabras de Reyes (2003), “el Consejo asumió funciones y el Departamento se hizo cargo de las actividades ejecutivas” (p. 45). El Consejo estaba a cargo directamente del presidente de la República por disposición del artículo 73 fracción XVI de la Constitución, mientras el Departamento estaba a cargo del Ejecutivo, pero a discreción de sus sanciones. Incluso, la importancia del Departamento fue tal, que, durante el mandato de Plutarco Elías Calles, se le mandó a construir un gran edificio sobre Paseo de la Reforma “Esta monumental construcción fue una muestra de la dimensión con que los gobiernos posrevolucionarios vislumbraron su obra sanitaria” (Gudiño y Aguilar, 2010, p. 96).

También toma relevancia el artículo 123 de la Constitución Política, pues establece las bases del derecho a la seguridad social y a la salud para la clase trabajadora.

Fue así, que los conceptos de salubridad, higiene y salud se incrustaron en la Constitución de 1917 enfocados en el bienestar de los trabajadores, prueba de ello [...] orientó el concepto de salubridad hacia las condiciones sanitarias idóneas para el desarrollo del trabajo [...] enfocó el concepto de salud hacia la persona (trabajador) de manera que la organización del trabajo resultase en lo mejor para la salud y la vida de ésta, lo que implica un estado de completo bienestar físico, mental y social (Gutiérrez, 2017, p. 356).

Las primeras acciones del gobierno del General Álvaro Obregón (1920-1924), en materia de salud, similares a las implementadas en el ámbito de la educación, fueron campañas lanzadas a las comunidades rurales. En ese momento, el Departamento de Salubridad quedaba en manos del doctor Gabriel Malda, quien negoció en 1920 con la Fundación Rockefeller (FR), un acuerdo para erradicar la fiebre amarilla del territorio nacional. Para tal propósito se creó una ‘Comisión Especial’ con la participación obligada del gobierno federal, el Departamento de Salubridad Pública, y el personal de la Fundación. Movilizados por el territorio,

realizaban visitas domiciliarias, capacitación a nuevo personal sanitario, daban charlas informativas a las poblaciones, intentaban cambiar sus hábitos y realizaban intervenciones en sus hogares.

Esta campaña recibió financiación hasta 1926, sin embargo, la Fundación se quedó en México en una serie de campañas contra la uncinariasis de 1924 a 1927. También, y además de participar en la creación y ejercicio de las Unidades Sanitarias (1928-1939 aprox.), ofreció becas a médicos mexicanos en el periodo de 1921 a 1943, para que se instruyeran en Estados Unidos en las Universidades de Harvard y de Johns Hopkins. Durante ese periodo el doctor Bernardo J. Gatellum sucedió a Malda en el Departamento de Salubridad (1925-1929), después el Dr. Aquilino Villanueva (1928-1930), el Dr. Rafael Silva (1930-1932), Dr. Gastón Melo (1932-1933), Dr. Manuel Madrazo (1933-1934), Dr. Abraham Ayala (1934-1935), Dr. Leónidas Almazán (1939) y el Dr. José Siurob (de 1935 a 1938 y nuevamente de 1939 a 1940) (Gudiño y Aguilar, 2010).

Por su parte, las colaboraciones de la FR fueron sumamente significativas en varios sentidos. Baste decir que la Fundación llevaba diez años insistiendo al gobierno mexicano para que le permitiera desplegar campañas de educación y salud pública, pero este se había negado. Aunque manifestaba no tener intereses lucrativos, los estudios revelan que “el interés filantrópico rockefelleriano en México va de la mano con los intereses expansionistas de Estados Unidos y de la misma familia Rockefeller” (Solórzano, 1996, p.174). Por ejemplo, las campañas contra la uncinariasis estaban situadas muchas veces en territorios en donde la Fundación tenía negocios mineros o ferroviarios, o en donde había un clima de inestabilidad política contra el gobierno de Obregón. No es que la Fundación interviniera directamente en los asuntos políticos del país, sino que encontró, a través de la intervención en el área de la salud pública, un espacio desde el cual ejercer influencia desde un terreno ‘neutral’ (Solórzano, 1996).

La infección gastrointestinal llamada uncinariasis era mínimamente mortífera, de fácil tratamiento y prevención, y, sin

embargo, la intensa y extensa campaña en contra de esta enfermedad fue imitada en diversos países de Asia, Suramérica y el Caribe durante quince años, luego de haber sido ensayada en el sur de Estados Unidos. En México, en realidad, se acopló al ambiente político del momento:

el llamado "germen de la pereza" se clasificó como un impedimento para la productividad en las regiones semitropicales y tropicales, y se pensaba que su erradicación prepararía el terreno hacia la industrialización [...] La llegada de la FR, precisamente al disiparse los violentos años de la Revolución Mexicana (1910-1920), coincidió con las exigencias de mejoras sociales por parte de amplios sectores de la población, y la campaña contra la uncinariasis se transformó en una expresión de fervor revolucionario (Birn, 2008, p.258)

El gobierno mexicano toleró esta intervención en buena medida porque les permitió "adjudicarse el mérito de la respuesta del Estado revolucionario a las demandas de la población rural" (Birn, 2008, p. 277). Durante la gestión de Plutarco Elías Calles (1924-1928) y su influencia durante el Maximato (1928-1934), esta relación con la Fundación continuó más o menos igual.

A través del Programa de Becas para médicos mexicanos, la FR condicionó al gobierno mexicano a dar cargos directivos a sus becarios en el DS, lo que significó introducir la perspectiva y el modelo norteamericano de la salud pública en las instituciones del país, que además de segregacionista y racista, "fue capaz de influir el sistema de salud mexicano y conformar la profesión médica a partir de 1920" (Solórzano, 1996, p.173), con lo que la hegemonía de Estados Unidos se sobrepuso sobre México ahora en ese ámbito.

En la Ciudad de México, convertida en Distrito Federal por medio de la Ley orgánica del Distrito Federal y los Territorios Federales de 1929, se produjo y recibió material fílmico de esta misma fundación, así como de la Ford "Esos documentales tenían propósitos educativos, cívicos y moralistas, así como de difusión de métodos para combatir plagas, epidemias y enfermedades. Se exhibían en plazas públicas,

escuelas, centros para analfabetos, cárceles” (Aboites y Loyo, 2010, p. 615). Mas que educativas, las estrategias de higienización eran propagandísticas.

la educación y la propaganda higiénica cobraron importancia central en las estrategias seguidas por el nuevo Estado mexicano para sacar a las grandes mayorías de su atraso y hacer de México una nación moderna, civilizada e higiénica [...] Dentro del nuevo régimen emergido de la Revolución fue tal la importancia que se le dio a la denominada “educación higiénica” que tanto el Departamento de Salubridad como la Secretaría de Educación Pública crearon áreas especializadas en educación y Propaganda en materia de higiene cuyas funciones se entreveraban con relativa facilidad (Aréchiga, 2007, p. 57-73).

A cargo la oficina de ‘Acción Educativa, de Reforma, Recreativa y Social’ del D. F se buscó “ordenar a la capital mediante la coordinación de dos acciones que se relacionaban entre sí: sanear el medio ambiente en que habitaban las clases populares y la moralización de esta” (Ugalde, 2017, p. 43). Y, justamente, dada la creciente demanda poblacional (a finales de 1920 la población de la Ciudad de México rebasó el millón de habitantes), la importante participación del gremio médico en la política mexicana, la influencia del modelo médico estadounidense y la necesidad de personal para higienizar a las masas, en 1922 se inauguró la ‘Escuela de Salubridad’ (ES).

Su arranque, sin embargo, pronto se vio sacudido por la perspectiva de la medicina social, que señalaba la falta de atención a los factores políticos, sociales y culturales de las enfermedades, pugnaba por una visión más integral, menos prejuiciosa e indiferente de la práctica médica y la salud pública (Guidiño, Magaña y Hernández, 2013). Esta perspectiva estimuló la propuesta, desplegada por los antropólogos Gonzalo Aguirre Beltrán y José de Mendizábal, y los médicos Jesús Díaz Barriga Enrique Arreguín y Miguel Bustamante, de promover el servicio social y las prácticas de campo entre los estudiantes de las Universidades. Esta propuesta resonó en el Primer Congreso de Higiene Rural que se celebró del 3 al 12 de noviembre de 1935 en Morelia, Michoacán, y se oficializó en 1936 con un convenio

entre el Departamento de Salubridad y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. Sin embargo, las prácticas y el servicio voluntario habían comenzado a funcionar desde 1932, las primeras también con apoyo de la FR en Cuernavaca, Xochimilco y Veracruz (Gudiño y Aguilar, 2010; Gudiño, Magaña y Hernández, 2013).

Respecto a la Escuela de Salubridad, interesa señalar que, su plan de estudios “promovió desde inicios de los años veinte la movilización de enfermeras visitadoras y reforzó la práctica en comunidad con materias como educación higiénica y trabajo social” (Gudiño, Magaña y Hernández, 2013, p.90) Hacia finales de 1930, la escuela cambió de sede y de nombre por Escuela de Salubridad e Higiene.

También en 1925, se emitió el Reglamento de Salubridad pública y se formó el ‘Departamento de Psicopedagogía e Higiene’, un año después se expidió el Código Sanitario que normalizaba las ‘Delegaciones federales de salubridad’ en los estados de la república, cuyo propósito fue extender los servicios a las entidades federativas, y tomaron la función de generar estadísticas básicas, organizar de campañas contra enfermedades infecciosas y vigilar de las leyes sanitarias (Gómez-Dantés y Frenk, 2019). Con una relación importante, se expidió en 1931 la primera Ley Federal del Trabajo que “regulaba todo lo relativo a los derechos laborales individuales, colectivos, administrativos y procesales” (Cotonieto, 2020, p.745), y se echó mano de las Misiones Culturales.

Para 1928 se pilotearon en Veracruz, y luego a se extendieron otras entidades las ‘Unidades Sanitarias Cooperativas’, también con financiación de la Fundación Rockefeller

Estas unidades eran responsables de las estadísticas vitales y de salud, el control de enfermedades infecciosas, la capacitación de parteras y el desarrollo de actividades de saneamiento, potabilización del agua, control sanitario de la leche e higiene escolar, materna e infantil. En 1931 dieron lugar al Servicio de Higiene Rural del DSP (Gómez y Frenk, 2019, p. 204).

En 1929 hubo una intensa campaña contra el antialcoholismo, la cual, igual que las campañas de vacunación, la mayoría de leyes y disposiciones, encontraron fuertes retos y resistencias entre a población. Aréchiga (2007), retoma de Agostini que:

para aplicar pruebas de susceptibilidad o inmunidad en la población infantil a la difteria y la escarlatina, existía una frontera muy tenue entre la persuasión y la coerción en las campañas de salud pública, despertando a menudo la desconfianza y la resistencia de la ciudadanía [...] las denominadas “campaña antialcohólica” y “campaña antivenérea”, entre otras iniciativas, en las que con frecuencia operaron los prejuicios raciales y la discriminación de clase escudándose en argumentos científicos para perseguir y controlar los denominados “males sociales” (Aréchiga, 2007, p. 67).

Para 1934, cuando el general Lázaro Cárdenas del Río tomó la presidencia de la República, se pensó que sería una extensión del mandato de Calles, lo que significaría nulos cambios en las políticas sociales. Sin embargo, en la primera etapa de su gobierno dio un vuelco político que le ayudó a consolidar su poder por vía institucional, y a avanzar a una segunda etapa, en donde tuvieron lugar la reforma agraria, la expropiación petrolera, la nacionalización de los ferrocarriles y un fuerte impulso a los servicios sociales (Carrillo, 2005). Su gobierno, más libre de los gastos del ejército, y con menos presión internacional, se enfocó en redistribuir el presupuesto en gastos sociales y sentar las bases del capitalismo industrial. Durante el cardenismo la política de salud formó parte de una política integral de abastecimiento de servicios, estuvo vinculada al reparto de tierras, a la promoción de ejidos y formas colectivas de organización, a las políticas de trabajo, mantuvo y reforzó el vínculo con las políticas educativas, promovió la responsabilidad del sector empresarial y la corresponsabilidad entre los gobiernos municipales, estatales, el federal, los diversos sectores sociales y dependencias de gobierno, además de que se crearon muchas nuevas. A finales de 1934, el DSP inició en los estados de Coahuila y Nuevo León el pilotaje de los servicios rurales cooperativos, con un enfoque médico social.

Para sostenerlo, los colonos cooperaron mensualmente con 50 centavos por hectárea, y en 1935 —año en que se constituyó la Unión de Cooperativas del Sistema de Riego núm. 4—, con 1,50 pesos por igual superficie. Al sistema médico-social tenían derecho los colonos, sus familiares en primer grado y un peón por cada 15 hectáreas de tierra (Carrillo, 2005, p.154).

Su Plan Sexenal de desarrollo se dispuso y cumplió aumentar a 5.5% el presupuesto en salud, y en efecto, su gobierno destinó, más de lo que ha hecho otro, a salubridad y asistencia social (Gómez-Dantés y Frenk, 2019). También se determinó a proveer de agua y sistemas de desagüe a las comunidades, reducir las enfermedades, la mortalidad infantil y prestarle atención a la alimentación y vivienda popular (Carrillo, 2005). A cargo del Departamento estuvo José Siurob, (quien fue sucedido un año en 1838 por Leónides Almazán), Siurob había sido miembro del Congreso Constituyente de 1917. Prontamente, al tomar su cargo, se crearon las Oficinas Generales de Campaña contra el Paludismo, de enfermeras visitadoras y trabajadoras sociales (p.152), se expidió la Ley de Cooperación de Servicios Coordinados de la República (1934), con la que se obligó a las entidades a firmar acuerdos cooperativos con el gobierno federal, se formuló un proyecto de ley para la creación de la Unidad Sanitaria Ejidal de la República Mexicana, cuyo principal objetivo era que el Banco Nacional de Crédito Agrario y los gobiernos estatales cooperaran con el Departamento Agrario, el de Salubridad Pública y los ejidatarios en todo lo concerniente a las Unidades Sanitarias, ya independientes de la FR. En 1936 creó el Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas, en 1937 la Oficina de Higiene Rural y Medicina Social y la Ley de cooperativas, en 1838 la Oficina de Higiene Industrial, para obligar a los empresarios a someterse a inspecciones, y mantener condiciones dignas y salubres para los obreros.

Resulta significativo que una semana antes de la expropiación de los ferrocarriles, un inspector de la Oficina General de Ingeniería Sanitaria del DSP practicara visitas de inspección a diversos campamentos, y denunciara que sus condiciones sanitarias eran Desastrosas (Carrillo, 205, p.170).

También se crearon la Secretaría de Asistencia Pública (1937), (que incorporó al reciente el Departamento de Asistencia Social Infantil), y separó las acciones de asistencia de las sanitarias, que continuaron a cargo del Departamento de Salubridad, y la carrera de Medicina Rural en el propio Instituto Politécnico Nacional creado en 1936. Además, el gobierno hecho mano de la Escuela de Salubridad, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y el Instituto de Higiene, entre otros.

Cuando se repartían tierras ejidales, lo mismo que se les proveía de créditos, infraestructura y servicios educativos, se organizaban los servicios sanitarios para las comunidades, así sucedió en todos los estados de la república, ya fueran Unidades Sanitarias Cooperativas, centros de higiene (Sonora y Yucatán), o brigadas (Yucatán). Al cierre de su gobierno hubo un repliegue importante de las acciones reformistas, y en su lugar apoyó a Ávila Camacho para contener a los grupos empresariales y los intereses imperialistas extranjeros (Carrillo, 2005).

Los presidentes subsecuentes no continuaron con el proyecto Cardenista, ni con fervor ni al cobijo de los ideales de este. Sin embargo, hubo avances importantes en materia de Seguridad Social y Salud Pública. El primer año de gestión de Ávila Camacho, fue creada la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, a cargo de Ignacio García Téllez, para 1943 se publicó la Ley del Seguro Social, y se concretaba el proyecto que Ignacio García Téllez había presentado en 1935: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS, como organismo público descentralizado, cubrió los servicios de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada, con contribuciones tripartitas (Estado, empleadores y trabajadores).

Ese mismo año se fusionaron el emblemático Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública (SAP), dando lugar a la de Salubridad y Asistencia (SSA), bajo la dirección del doctor Gustavo Baz. Por último, este concurrido año se inauguró el Hospital Infantil de México. Este hospital fue pensado como un espacio para la atención, la enseñanza y la investigación pediátricas, y es

un precedente de los actuales Institutos Nacionales de Salud (Gudiño y Aguilar, 2010). En 1944 se abrió el Instituto Nacional de Cardiología y se creó la 'Sociedad Mexicana de Higiene', que cambió a 'Sociedad Mexicana de Salud Pública' en 1962. Por último, en 1946 nació el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

El establecimiento de la SSA, el IMSS y los tres primeros institutos nacionales de salud representó la culminación de la primera generación de reformas de salud que implantó los cimientos de nuestro sistema. Su objetivo era contribuir al progreso del país. El IMSS apuntaló el desarrollo industrial a través de la atención prioritaria de los trabajadores del sector formal privado de la economía. La SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana, productores de alimentos y generadores de materias primas esenciales (Gómez y Frenk, 2019, p.206).

Aún con estos avances, al finalizar este periodo presidencial en 1946, solo existían dos clínicas del Seguro Social (Carrillo, 2005). En general, el crecimiento del Instituto fue lento, incluso, durante el gobierno de Díaz Ordaz, el presupuesto en salud se redujo a 3.8%. Hasta principios de 1960, el Instituto tuvo un impulso, entonces ya contaba con más de trescientas unidades y cubría aproximadamente al 17% de la población (Gómez y Frenk, 2019). Por su parte, las acciones de los gobiernos subsecuentes se orientaron por la idea de que, al terminar el país de convertirse en una nación industrializada de primera, todas las personas estarían integradas a los servicios de seguridad social.

Con Adolfo López Mateos (1958-1964), las reformas al artículo 123 Constitucional permitieron que la nueva Ley de Pensiones (1947) (con antecedentes en 1925), fundamentara la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuya función fue cubrir a los trabajadores y sus familiares con servicios de seguridad social que incluían asistencia a la salud, prestaciones sociales, culturales y económicas, superiores a las del IMSS. Su crecimiento en esas décadas fue vertiginoso, igual que los servicios de la SSA (en 1964 creó cerca de 1400 unidades), esto generó mayor demanda y comenzó a

presentarle oportunidad a la oferta pública, además de que el perfil de salud poblacional cambiaba de las enfermedades infecto contagiosas, hacia un repunte de las enfermedades no transmisibles (Gómez y Frenk, 2019).

En 1973 se reformó la Ley del Seguro Social a modo de que se permitiera la afiliación voluntaria, y se instituyó el servicio de guardería. En 1976 nació el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, para Petróleos Mexicanos (PEMEX) (Cotonieto, 2020). Con el boom petrolero, en 1977 se financió la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), “lo que dio origen al Programa IMSS-Coplamar, que se rebautizó como IMSS-Solidaridad en 1989, IMSS-Oportunidades en 2002, e IMSS-Prospera en 2014” (Gómez y Frenk, 2019, p.208).

Sin embargo, en el centro de la discusión sobre los servicios de salud, aún se debatía cuál sería la mejor manera de integrar a la población no derechohabiente a un sistema universal de salud.

desde sus orígenes, el sistema de salud del país estuvo marcado por un cisma: entre aquéllos que tenían derechos en salud legalmente definidos por la Ley del Seguro Social, a los que se llamó derechohabientes, y los sujetos de la acción asistencial del Estado, que contaban con derechos poco precisos, a los que se denominó población abierta o derecho carecientes (Gómez y Frenk, 2019, p. 206).

En el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), esto dio origen a la ‘Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República’ (1982), con la finalidad de que se hicieran propuestas concretas con base a una evaluación nacional, una de las cuales fue reformar el artículo 4 de la Constitución Mexicana, para que la protección a salud quedará asentada como un derecho, no sólo laboral, sino ciudadano.

También, en 1984 se promulgó la Ley General de Salud, que sustituyó y reordenó al antiguo código sanitario, con esta acción se constituyó el Sistema Nacional de Salud, se cambió de nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

por el de Secretaría de Salud (SSa), y dio inicio la primera fase de la descentralización de los servicios de salud a los estados, que dio origen a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Así, de 1982 a 1984 “podríamos llamar segunda generación de reformas de salud” (Gómez y Frenk, 2019, p. 207). En esos años, también tuvo lugar la creación, del Instituto Nacional de Salud Pública (1987), fusión de la Escuela de Salud Pública y el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas.

Desde esta etapa y durante los años noventa, inician a surtir efecto la crisis petrolera y la deuda externa, y la salud pública entra en una fase contradictoria entre el favorecimiento al sector privado y las acciones de responsabilidad estatal. La propia modificación a la Constitución de 1982, que reconoce la obligación del Estado a proteger la salud, también da reconocimiento al sector privado, y el proceso de descentralización, pensado con los objetivos de:

- 1) acercar la toma de decisiones a donde se generan los problemas, dado que allí existe una mejor comprensión de las necesidades locales y una capacidad de respuesta más inmediata; 2) racionalizar la oferta de servicios eliminando duplicaciones innecesarias; 3) impulsar la responsabilidad estatal en el financiamiento de la atención a la salud; 4) fortalecer la participación de los actores y comunidades locales en la atención de la salud, y 5) fortalecer la capacidad rectora de la Secretaría de Salud federal al liberarla de funciones operativas (Gómez, 2021b, s/p).

Estaba influido por el modelo de ‘Pluralismo Estructurado’, promovido por el Banco Mundial. Esta tendencia fue generalizada en toda América Latina, los organismos internacionales presionaron a los Estados a ‘modernizarse’, reformarse con miras a la protección financiera, y aceptar el acceso del sector privado en ámbitos como la salud, con el fin de relajar sus responsabilidades económicas mediante la focalización, y así favorecer la calidad de los servicios. Lo denominaban una “competencia regulada”, entre el sector público y el privado (Uribe y Abrantes, 2013).

Así, el 'Programa Nacional de Solidaridad', del presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), funcionó como programa focalizado y base de legitimidad entre las clases populares, mientras se discurría a favor de la privatización del sistema de pensiones. Con Ernesto Zedillo en la presidencia (1994-2000), se produjo el 'Programa de Reforma del Sector Salud', que estuvo en absoluto apego con el modelo del 'pluralismo estructurado'.

Su propósito principal fue la reorganización del sistema de pensiones del IMSS, lo que fue motivo de gran una gran pugna entre el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y el Partido Revolucionario Institucional (PRI), también, se continuó con la descentralización de los servicios de salud, y finalmente, la configuración de paquetes de atención en materia de Seguridad Social, como el que se ofreció a través del 'Programa de ampliación de cobertura' o el 'Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, 1997; Oportunidades en 2002, y Prospera en 2015).

En la misma línea, en 1996 se firmó un Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, y para 1997 entró en vigor la Nueva Ley del Seguro Social, que permitió la creación del Seguro de Salud para la familia, esta:

permitía a los trabajadores no asalariados, y a sus familias, recibir atención médica del IMSS con el pago anticipado de cuotas anuales, cuentas individuales para el retiro de los trabajadores, para lo cual se designó a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) como la figura encargada de su administración, una estrategia que desde su inicio estuvo fuertemente ligada a la banca privada (Cotonieto, 2020, p. 751).

A este periodo los expertos lo denominan de influencia neoliberal. Entrado el año 2000, el PRI perdió las elecciones presidenciales frente al candidato del Partido Acción Nacional, Vicente Fox Quesada, y perdió también la mayoría en el Congreso. Sin embargo, en términos generales no simbolizó un gran cambio en el funcionamiento de "los mecanismos institucionales para regular el ejercicio del poder [...] como lo demostró el proceso político para crear el Sistema de Protección

Social en Salud (SPSS)” (Uribe y Abrantes, 2013, p.143), contemplado en su Plan Nacional de Salud ‘La democratización de la salud en México (2000-2010)’.

El nuevo Sistema, planteó como principal brazo operativo el Seguro Popular (SP), cuyo principal objetivo era brindar servicios de salud a la población no asegurada. Para su ejecución la propia Ley de Salud fue reformada en 2003. Su financiación quedó a cargo del gobierno federal en un 80%, el restante a cargo de las aportaciones de los gobiernos estatales (en proporción al número de asegurados), y la contribución, no inmediata al hacer uso del servicio, de los hogares, (cuyos decibeles I y II quedarían exentos de pago). Para organizar el funcionamiento del nuevo sistema se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que quedó a cargo de la Secretaría de Salud.

Con esa reestructuración, los niveles estatales y municipales recibieron la responsabilidad de garantizar tanto los servicios de salud pública (vigilancia epidemiológica, protección ambiental y protección contra riesgos sanitarios) como la atención individual. Esta última contemplaba servicios esenciales (de primer y segundo nivel) y de alto costo. Los primeros forman parte del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), mientras que los de alto costo se financian con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) (Uribe y Abrantes, p. 144).

Este programa fue el de mayor gasto de la Secretaría de Salud en su momento (2003-2019), y de acuerdo con estimaciones de Frenk, *et al* (2019), el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó casi cuatro veces en ese periodo. Por su parte, cifras de Murillo y Almonte (2020), aseveran que en su fase final “entre el 2014 y el 2018, el Seguro Popular atendía al 45.3% de la población total, que equivale en promedio a 55.8 millones de personas, de las cuales el 78.4% no tiene escolaridad o tiene la escolaridad básica, y el 69.6% se ubica en los cuatro deciles de ingreso más bajos (p.40).

La cobertura alcanzada por el SP, sin embargo, no marcó el fin de muchos de los problemas, internos como externos, del Sistema de Salud; disminución per cápita del gasto en salud “En el 2015 se destinó 2.8% del PIB al gasto público en

salud, para 2016 y 2017 disminuyó a 2.7% y 2.6% respectivamente para caer hasta el 2.5% en 2018 y mantenerse en 2019 y 2020” (Murillo y Almonte, 2020, p. 38), altos gastos de bolsillo “En 2014 representó 16.5% de los ingresos de los hogares en el quintil más pobre de la población, mientras que para el quintil de ingresos más alto, la cifra fue de 4%. México es el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor gasto de bolsillo” (Reyes et al, 2019, p.687), desarticulación entre dependencias, calidad de la atención, necesidad de infraestructura, la transición demográfica y epidemiológica de la población, el aumento en la demanda y los costos de las atenciones, entre otros (Martínez, 2018).

Sorpresivamente, Andrés Manuel López Obrador, quien como jefe de gobierno de Distrito Federal (2000-2005), rechazó la implementación del Seguro Popular en el 2001, llegó a la presidencia del país en 2018, y con su llegada, en diciembre de ese año, anuncio la creación una nueva reforma al Sistema Nacional de Salud mediante la creación de una institución que sustituiría al SP. Los debates y críticas señalaron entonces que esta medida marcaría un retroceso en la política de salud y en la cobertura alcanzada, que precisaba de condiciones de las que el SNS carecía, y que la información presentada era ambigua, incongruente e inconsistente.

Aunque se resalta la obligatoriedad del gobierno federal a hacerse cargo del financiamiento del INSABI, falta precisar en qué medida se seguirá con el esquema financiero del SPSS [...] Un paso importante para avanzar en este sentido es desarrollar de manera explícita la rectoría que asumirá el INSABI y su interacción formal con todos los actores federales, estatales y municipales, con los SESA y con las otras instituciones de salud (principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE]), así como con las organizaciones competentes en política farmacéutica (Reyes et al, 2019, p.689).

El panorama para el INSABI es muy complejo. En 2019, el Seguro Popular financiaba una cartera acotada de servicios para 51.4 millones de afiliados con un presupuesto de aproximadamente 87 000 millones de pesos. En 2020, el INSABI está obligado a proveer una cartera ilimitada de servicios y todos los medicamentos a aproximadamente 69 millones de beneficiarios, con déficit de personal, sin reglas de operación y con el mismo presupuesto del SP en 2019 (Flamand, 2020, s/p).

Sin embargo, un año después se presentó el nuevo Plan Nacional de Salud, y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), como un organismo descentralizado con personalidad jurídica propia y con los recursos humanos, materiales y financieros que se destinaban a la CNPS, que trabajaría en coordinación con la Secretaría de Salud (SSa), con el propósito de garantizar la universalidad de la salud a través de la prestación de servicios gratuitos a la población sin seguridad social, ampliando además los paquetes del SP. Propiamente se realizaron reformas a la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, objeto también de muchas críticas:

El proceso recentralizador enfrenta múltiples riesgos: problemas operativos, sobre todo de oportunidad, debido a la vastedad de la geografía nacional; desincentivos a la participación y el financiamiento locales; incremento de la burocracia debido a la existencia de dos canales de relación con los estados —unos recentralizados y otros descentralizados—, y debilitamiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud federal [...] A lo que apunta esta medida más bien es a la conformación de un modelo vertical, burocrático y paternalista, si no es que autoritario (Gómez, 2021b, s/p).

Paralelo a la creación del INSABI, sobrevino en el terreno mundial, una pandemia por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Esta inició en China en diciembre del 2019 y su propagación fue rápida, en el mismo mes ya se había expandido por Asia, África, Europa y llegaba a América. Esta enfermedad “Inicialmente afecta las vías respiratorias con neumonías atípica y en casos graves provoca inflamación sistémica con liberación de citoquinas que pueden provocar un rápido deterioro,

insuficiencia circulatoria, respiratoria y alteraciones de coagulación con una letalidad cercana al 7%” (Escudero *et al*, 2021, p.7).

A México llegó en febrero del 2020, y para marzo el gobierno decretó la Fase 2 de ‘contingencia sanitaria’, con medidas restrictivas de confinamiento social y laboral. Esto para México, como para los países del mundo, ha representado un serio peligro, no sólo económico, sino que revela y agudiza el deficiente estado de los Sistemas de Salud, así como de las desigualdades sociales. La Secretaría de Relaciones Exteriores, en un documento titulado ‘La Estrategia Internacional de México en la Pandemia de COVID-19’ detalla que, “La COVID-19 llegó a México cuando el país sentaba las bases de su Cuarta Transformación” (p.8). Aun antes del primer caso del virus en nuestro país, sabíamos que lo enfrentaríamos con capacidades insuficientes y disminuidas por décadas de subinversión y abandono del sector salud. Por lo tanto, el presidente Andrés Manuel López Obrador lanzó un esfuerzo de Estado, y encargó a esta Secretaría localizar para el sector salud el equipamiento médico que requería y atender a los mexicanos varados en el extranjero, promover la cooperación solidaria entre las naciones y empujar el intercambio científico internacional (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2021).

También, durante el Tercer Informe de gobierno, se expusieron los resultados de las estrategias del gobierno federal en el combate contra la pandemia y de salud general, entre las cuales están: El plan Nacional de Vacunación, que ha cubierto a un 65% de la población mayor a 18 años, las acciones de contención prevención y detección del virus. La contratación y capacitación de recursos humanos en salud, la reconversión hospitalaria y la instalación de centros de atención temporal, impulso a la atención con calidad humana con la publicación y difusión del Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud, y el impulso al primer nivel de atención con el Modelo de Salud para el Bienestar. Destacan también la adquisición de insumos (ver página 273 del Informe) (Tercer Informe de gobierno, 2021). Por su parte, en el Presupuesto de Egresos 2021, aumentó lo destinado en el rubro de la salud, sin embargo, las críticas apuntan a que este porcentaje no es tan formidable respecto

a los retos que enfrenta el país, señalan la baja posición del presupuesto dentro de los estándares de la OCDE, y la caída generalizada del PIB.

ha quedado muy claro que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) no ha estado a la altura del desafío que implicó la contingencia sanitaria, por lo cual resulta indispensable revisar las modificaciones realizadas en 2019 a la Ley General de Salud, que dieron origen a dicho instituto (Frenk, 2021, s/p).

Otro de los retos que enfrenta la atención en el país es el propio perfil epidemiológico nacional. Los datos más recientes revelan que en 2015, las principales causas de muerte fueron por enfermedades cardiovasculares, diabetes y tumores malignos. Para el año el año 2020, uno de los problemas principales de los mexicanos, siguen siendo las enfermedades no transmisibles, relacionadas con los hábitos de alimentación y de vida, tan solo el 70% de la sociedad mexicana presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Martínez, 2018, p.9).

En 2020, el 92.4% de los decesos nacionales totales de debieron a razones de enfermedad o problemas de salud, mientras que el 7.6% se atribuyen a accidentes, homicidios y suicidios. Del total de las defunciones en este año, el 21.1% se debe a enfermedades de corazón, 18.4% al Covid-19, y el 13.9% a la Diabetes mellitus. El 58.8% corresponden a hombres y 41.1% a mujeres y por grupo de edad se concentra en las personas de 65 años y más. La primera causa de muerte entre los hombres fue el COVID-19, seguido de las enfermedades del corazón, y la diabetes, mientras en las mujeres fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, y el COVID-19, respectivamente (INEGI, 2021).

Como puede apreciarse, los desafíos en la materia son apremiantes, a nivel estructural como poblacional. Los avances y retrocesos que han sucedido en la materia, deben ser una lección para los tomadores de decisiones, quienes fuera de las adhesiones político partidistas, deben ser conscientes de la enorme responsabilidad e influencia de sus determinaciones, en la salud y bienestar de la población, así como en el personal de las instituciones de salud, quienes enfrentan

de cara a los usuarios y usuarias, las grandes deficiencias y retos del sector y la salud de la población “el sentido social de las políticas sociales y su interna tensión y contradicción son transferidos para aquellos actores que con ellas trabajan” (Montaño, s/f, p.2).

2.4 Trabajo Social en el Sistema Nacional de Salud

En el capítulo anterior se realizó un recorrido histórico para comprender la constitución del actual Sistema Nacional de Salud en México. Uno de los puntos clave a destacar durante este análisis discurrió en señalar que, este se conformó durante todo el siglo XX, con algunas influencias importantes de la política adoptada hacia finales del siglo XIX, y de las exigencias de los diversos sectores de la sociedad, pero vinculado a la consolidación nacional y la supremacía Estatal.

Como se describió, buena parte de la legitimidad de los Estados posrevolucionarios, estuvo cimentada en la prestación de servicios sociales, por lo que, el desarrollo de instituciones de seguridad, asistencia y bienestar social fue muy importante. A estos servicios se les consideró pilares en la reconstrucción política y social del país. En este escenario, los ámbitos de la asistencia social, la educación y el de la salud fueron de los más atendidos. Estos eran terrenos en donde podía proyectarse el espíritu de servicio y justicia hacia la población, a la vez que servían como mecanismos transmisores de una ideología que, a grandes rasgos rezaba que el progreso de México precisaba del progreso de su gente “la higiene se impone por la necesidad de la regeneración de nuestra raza enferma”, decía el diputado y jefe del Departamento de Salubridad Pública (1917-1920), José M. Rodríguez (Gutiérrez, 2017, p. 356). En este sentido, las tareas emprendidas por las instituciones de estos sectores eran altamente moralizantes, y una cantidad muy significativa de personal técnico calificado fue requerido para emprender estas campañas ‘educativas’, ‘saneadoras’ ‘sanitarias’ ‘reformadoras’ y ‘moralizantes’.

En este contexto toma lugar el origen de Trabajo Social en el país. Sin que se busque atribuirle un carácter puramente instrumental, es importante señalar que la necesidad de personal calificado en las labores de visita e investigación social y

de contacto entre la población y las dependencias de gobierno, fue el punto de arranque para que, las mujeres que participaban en esas actividades, ya por buena voluntad o por lo menos como forma de trabajo informal, fueran adquiriendo la necesidad de profesionalizarse y de reclamar un espacio y un reconocimiento dentro de las instituciones y en las ciencias sociales.

En este capítulo se exploran los aspectos más relevantes de su desarrollo, poniendo énfasis en que, su papel ha sido crucial en el funcionamiento de las instituciones sociales y particularmente en las del sector salud, aún sin que este reconocimiento sea el que el mérito de generaciones enteras de trabajadoras sociales ha recibido. En sus actividades cotidianas, visibles como simples labores de administración y gerenciales, estas mujeres² han sido más que facilitadoras de tramites, compañeras de escucha, favorecedoras de procesos relacionales, empuje de cambios, profesionales claves y personas que se relacionan con personas, jerarquías y estructuras burocráticas, en la prestación de servicios.

2.4.1 El Trabajo Social en la asistencia social y sanitaria mexicana

Adoptar la afirmación de que la profesión de Trabajo Social tiene su origen en las actividades de prestación de servicios sociales, implica que se rechacen posturas que apuntan a su origen en las actividades de caridad religiosa. Sin que pretenda asumirse que la asistencia social es secular a secas, se excluya la influencia que puedan tener las ideas religiosas en las formas de atención asistencial, o en quienes laboran en este ámbito de trabajo, parece preciso distinguir las funciones e implicaciones de unas y otras actividades.

En el caso de las actividades caritativas, cuyo motivo es personal y espiritual, no buscan trascender en el orden político y social, quedan en el terreno de lo voluntario. Si bien la religión cumple una función social, esta actividad no define en su totalidad a esta institución, cuyo papel, además, decayó en las sociedades

² Se utiliza el sustantivo mujeres porque no hay registro de trabajadores sociales hombres en estos años del Trabajo Social en México.

modernas cuando la figura del Estado se superpuso fuertemente como máxima institución social.

En el contexto de la asistencia social, las actividades de atención a la población con carencias o problemáticas sociales implican una responsabilidad pública asumida por los Estados. Estos no podrían existir sin fundamentar su existencia, y la organización y provisión de servicios es vital para tal propósito. Históricamente, de hecho, los Estados se asocian al desarrollo de los sistemas de seguridad y asistencia social. Cuando el mandato divino dejó de ser un motivo legítimo para aceptar a los gobernantes, el poder se concentró, ya no en los monarcas, sino en una nueva institución que descentralizaría y equilibraría los poderes, y encontraría la manera de servir al orden social, garantizando la seguridad y la libertad de las personas, mediante un régimen de leyes.

un nuevo orden natural (racional) de las cosas, venía a disputar el espacio al “orden divino” del antiguo Régimen. En él, la irrestricta libertad de los individuos no admitía otra entidad reguladora que no fuera el Estado, encargado, por lo demás, de garantizar tal libertad (Grassi, 1989, p.10).

Parte de esa seguridad implicaba el reconocimiento de derechos que por igualdad pertenecían a todo ser humano, y para cumplirlos, el aprovisionamiento de servicios sociales como la salud, la educación, la infraestructura pública, entre otros, fue fundamental. La provisión de estos servicios precisó para su operatividad, en su momento como ahora, no sólo infraestructura, sino de insumos, especialmente humanos, preparados en campos específicos de las ciencias que pudieran hacer funcionar las instituciones, políticas o programas. De alguna manera, el nacimiento de muchas profesiones es tan moderno como los Estados que surgen después de la caída de los regímenes absolutistas.

la institucionalización de la filantropía y la asunción por parte del Estado, de la dirección de estos procesos de intervención y control sobre los “problemas sociales”, requirió por lo menos de tres condiciones 1) la existencia de mano de obra libre; 2) la emergencia de lo social reemplazando al orden divino y el

Estado tomando a su cargo las funciones que otrora desempeñaba la iglesia, y; 3) la existencia de ciencias sociales y humanas (Grassi, 1989, p.13).

El Trabajo Social llegó a consolidarse como una profesión, porque se necesitó de un tipo de actividad experta, específica, cuya base de conocimiento no fuera metafísico, sino técnico, y posteriormente científico, porque existió un proyecto formal de instrucción de esta actividad experta, y porque hubo un cambio de intención en la acción del personal que se fue profesionalizando (que muy seguramente iba cargado de contenidos morales, pero estos, ya no fueron orientados por la salvación divina), quienes, además, ya recibían una remuneración por concepto de un trabajo realizado y se institucionalizó su enseñanza. En México, igual que en todas las partes del mundo, existieron acciones de caridad y filantrópicas previamente, durante y después de la consolidación profesional, sin embargo, estas actividades no pueden ser llamadas todas Trabajo Social, porque no cuentan con las características de una profesión: un objeto delimitado de acción, un saber especializado desde la reflexión científica y una certificación para ejercerlo, de acuerdo con García (1999), y de acuerdo con Hortal (2002), una profesión implica:

1. Que las personas tengan una dedicación estable a ese conjunto de actividades con una función social específica.
2. Que esas actividades constituyan el medio de vida de las personas que la ejercen.
3. Que exista un cuerpo de específico de conocimientos de esa actividad, del que carecen los que no son profesionales de la materia.
4. Que estos conocimientos se transmitan de manera institucionalizada y que haya una forma de acreditación socialmente legitimada.
5. Que exista un control de los profesionales sobre el ejercicio de la actividad, para lo cual se constituyen los colegios, los cuales establecen la normas y procedimientos que van a regir este ejercicio (pág. 51).

Además de esta posición, también hay una apuesta importante por explicar la profesión sólo como un producto e instrumento del desarrollo capitalista.

Las referencias a los orígenes de la profesión como formas de control del capitalismo enunciadas de una manera tan general, que nos llevan a conceptualizaciones válidas para la aplicación de cualquier profesión en el capitalismo, sin aportar elementos puntuales para la reflexión en concreto (Ornelas y Tello, 2014, p. 1).

Centrarse en esta explicación en sí misma, puede dejar en gran desánimo al gremio, pues su posición estaría totalmente determinada por las condiciones de su existencia, y cerraría paso a la posibilidad de visualizar horizontes y posiciones ético-políticas propias y distintas (Montaño, s/f). De tal manera, es preciso un enfoque que permita situar las condiciones que hicieron necesaria y posible la profesión de Trabajo Social en el país, y que, a la vez, pueda valorar la gran capacidad que las y los protagonistas de este proceso han tenido para reivindicarse y reivindicar los derechos de las personas a quienes están dirigidos sus servicios en las instituciones.

Las condiciones de su surgimiento, se encuentran en el contexto de 'reconstrucción' nacional después de la Revolución Mexicana. Especialmente, después de 1920 cuando se superaron los múltiples conflictos fraccionarios, es en donde comienza un consistente proceso de institucionalización de los procesos políticos y sociales en el país, que permite el impulso de la asistencia, la seguridad social y de la posterior conformación del Sistema Nacional de Salud, como respuesta a los derechos ganados, pero también como forma de apaciguamiento de los ánimos de revolución armada de las clases populares.

Como se ilustró en el capítulo anterior, las grandes instituciones del Sistema Nacional de Salud, no se formaron de manera inmediata durante la primera etapa de los gobiernos posrevolucionarios, tan solo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS), aunque venía siendo propuesto desde 1935, fue creado hasta 1943. Estos años operó en el terreno de la salud, de manera destacada, el Departamento de Salubridad (DS), que ya se ha descrito previamente. De manera que, la asistencia social fue la primera respuesta que comenzó a organizarse, aún con serios problemas presupuestales, para luego consolidarse los sistemas de

seguridad y salud. Entre 1920-1940 inicia la implementación de servicios de asistencia y beneficencia, que van a abarcar la atención de la salud, educación y repartición de justicia, que van a demandar el trabajo de personal con competencias mínimas para hacer posible el funcionamiento de los programas y dependencias; auxiliando a los profesionales titulares y haciendo asequible el servicio para las personas, como indica Castro (2005) “El despliegue de instituciones sociales abrió la puerta de ciertos espacios públicos a la mano de obra femenina” (p.12), pues esta se asociaba a las tareas de auxilio.

Ya en el escenario mundial se promovía la atención de la vagancia y el desempleo, por efecto de la crisis de 1929, que para México pudo ser peor de no ser por el sector agrario:

(El país) encontró alguna protección para sus más agudas consecuencias sociales -las que devastaron a Estados Unidos y a los países industrializados- en su interior agrario, en el refugio de su todavía amplio hinterland campesino con su área de autoconsumo, que contribuyó a absorber los 300 mil trabajadores mexicanos expulsados de Estados Unidos por la crisis y los que lanzaron a la desocupación las industrias mexicanas (Gilly, 1983, s/p).

Además de que, para finales de los años veinte el antes Distrito Federal (DF) se acercaba al millón de habitantes. Así que, por decreto, el presidente Emilio Portes Gil (1928-1930), promovió los proyectos de asistencia social, incluidos el estudio de la pobreza en la urbe, lo que dio origen a una campaña contra la mendicidad en 1930, entrando el siguiente presidente Pascual Ortiz Rubio (1930-1932). Entonces la Beneficencia Pública (BP), que funcionaba desde la época de Benito Juárez (gracias a las Leyes de Reforma), se valió en ese momento de recursos de la Lotería Nacional, ocupó y diferenció ‘investigadores sociales’ e ‘inspectores sociales’, entre “el análisis sociológico o psicométrico de ciertos grupos de la población, mientras los “inspectores sociales”, entrevistaron y clasificaron a los indigentes” (Lorenzo, 2018a, p.717)

Esta separación, sin embargo, no fue suficiente para distinguir a un tipo de personal que venía haciendo una diversidad importante de tareas en distintos programas. En el ámbito de la salud, las enfermeras habían comenzado a hacer visitas de inspección social. En el periodo de 1925 y 1929, la Escuela de Salubridad formó a muchas mujeres con el título de 'enfermeras visitadoras' (Lorenzo, 2018a).

Décadas anteriores, el trabajo de las enfermeras se relacionaba con el trabajo social porque no sólo contribuía a realizar una labor de prevención, sino también a remediar las necesidades de la gente como conseguir atención médica a las madres, recién nacidos, preescolares o enfermos en casa. Sin embargo, el trabajo social como disciplina delimitó sus alcances para diferenciarse de las enfermeras: "la visitadora sanitaria trata de prevenir la enfermedad o la propagación de ésta; la asistente social debe impedir la dislocación del hogar. A veces la primera tiene que lanzarse a la brecha y realizar ambas funciones; la segunda no podría hacer eso" (Gudiño et al, 2013, p.88).

En la BP, había personal haciendo cosas como visitas e inspecciones, labores auxiliares a médicos o abogados, salían a las calles a levantar censos, hacían entrevistas, clasificaban a los pobres, limosneros, y demás personas que pretendían acceder a los beneficios de los Departamentos, daban talleres y pláticas educativas, repartían los recursos que se bajaban a las poblaciones, entre las principales actividades. En la Secretaría de Educación, en los servicios de salud, y en el Tribunal para menores, había sociólogas o maestras, haciendo tareas similares, éstas eran nombradas 'visitadoras sanitarias', 'profesoras de economía doméstica', y 'delegadas sociales'.

Para la campaña de 1930, se hizo un estudio social sobre 'La mendicidad en México', desarrollada por Ramón Bateta, director del Departamento de Educación de la BP, con la participación de Moisés Sáenz, director de la BP del Distrito Federal, y la colaboración de Elyer N. Simpsons, sociólogo de la Universidad de Chicago, quien además de asesorar la investigación, fue invitado para impartir un curso

(1935), a las inspectoras e inspectores de la BP, en métodos aplicados de sociología y trabajo social (Lorenzo, 2018a).

Este fue uno de los primeros cursos formales, aunque este campo aún no estuviera delimitado en el país, y estuvo permeado de la perspectiva norteamericana del Trabajo Social individualizado o '*Case Work*', de influencia estructural y estructural funcionalista, que patologizaba a los individuos disfuncionales de la sociedad.

Tal como el influjo del modelo médico estadounidense a través de la Fundación Rockefeller, la colaboración con la Escuela de Chicago en el ámbito de la asistencia fue muy significativa, pues perfiló lo que en adelante se conceptuaría como problemas sociales, y los mecanismos para desplegar una política y una gobernanza de los mismos. En esta nueva gobernanza, el Trabajo Social fue descubierto a los ojos de las autoridades mexicanas como un factor clave, y se dispuso formar y tener a este personal en las instituciones. En marzo de 1932 se dieron nombramientos a 'investigadoras sociales' que trabajaban en la BP, y en 1933 se crearon plazas de Auxiliares de Investigadores Sociales (Valero, 2009).

La mayoría del personal que estaban realizando la multiplicidad de tareas antes descritas, eran mujeres, y muchas ya tenían experiencias previas de trabajo con pobres, en hospitales, con niñas y niños huérfanos, en fundaciones caritativas o filantrópicas etc., por esa razón, fue muy importante para las dependencias de gobierno comenzar a capacitarlas con un enfoque técnico-científico:

Con el propósito de modernizar el tratamiento de la pobreza urbana, la Beneficencia Pública impulsó la profesionalización de los empleados encargados de inspeccionar, clasificar y asistir a los merecedores del auxilio público [...] El discurso de la modernización de la asistencia pública se entreveró con un proceso intenso y radical de secularización, el cual exhibió la necesidad de distinguir las acciones caritativas de aquellas funciones emprendidas por la burocracia asistencial (Lorenzo, 2018a, p.714 y p.728).

Esto les representó una fuerte exigencia a las mujeres, que además no fue la única, pues el presupuesto asignado al ramo de la BP era muy limitado, y ellas debían extralimitar los apoyos a los más pobres, dar la cara frente a las negativas de brindar más servicios y recibir una remuneración muy baja por sus múltiples servicios (aproximadamente medio sueldo de lo que ganaba un pasante de abogado, nueve pesos) (Lorenzo, 2018a). Esto es trascendente pues el Estado se forjó una imagen fuerte a costa explotar al personal de las dependencias públicas, y más a éste, conformado por mujeres que no tenía una estima tan valorada como la de los médicos, abogados, ingenieros, o las propias enfermeras.

Muchas de estas mujeres, con un gran compromiso social y político, fueron enfáticas en ir destacando que su labor no obedecía a una predisposición femenina a la bondad, a la caridad y al cuidado, sino que sus ideales de justicia, sus valores laicos y revolucionarios, hacían de su servicio una actividad digna de reconocimiento. Ejemplo de esto fue “la monja roja”, Elvira Carrillo Puerto, activista social feminista que participó en ‘la primera chispa de la revolución’, fundó la ‘Liga feminista Rita Cetina’ y a través de la ‘Liga de Acción femenil’ organizó a las mujeres de las Secretaría de Agricultura para atender menores abandonados, madres solteras y en la lucha por derechos políticos y de participación en puestos del sector público y privado. Fue inspectora de la BP entre 1930-1931.

El trabajo social no se practicó meramente como una vocación altruista. Tanto las voluntarias como las trabajadoras sociales de la Beneficencia Pública laboraron por el bienestar de los niños y las mujeres desvalidos; además, dedicaron su trabajo al servicio de grupos de indigentes. Pero a diferencia de las primeras, la ideología socialista, la lucha obrera y los principios asociativos de las segundas buscaron revertir el orden social y económico, otorgando por derecho los recursos que concedía el Estado, lo cual las identificó con los principios revolucionarios que enarboló la Beneficencia Pública como promotora de la justicia social (Lorenzo, 2018a, 729).

En febrero de 1933 fue creada la 'Escuela de Enseñanza Doméstica', de la Secretaría de Educación Pública (SEP), y después se agrega, de Trabajo Social. La primera institución de TS, estuvo a cargo de Julia Nava de Ruiz Sánchez, maestra de formación en su natal Nuevo León, activista política, antirreeleccionista, amiga personal de la familia Serdán y escritora. Vio la necesidad de fundar una escuela desde 1926, por influjo de sus viajes a Estados Unidos. Su rico pensamiento reconocía el valor del trabajo de las mujeres para la vida social y política del país:

Las democracias deben lograr de hecho una mejora en la vida material y cultural de los pueblos; porque de no ser así, el fascismo siempre encontrará un suelo fértil para sus odios y violencias. Es por esto que consideramos que la Escuela de Economía Doméstica y Trabajo Social que recientemente fue fundada por el Bloque Nacional de Mujeres Revolucionarias y la Sección Femenil del P.R.M tiene una importancia especial. Las finalidades de este nuevo Instituto son, una amplia labor de divulgación de conocimientos económicos, sociales y culturales y la ayuda práctica para la solución de múltiples problemas económicos-sociales, con los cuales tienen que luchar las mujeres de los diversos sectores sociales de nuestra población.

No se trata, de una escuela en el sentido común (sic), donde se dan sólo clases teóricas, sino que la escuela de economía doméstica y trabajo social, será el centro de todo un sistema de actividades instructivas y educativas que se extenderá poco a poco sobre el país y el nivel de vida de sus hogares (Calderón, 2016).

La carrera tenía como prerequisites la educación primaria y los quince años de edad. Tenía una duración de cinco años, y entre algunas de sus asignaturas estuvieron: 'Administración doméstica, historia general y patria, elementos de Derecho, Economía política, Enfermería, Higiene de las colectividades, Psicología Social, Demografía, Geografía, Estadística, Corte, confección, tejidos y bordados, Cocina y repostería, Técnica y Práctica de Investigaciones Sociales y Servicio

Social' (Valero, 1999). Como puede observarse, con un amplio abanico de diferentes áreas de las ciencias, y también ámbitos no científicos, sino domésticos.

Durante el gobierno del Lázaro Cárdenas se concedió a la asistencia social una importancia sin precedente, en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública bajo la dirección del Gobierno Federal, y se expuso a las instituciones el valor de "aprovechar los servicios de las trabajadoras sociales". Este cambio de concepto de beneficencia a asistencia es muy significativo, pues daba por concluido el protagonismo de la Iglesia en el terreno.

El primer jefe del Departamento de Salubridad con Cárdenas fue José Siurob, quien creó el 'Departamento de Asistencia Social Infantil', y una "Oficina de enfermeras visitadoras y trabajadoras sociales" (Carrillo, 2005, p.151). En 1936 se les otorgó a estas, a modo de oficina, diez estaciones de asistencia social:

para operar como sucursales y atender, de forma rápida y eficaz, a los pobres: una trabajadora social se ocuparía de la jefatura de la estación y, a su cargo tendría dos ayudantes que visitarían periódicamente diversos centros de salud y asistencia, además de impartir pláticas de higiene y prevención social (Lorenzo, 2018a, p.736).

Ese mismo año se impartieron un ciclo de conferencias en el Departamento de Acción educativa y Social, con temas como 'la psicotécnica del T.S, estudio de la comunidad e introducción técnica del TS, biología, economía y sociología' (Valero, 2005). Además, ya había una presencia más clara de TS en los Departamentos como el de Terapia Social, que decía que éste era un personal necesario, encargado de estar en contacto con la realidad (Valero, 2005). TS también estuvo en las Brigadas de Asistencia Social para los Estados, como parte del equipo multidisciplinario; 'Brigada de mejoramiento indígena', 'Brigada de promoción agropecuaria', y 'Programa de mejoramiento del hogar rural', de la Secretaría de Agricultura y ganadería el Estado de México (Ornelas y Tello, 2014).

La propia Escuela de Salubridad e Higiene, entre 1938 y 1952, bajo la dirección de Ángel González Brito, formó Trabajadoras sociales. Gudiño *et al* (2013, p.88) sugieren que parte de la influencia que tuvo el enfoque de la medicina social, hizo que se agregara el curso de TS en la Escuela de Salubridad. Dicha actividad estuvo al abrigo del libro '*Social Work as a Profession*', cuya principal premisa era que esta disciplina ayudaría a los individuos y grupos a insertarse a su entorno.

En 1947 se editó el Manual de Trabajo Social de la profesora Paula Alegría Garza, titular del curso desde 1938. Este libro fue el primero publicado por la escuela y el propósito de su autora fue "tratar esta disciplina en el lenguaje sencillo y asequible para todos, exponiendo los elementos biológicos, los aspectos psicológicos de la conducta y las fases del ambiente social y económico que comprende el Trabajo Social (Gudiño *et al.*, 2013, p.88).

A estas alturas el Estado estaba más interesado en contratar personal que tuviera una capacitación en TS, y ya no solo viudas de familias privilegiadas con buenas intenciones, como ocurría años antes. Para 1939 la Oficina de Trabajo Social del Departamento de Asistencia Social tenía 70 mujeres como 'investigadoras sociales' (Valero, 2009). Quedaba asentado que el Estado había encontrado un nuevo dispositivo para tener información de primera mano sobre la vida cotidiana de las clases populares, y esta información era muy valiosa para ejercer su tutela orientadora (Ornelas y Tello, 2014).

Hasta ahora es claro que, la asistencia social, e incluso los servicios de salud fueron una demostración de que los nuevos llegados al poder, estaban comprometidos con el cumplimiento de las demandas sociales, la justicia, y el progreso de la nación. Las trabajadoras sociales, fueron entre otros, el cuerpo en donde el Estado se proyectó, a través de la presencia de las mujeres trabajando, con lo pobres y méndigos, con la niñez indigente, con los enfermos, la clase obrera, etcétera, el Estado se hizo visible. Además, "Las experiencias de gestión y las prácticas cotidianas de los involucrados en el tratamiento de la mendicidad contribuyeron a la construcción de una nueva forma de entender y gobernar la pobreza desde el Estado" (Lorenzo, 2018b, p. 1881).

En 1937, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), (en la Escuela Nacional de Jurisprudencia y Ciencias sociales), se desarrolló un curso, especialmente para su propio personal sobre 'Delincuencia Infantil', a cargo del Tribunal para Menores del Departamento de Defensa y Prevención Social (Secretaría de Gobernación). De este curso surgió la idea de que era menester profesionalizar a las y los trabajadores sociales. Al concluir el curso, los profesores quienes lo habían impartido presentaron al director de la Escuela un Plan de estudios para crear la carrera de Trabajo Social:

Además de la investigación de condiciones sociales diversos núcleos familiares, es preciso el adiestramiento de un verdadero Trabajo Social, en una técnica para realizarlo, que signifique la resolución de multitud de pequeños problemas sociales que se presentan en la vida cotidiana (Valero, 1999, p. 97).

En 1943 se fusionan el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública, que contó en sus dependencias con personal de TS. También, las instituciones de salud que se fueron creando, por ejemplo, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia 1961 y el Instituto Mexicano de Asistencia a la niñez 1968, precedentes del Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia DIF, incorporaron desde sus inicios a TS (Valero, 2005, p. 91).

A partir de los años cincuenta inicia un crecimiento exponencial de apertura de escuelas técnicas de TS; en Guadalajara (1953), Tamaulipas (1957), Coahuila, Hidalgo (1959), Colima (1962), Aguascalientes (1963), Sonora (1965), salvo en Nuevo León y en la Ciudad de México, que también se abren licenciaturas. En 1968 se elevó de nivel técnico a licenciatura en la UNAM, con un plan de estudio nuevo al año, aunque la orientación teórica y metodológica estructural funcionalista, para médica y para jurídica, se mantuvo hasta los años noventa.

Hacia finales de 1970 un movimiento reconceptualizador hizo eco desde Brasil y Argentina, principalmente. Las críticas de las y los trabajadores sociales de las latitudes latinoamericanas se cimentaban en el enfoque marxista, por lo que,

señalaban la función instrumental de la disciplina, la perspectiva patologizante de las metodologías y reduccionista de las explicaciones teóricas. Aunque este movimiento pugó por el trabajo comunitario, las instituciones continuaron siendo el principal espacio de trabajo, lo que condujo, a finales de los noventa, a un momento de desasosiego entre el gremio respecto a las opciones políticas y éticas de la profesión (Tello, 2013).

En el sector salud, el perfil del y la trabajadora social ya estaba muy consolidado, influido por su génesis, como indica Ponce (2021), en una tendencia a ser considerados como personal de auxilio o de funciones de bajo impacto, con pocas y débiles capacidades teóricas, técnico-metodológicas y científicas, y en un papel de subordinación, no sólo a los médicos y médicas, sino a la verticalidad institucional, sus estructuras administrativas y burocráticas.

Frente al desasosiego teórico, metodológico y teleológico en la disciplina, y también de cara a su bajo status profesional, desde la década de los ochenta, se han sobrepuesto perspectivas de Trabajo Social decolonial, interseccional, con perspectiva de derechos humanos, contemporáneo, basado en evidencia, entre las principales, que además de sus propuestas teóricas y metodológicas, han sacado adelante a la profesión con el trabajo diligente, sensible y cada vez más capacitado de las y los expertos.

Estas iniciativas parten de las preguntas ¿qué es Trabajo Social? y ¿cómo se hace?, sin embargo, en su camino explicativo no se acotan a dar a una respuesta lineal y contundente, sino que, encuentran muchas otras relaciones e interrogantes importantes, por ejemplo, respecto al contexto globalizador y neoliberalista que de fondo conduce a un ciclo infinito de despojo y desigualdad, de exacerbación del tejido social y homogenización de las alternativas de vida, entonces se cuestiona ¿qué papel tiene Trabajo Social en instituciones del Estado que promueve políticas neoliberales?, ¿por qué todas las alternativas para el bienestar deberían estar sujetas al aparato Estatal?, ¿qué procesos sociales independientes están desplegándose para la promoción de la justicia y mejores maneras de vivir?, ¿qué expresan los propios sujetos sociales sobre el bienestar?, ¿cuáles son las

necesidades sentidas de las poblaciones excluidas, marginadas, disidentes y vulneradas?

Si bien es cierto que “trabajo social se configura con piezas subalternas del juego dominante como la asistencia, las mujeres, el apoyo, la técnica y lo social” (Ornelas y Tello, 2014, p. 7), este camino aún no está terminado, las opciones se abren paso ante las determinaciones personales y, aún con más fuerza, la construcción colectiva.

2.4.2 Las actividades de Trabajo Social en los hospitales

De acuerdo con datos obtenidos de la Secretaría de Salud a través de la Unidad de Transparencia del Gobierno de la Ciudad de México, para el 2021 hay en los 18 Hospitales Generales de la Ciudad, un total de 320 personas contratadas como personal de Trabajo Social, mientras en los 14 Hospitales materno-infantiles y pediátricos hay un total aproximado de 155.

En un estudio realizado por Ornelas y Brain (2018), en 40 instituciones de salud y asistencia social, identificaron de una muestra de 80 trabajadoras y trabajadores sociales, que el siete de cada diez se ubican en el nivel operativo y el resto en puestos de coordinación, nueve de diez son mujeres, el 65% cuenta con licenciatura, un 4% con estudios de posgrado, y menos de un tercio con estudios técnicos.

Previo a enumerar una lista de actividades que describan las labores cotidianas de las y los trabajadores sociales, es preciso recapitular lo visto previamente y atender a lo que estudios como los de Ponce (2021), han señalado sobre el TS en el sector salud, cuya afirmación sugiere que la hegemonía institucional propicia la subordinación profesional. En general, de manera indistinta al nivel de atención en que estén las y los profesionales (primer nivel de atención, segundo o tercero), hay una serie de características y condicionantes que van a explicar la función y el rol de las y los profesionales en estas instituciones.

Tal como se exploró en los capítulos previos, el TS llega a configurarse como una profesión en el espacio de las instituciones de asistencia social, tras una necesidad social concreta de un cierto tipo de personal experto que facilitara las relaciones de las instituciones y el personal titular con las clases subalternas, un personal que tradujera en lenguaje simple y lo que unas y otras partes requerían para concretar la prestación de un servicio. Fueron pensados como un vehículo de acceso, no sólo a los servicios, sino a los modos de entendimiento y a las formas de comunicación entre las personas comunes y otros profesionales.

En este desarrollo, los médicos estuvieron antes, no sólo en las instituciones o en las universidades, sino en historia de las ciencias, en la construcción de las nociones de sociedad, de Estado, de salud y enfermedad. No es para menos que su posición estuviera cimentada en un discurso muy poderoso de certeza sobre el proyecto de saneamiento y modernización de las sociedades. Su seguridad no descansa únicamente en la certeza de la medicina como ciencia infalible, sino en que la medicina, la certeza y la veracidad científica son cualidades del orden social al que toda la humanidad debe aspirar. En esa noción se situó por encima en la comprensión de los procesos de vida, salud, enfermedad y muerte. Los elementos espirituales, culturales, y relacionales quedaron apenas a merced de ser 'consideraciones', que a veces hay que tener. De acuerdo con la idea que se tiene del cuidado de la salud en nuestras sociedades, todo se erige alrededor del saber médico, su ciencia es la única capaz de enunciar aquello que se debe practicar para el mantenimiento de una vida social saludable, la curación de la enfermedad o el desajuste.

Con esto quiere decirse que la posición del médico en las instituciones clínicas es privilegiada, y personal como el de Trabajo Social, al querer superar el estado de personal de auxilio, ha tenido que volver en un ejercicio reflexivo, a replantear si lo que se espera de su actividad profesional, es congruente con el proyecto social con el que fue pensado el diseño de los sistemas de salud, si las estructuras institucionales y las políticas de salud son coherentes con lo que

observa en su contacto directo con las personas, con sus necesidades, y con sus propias orientaciones ético-políticas personales y profesionales.

En este contexto, el personal de la profesión se ha venido haciendo ver, con mucha dificultad, como parte profesional de igual valía entre los equipos multidisciplinares.

Por ejemplo, pediatría, con los médicos ¿no?, que a veces no tienen como muy en cuenta que es lo que hace TS, o cuales son las funciones de nosotras como Trabajadoras sociales, y entonces te quieren agarrar para que tú hagas todo ¿no?, entonces sí llega a haber algún tipo de conflicto en ocasiones pues porque no respetan o no quieren darle el valor que tiene (Entrevista 01CAM)

Vinculado a lo anterior, el profesional también lucha por reposicionar el valor de lo relacional en la atención a la salud. La supeditación de este elemento (relacional-social) en el modelo de salud imperante, es ya de por sí una limitación a su rol. Al énfasis que ponen en conocer la situación de las y los sujetos, en escucharlos, en que la intervención clínica sea acorde con dicha situación, a la labor de búsqueda de redes de apoyo, a la preocupación por su bienestar personal y familiar, se le traduce como falta de competencia y objetividad. Lo que autoras como Tello (2013), han señalado, es que estas actividades en sí mismas, carecen de referentes teóricos aplicados a los casos, es decir, que la escucha, el diagnóstico, el diseño de una estrategia de intervención, el conocimiento de entorno inmediato, redes y recursos de las y los usuarios, la labor de diálogo y negociación interprofesional y el seguimiento de caso, sino son nombrados y trabajados desde ahí, se desvanecen como meras tareas extra administrativas, carentes de valor para la institución.

La institución no formaliza, ni comprende este hacer del trabajador, para sus informes, le basta, con la participación del trabajador social en ciertos trámites administrativos. Por ejemplo en el sector salud es suficiente contar con el oficio de alta del paciente, con la asignación de un nivel socio-económico, con la información que el trabajador social le da al paciente y a

su familia acerca de su estado, con la contabilidad de los pases de visita otorgados, con el control de las referencias y contra referencias[...] su trabajo se traduce en formas administrativas, y con ello, se desnaturaliza todo el hacer profesional, y al no nombrarlo como tal y no explicitar la intencionalidad de hacer social pareciera que perdiera su esencia en la rutina cotidiana (Tello, 2013, p. 12).

Otro impedimento importante es que, al agotar sus esfuerzos en las tareas propiamente formales, y las previamente descritas, valoradas como informales, las profesionales dejan de lado la reflexión recursiva sobre sus actividades cotidianas, lo que entorpece el crecimiento disciplinar, y de nuevo, contribuye a prácticas débiles en relación a los referentes teóricos.

Como se puede apreciar la dinámica institucional en muchas ocasiones no permite una actuación integral del profesional y debido a su carga de trabajo por acciones de carácter administrativo deja de lado las actividades sustanciales como la investigación o la intervención, no hay una reflexión de esa práctica realizada (Ponce, 2021, p.15)

La dificultad para que sus puntos de vista sobre la atención clínica sean tomados en consideración, al mismo nivel que las propuestas médicas, no será superada y seguirá siendo un obstáculo a su margen de decisión, mientras no hagan propuestas basadas en la sistematización de sus experiencias “Cuando se alude a la intervención, es frecuente que se piense solo en el momento de la ejecución de actividades, por lo que resulta difícil establecer las teorías que sustentan la intervención profesional” (Ornelas y Brain, 2018, p. 79).

Por ejemplo, ellas y ellos no participan en la creación de los manuales que utilizan para la atención, sin embargo, a través de su experiencia adquirida son capaces de identificar huecos, fallos o puntos a mejorar en los manuales “cuatro de cada diez, dijeron que la principal limitación es la normatividad de las instituciones” (Ornelas y Brain, 2018, p.80). Desarrollar propuestas gremiales para la modificación y adaptación de sus propios insumos de trabajo, cimentados en la sistematización de evidencia empírica, no sólo representaría abrir un espacio de pugna por la

visibilidad de su labor, les otorgaría espacios de encuentro y dialogo, y reforzaría su imagen como científicas sociales, sino que mejoraría la atención institucional hacia las y los usuarios “para trascender como colegiado, debe adjudicarse un punto de atención que concentre los esfuerzos de sus miembros y permita acumular conocimiento” (Tello, 2017, p. 87).

De acuerdo con el estudio de Ornelas y Brain (2018), previamente citado, las actividades de Trabajo Social pueden condensarse en: a) Actividades informativas, “en donde se incluyen acciones de orientación y asesoría, pláticas e informes” (p. 84); b) Actividades diagnósticas, tales como el estudio socioeconómico, visitas domiciliarias, entrevistas, realización y actualización de expedientes e informes; c) Actividades de atención directa a usuarios; d) Actividades de gestión administrativa, como trámites, asignación de cuotas, control administrativo, referencias; e) Trabajo con otros profesionistas, de “investigación, análisis y seguimiento de casos, reuniones de trabajo intervenciones multidisciplinarias con usuarios y familiares” (p.84).

Este cúmulo de tareas, no sólo se ha complejizado, reestructurado y reconvertido ante la llegada irruptora de la pandemia por Sar-Cov2, sino que se ha multiplicado:

Entonces al tener una población al mes de ingresos de, no sé 150, me estoy yendo muy cortita al mes, de pronto tuvimos una población de casi 500 personas (Entrevista 01MCAM, 2021).

De acuerdo con estudios recientes, las y los Trabajadores sociales están gravemente preocupados por temas como:

La falta de preparación para una pandemia, la reducción del equipo de protección personal (EPP), la ansiedad y el miedo entre los profesionales, los desafíos para imponer el distanciamiento social, los desafíos para cumplir con la responsabilidad del blindaje social, la ansiedad y el miedo entre los residentes y los usuarios del servicio, la demora en las pruebas, la evolución de la orientación del EPP y la escasez de personal (Nyashanu, Pfende, & Ekpenyong, 2020, p. 2-3).

De tal manera, atendiendo lo inmediato, es decir, haciendo su trabajo diario y luego en espacios colectivos discutirlo y sistematizarlo, también atenderían lo sustancial (Ponce, 2021), como las nuevas demandas de trabajo, la investigación en Trabajo Social, y de la intervención social como objeto de reflexión disciplinar, superando el Trabajo Social ideal y el revalorando las prácticas institucionales.

Por ejemplo, Medina (2021), indagó acerca de 'Los determinantes sociales que inciden en la emergencia obstétrica', en un Hospital Materno Infantil del Estado de México, y algunos de los resultados apuntan a que, las y los trabajadores sociales identifican tres dimensiones de la salud de las mujeres embarazadas que están incidiendo en la atención obstétrica, y que, sin embargo, no están siendo asistidas de ninguna manera:

1) En cuanto a las propias carencias, accesibilidad y seguimiento que otorga la institución. Por ejemplo, sólo un 55% de las mujeres de la muestra recibieron medicamento por parte del Hospital.

2) La insuficiencia en el seguimiento de los controles prenatales, que implica comprender por qué las mujeres no asisten a revisiones o no siguen las instrucciones de cuidado. Entre otras cosas, al 73.7% de las mujeres les preocupa su situación económica, más del 20% tarda más de una hora en llegar al Hospital, y más del 50% se moviliza en transporte público, taxi, bici o caminando. En su entorno inmediato, el 70% convive con personas que fuman, y el 40% con personas que beben en su presencia y una parte importante no vive en un espacio propio.

3) Las situaciones de violencia de género que viven las mujeres en sus hogares, en sus comunidades y en la atención institucional. Solo para el 7.9% de las mujeres no existieron acontecimientos que les hubieran estresado durante su embarazo, al 73.7% las preocupaban cuestiones económicas y problemas con su pareja, al 7.9% los quehaceres domésticos, un 10% problemas de salud y laborales el 51.4% admitió recibir descalificaciones, un 49.3% críticas por parte de sus parejas y un 50% de miembros de sus familias, al menos continuamente. 47.4% percibe como mala la seguridad en su colonia, con problemas de drogadicción y alcohol.

El estudio destaca que el principal diagnóstico de ingreso de las pacientes es preclamsia severa 60.5%, y que, sin embargo, esta es una afección evitable, tan sólo con buenos hábitos de alimentación, salud emocional y seguimiento prenatal. Sin embargo, las condiciones en las que viven las mujeres en trabajo de reproducción son violentas y están descuidadas desde su entorno afectivo inmediato hasta el institucional “la emergencia obstétrica, se vincula de manera histórica con las desigualdades de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la asistencia sanitaria” (Medina 2021, p. 17).

Estas condicionantes son lo suficientemente importantes para que, por lo menos, pudieran reflejarse en los informes de Trabajo Social y a través de estos se fuera demandando a la institución una atención más integral, y a los entornos inmediatos más cuidados para las mujeres. Sin embargo, aunque las y los profesionales detectan la importancia de estos factores en el desarrollo de los embarazos, los datos se pierden, las iniciativas se esfuman, y las condiciones continúan afectando a las futuras mamás y a sus productos. En las entrevistas se corrobora que, en el estudio socioeconómico, después de los datos “hay un pequeño apartado para las observaciones de la Trabajadora social” (Entrevista03MSH, 2021). No se pretende que toda la responsabilidad del cuidado en el embarazo recaiga en el informe y la intervención de Trabajo Social, pero sí se señala que tiene insumos suficientes para abrir espacios de demanda por el cuidado y el bienestar de las usuarias y los bebés.

Si las y los profesionales abandonan la intención y la práctica de develar aquellas violencias que pueden ser alteradas para el bien las personas, no se articularán acciones gremiales que hablen por el colectivo.

3. Análisis de resultados

En este capítulo se trabajará un apartado por categoría, la primera Dilemas Éticos (DÉ), enseguida Gestión de Dilemas Éticos, y finalmente Formación Profesional, rescatando de la transcripción de las entrevistas, aquellos accidentes que ilustren los rasgos que las componen, los sentidos dados a sus vivencias, y la relación entre ellas.

3.1 Categoría: Dilema ético en relación con los usuarios y usuarias

Tabla 5: Subcategorías del Dilema Ético

Categoría	Dilema ético con relación a los usuarios y usuarias Un Dilema ético (DÉ) es un conflicto de valor que enfrenta a las y los profesionales a la responsabilidad de tomar 'la mejor decisión' para el usuario o usuaria entre varios cursos de acción posibles y a todos los encuentra serias desventajas. En el balance entre las ventajas y desventajas se colocan en juego principios y valores que no se pueden conciliar, por ello, ninguna alternativa es satisfactoria y ponen en juego su salud moral. Los elementos de un dilema son: deber, alternativas y confrontación (Allen, 2012). Los Dilemas éticos en relación con los usuarios y usuarias se pueden diferenciar, según Vilar y Riberas (2017), de los Dilemas interprofesionales y los relacionados con la misión institucional.					
Subcategoría	1. Principios encontrados	2. Decisión difícil	3. Diversos cursos de acción	4. Inconformidad con la decisión tomada	5. Inconformidad con el resultado material de la decisión	6. Afección moral
Definición operacional	Cuando las o los profesionales piensan que una decisión es más justa, benéfica, respetuosa o útil que otra, pero por alguna razón, valora no llevarla a cabo. O bien, encuentra dos formas de resolver que dañarían a uno o a otro principio.	Cuando algún elemento intrínseco o extrínseco a la situación de la usuaria dificulta la intervención del o la profesional	Cuando la profesional relata las varias soluciones que le planteaba una situación.	Cuando al paso del tiempo recuerdan la decisión con preocupación por el destino del o la usuaria	Cuando, además de sentir desagrado con la decisión tomada, se enteran de que pasó algo desafortunado con la usuaria o involucrados a partir de ella.	Además de la inconformidad con la decisión tomada frente a una situación dilemática o con los resultados de dichas decisiones, pasado el tiempo la situación siempre vuelve a confrontar al profesional, acompañada de una afección emocional.

Fuente: Elaboración propia con información de (Banks, 1997), 2021.

La disección de la categoría '*Dilema ético en relación a los usuarios y usuarias*', en las subcategorías 'Principios encontrados', 'Decisión difícil', 'Diversos cursos de acción', 'Inconformidad con la decisión tomada', e 'Inconformidad con el resultado material de la decisión', permitió identificar en los relatos de las y los entrevistados, los elementos que le dan sentido y diferencian de otros dilemas que

se enfrentan en Trabajo Social, como los relacionados al trabajo interprofesional o con la misión institucional. Así mismo, las subcategorías permitieron distinguirlos de lo que es un problema o un asunto ético. Por ejemplo, comentó una entrevistada:

Te lo voy a decir tal cual me lo contestaron una vez, -Oiga doc. viene una paciente de tal municipio con su referencia- para empezar que te la reciban, sí te la reciben, pero dice que es violada, y le digo al doctor -le voy a hacer reportar al MP (Ministerio Público)- y me contesta, -mira, si quieres tener pedos es tu bronca, ¿para qué nos vamos a meter en pedos? O sea, ya se va a ir, no se va a quedar- Y dices tú -Ah bueno doctor, sí está bien-. O sea, lo que me dicta mi ética personal y profesional es diferente, no puedo decir, este señor no tiene sentimientos, no tiene valores, no tiene ética, simplemente él así lo ve -yo no quiero pedos, ¿tú te vas a echar el cuete? - ¿sí me explico? Entonces esto sería para un dilema ético (Entrevista02MYM, 2021).

Esta situación podría ser un Dilema, pues se sobreponen obstáculos a la intervención de la trabajadora social, quien siente angustia al comprender que el bienestar de la usuaria está en juego. Sin embargo, la profesional no se plantea más rutas de acción que la de obedecer al médico, no hay principios en confrontación, ni inconformidad moral con el curso de la decisión, como pudiera suceder si quisiera obrar conforme al procedimiento y ‘notificar al MP’, en un acto de justicia para con la usuaria. Este sería el ejemplo de un problema ético (Banks, 1995), pues hay una situación que le genera un conflicto ético (el bienestar de la usuaria), pero la trabajadora tiene clara la decisión que debe tomar y la consecución del caso.

Otra profesional comentó “sí creo que por nuestra intervención se destruyó una familia, porque la señora lo ocultó a un señor que tenía una hija y ella dijo que era su sobrina” (Entrevista01CAM, 2021). En las entrevistas con la profesional el señor se entera indirectamente, y aunque esto no fue un dilema ético, sí constituye un asunto ético, pues se conforma como una experiencia con mucho impacto moral para la trabajadora social.

En el siguiente comentario: “Quisiera decir muchas cosas cuando veo esos casos niñas violadas de 12 y 13 años, embarazadas del papá probablemente, pero uno tiene que ser muy ético, saber cuál es tu límite y que puedes aportar. Tienes que ser muy prudente para manejarlo” (Entrevista02MYM, 2021). Este comentario no refiere a un caso particular, sin embargo, constituye también un ejemplo de asunto ético.

Así pues, a través del análisis del *Dilema ético (DÉ)* en subcategorías, se pudieron discriminar incidentes que no correspondían a situaciones dilemáticas, aunque en ocasiones los propios profesionales los denominaran así. A continuación, se muestra el examen de las subcategorías en los incidentes en donde de las y los trabajadores sociales se enfrentaron a un *DÉ* con relación a usuarios y usuarias. Cabe señalar que los ejemplos no se usan porque correspondan exclusivamente a una u otra subcategoría, sino que, se hace uso de ellos para ilustrar el análisis, pero son en su integralidad un *DÉ*.

1.1 Principios encontrados

Como se describió en capítulos previos, los principios sugeridos por la Bioética; el de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, son máximas que orientan, aun inadvertidamente, el conjunto de decisiones que toman las y los profesionales cotidianamente. Cuando una Trabajadora Social expone:

Entonces un conflicto muy fuerte que tuve con la doctora porque no dejaban a la mamá a pasar a ver a su hija en fase terminal de cáncer. Yo entiendo las situaciones médicas, pero no había más niños ahí, no afectaba en nada que la mamá estuviera con su hija en sus últimos momentos (Entrevista03MSH, 2021).

Se puede apreciar que la profesional está buscando el mayor bien para las usuarias, lo que es una referencia al principio de beneficencia. Este ejemplo constituye un *Dilema ético* porque la profesional encontró límites a su intervención, había varios cursos de acción, se confrontó al deber de seguir los procedimientos, manifestó insatisfacción con el curso de la situación, y serias huellas emocionales

al recordar el caso, pues producto de esto, la entrevistada rompió en llanto. A pesar de que el principio de beneficencia está presente en su forma de enfrentar el dilema, la profesional no lo menciona en ningún momento.

Con este ejemplo, se quiere recalcar que los principios no deben ser entendidos como reglas morales impuestas, sino como referentes que señalan qué es valioso para el profesional en una situación determinada. Los principios indican que es una responsabilidad profesional hacer un trabajo competente y sensible por el mayor beneficio del usuario o usuaria (principio de beneficencia), que este trabajo encuentra límites en las decisiones de cada uno respecto a su propio destino (principio de autonomía), que deben procurar distribuir sus beneficios de manera equitativa (principio de justicia), y que, cuando no pueda lograr el mayor bien con sus servicios, deben buscar hacer el menor mal (principio de no maleficencia).

La Ética Compleja reconoce en la noción de ecología de la acción, que los principios por los que una persona actúa no garantizan el resultado esperado. Las decisiones, entran en un juego de interrelaciones en el que no es fácil prever los resultados. Así los principios, fácilmente pueden entrar en conflicto, y esto es una fuente importante de tensiones para las y los profesionales. Se comenta otro caso:

En alguna ocasión nos tocó una paciente que era adicta, en parcial condición de calle porque a veces iba a casa de sus papás, y a veces andaba en la calle, entonces tuvo bebé y se debatía ¿se le da al bebé o no?, la señora no decía que rechazaba al bebé, al contrario, ella lo quería, pero los médicos sí decían -o sea yo no se lo voy a dar a alguien que evidentemente no lo va a cuidar- el debate de -sí dénselo- y los otros -no, no se lo den porque no lo va a cuidar- y los otros -pues es que es su hijo y no hay rechazo para él- (Entrevista01MCAM, 2021).

En este caso, comenta la entrevistada, que el personal médico quería retirarle el bebé a la mamá, aún en contra de su propia voluntad apelando que ella no tenía las competencias suficientes para cuidar correctamente de él. Esta preocupación de velar por el interés superior del menor es una referencia al principio de beneficencia, y la voluntad de ignorar las preferencias de la paciente implica una

posición profesional en donde este principio prima por encima del de autonomía. El Dilema ético se presenta cuando otros gremios profesionales cuestionan la jerarquía de principios de la perspectiva médica e inquietan, ¿es adecuado privar a la mujer de la oportunidad de cuidar a su hijo? Incluso para el bebé, ¿estar apartado de su mamá es lo mejor?, ¿cómo equipo multidisciplinario e instancia médica no podrían generar apoyos para ambos? En un caso similar de maltrato infantil, el trabajador social expresó:

El dilema sería ¿esos padres no tienen derecho a una segunda oportunidad? Y dices hídole ¿sí hice mi intervención adecuada, o tan adecuada fue que el niño ya no terminó con los papás, sino en una institución? (Entrevista04HJCM, 2021)

Como la formación del Trabajo Social demanda un análisis multifactorial de los hechos sociales, esto puede verse reflejado en la reflexión del profesional en el segundo caso, cuando, además de pensar en cual sería la mejor decisión para resolver el Dilema, se cuestiona sobre las causas estructurales que llevaron a los padres del menor a ejercer la violencia física que llevó al niño a estar hospitalizado. Este tipo de reflexiones son las que inspiran las investigaciones sociales que Trabajo Social puede impulsar desde el área médica en atención pediátrica y materno infantil, y que, sin embargo, aún son escasas, reforzando lo que autoras como Tello (2013), indican acerca de que se escribe poco de y desde TS “no se trata de la acumulación conceptual [...] sino de revalorizar el lugar de la teoría que permita una intervención fundada y cada vez más eficaz” (p.35).

Respecto a la jerarquía de los principios éticos, en el primer caso expuesto, la Ética General de las Profesiones (ÉGP), señala que ningún principio esta por arriba de otro, sino que, en cada caso particular se van a expresar diferente, y sólo la posibilidad de argumentar desde todas las miradas posibles facilitará a las y los profesionales tomar la decisión más satisfactoria posible “hay que permanecer abiertos lo que pasa con los principios cuando se los aplica” (Hortal, 2002, p.90). En este caso el trabajo interdisciplinario se vuelve vital, la competencia y capacidad de

cada profesional es indispensable para nutrir las discusiones. En otro caso, un entrevistado comenta:

Me titulo en agosto y en noviembre entré a trabajar, y la primera actividad que me asignan es ir al Comité de Bioética, entonces yo dije -esto cómo con qué se come-. Era un caso de un paciente donde la mamá decía que tenía muchas malformaciones, que si presentaba un paro cardíaco ya no lo reanimaran. Entonces uno como alumno que va empezando a trabajar dice ¿pero por qué ocurre esto, por qué la mamá no quisiera reanimar a su hijo? Esa vez invitaron a un sacerdote y a un abogado, entonces el sacerdote fue la primera vez que me sorprendió, porque no dio su perspectiva de que se iba a ir al infierno, él dijo -bueno, si la mamá está sufriendo y hay complicaciones, él hablaba de la buena vida y dijo, si es decisión de la mamá pues adelante-, el abogado dio su discurso y yo como trabajador social, dije -me perdonan, pero yo ahorita no tengo una respuesta porque me estoy incorporando y sería irresponsable lo que yo pudiera decir-. Me dieron la oportunidad de analizar el caso 15 días. Comprendí que la mamá en cierto sentido tenía razón, viéndolo desde el punto de vista social y las implicaciones de la calidad de vida, no de nivel, sino de calidad de vida (Entrevista04HJCM, 2021).

Con este ejemplo se puede observar como la falta de experiencia, criterios orientadores y formación en ética profesional, pueden dificultar a las y los expertos tomar decisiones puntuales y sustanciales para afirmar su rol dentro de la institución. Por esta razón, los contenidos bioéticos y en ética profesional necesariamente deberían ser parte del contenido formativo de la actividad experta (Companioni, 2015). Tanto el conocimiento teórico y ético, la comprensión explícita de sus propias posiciones éticas, y la capacidad de argumentar su opinión profesional, le conceden carácter a su identidad gremial y le hacen responsable un trabajo bien hecho. En este caso, el profesional reconoció que necesitaba analizar el caso para dar una opinión, y resolvió a favor del principio de autonomía, por sobre el de beneficencia. Para esta resolución se apoya de conocimientos temáticos

propios de su perfil académico como son la diferenciación conceptual entre nivel y calidad de vida. Esto también es reflejo de la necesidad de contar con los diferentes tipos de competencias profesionales que menciona Hirsch (2005); las cognitivas, las técnico-organizativas, las sociales, las éticas y las afectivo-emocionales.

1.2 Decisión difícil

Esta subcategoría para el caso del *DÉ* va a implicar que, en el curso de una situación, se sobrepongan obstáculos a la resolución profesional del Trabajo Social, ya sean propios del caso, como en los anteriores, por falta de competencias profesionales, o por condicionamientos externos, por ejemplo:

Uno fue de una menor que la llevaba la tía porque la mamá ya había fallecido y la niña tenía parálisis cerebral infantil, tenía como 10 años, la iban a operar de las anginas y le hicieron algunos estudios preoperatorios, entre esos un general de orina. A la hora que le hacen el estudio resulta que la niña tenía espermatozoides en la orina, entonces nos avisan a Trabajo Social, especialmente a mí, y tenemos que hacer el aviso de probable abuso sexual. Y cuando se hace la investigación con la tía ella estaba impactada, lloraba, no lo podía creer, y decía, pero ¿cómo?, si solo vive con su papá y sus tres hermanos, la cosa es que se hizo la denuncia dentro del hospital, pero no fuera, ya no me dejaron. Entonces yo me quedé con ese sentimiento, y yo me quedé con esa duda si se llevó a cabo algo si se hizo algo por la niña, si se pudo rescatar, pues esa niña aparte de ser menor era incapaz por la parálisis cerebral. Fue muy difícil para mí, muy, muy difícil tomar esa decisión de que me dijeron -No, tú ya diste aviso aquí y ya- para mí fue de lo más difícil que me ha tocado acatar porque me sentía yo indignada (Entrevista03MSH, 2021).

En este caso se le impusieron límites burocráticos a la intervención de la profesional, quien veía como la decisión más correcta iniciar un proceso legal en defensa de la infanta ante las autoridades competentes. Estas imposiciones a la intervención social, de acuerdo con la literatura, son una de las principales fuentes de tensión para el Trabajo Social institucional:

La forma en que los trabajadores sociales pueden cumplir con sus obligaciones morales en la superficie del carbón no es simplemente un producto de la política de salud o la práctica institucional, sino la interconexión de las políticas en sectores como la salud, el bienestar, la inmigración, etc., que en conjunto inciden en la justicia social y el respeto por la salud de las personas. Esta interconexión y su impacto es un factor significativo en la angustia moral experimentada (Fronek, et al., 2017, p.14).

A continuación, se analiza un caso en donde las dificultades son intrínsecas al caso:

En algún momento llegó una chica que tenía un marcado retraso, tú platicabas con ella y era una niña como de nueve años, estaba embarazada, bueno tenía como veinticinco años y ella refería que había tenido un abuso sexual como a los nueve años, entonces su crecimiento personal, pues de acá arriba, había quedado como estancado en ese momento. No tenía mamá, no tenía papá, entonces, ella iba a tener una nena, e iba a ir a vivir al mismo lugar donde había sido ella agredida, entonces, esa parte a nadie se la había platicado más que a TS, entonces ahí sí te quedas como diciendo ¡híjole, esto es importante!, em, obviamente la chica no quería denunciar, no quiso denunciar, no quiso hacer ningún tipo de acción legal, pero ella te marcaba, o sea ella te expresaba un marcado miedo por ir, decía -es que voy a ir ahí, y es que sí me lastiman a mi niña-, o sea, estaba consciente de que era mamá, y que amaba a su hija, y de que era lo más importante en su vida, pero vamos ese tipo de cosas sí, a veces poco te dejan hacer las pacientes, porque bien dice el dicho 'si una persona no quiere ser ayudada, por más que tú le brindes oro y lo demás, no lo va a querer, no lo va a hacer', y por obligación pues tampoco, entonces pues ya lo único que haces ahí es tratar de reducir factores de riesgo no, o sea hablar con el familiar, no ser como tan directos porque tampoco puedes como quemar este secreto que te están confesando, lógicamente, y pues mire señora o el familiar que iba por ella o que estaba como al pendiente, no, no recuerdo quien era la era una mujer,

pero era familiar de ella, como tratar de ir previniendo esa parte no -¿pero viven hombres en su casa?, pero cuiden mucho a la niña- y te quedas como con una, insisto, con un sabor de boca bien... casos que te... que ya que terminas tu intervención así como que hígole que Dios te bendiga, y te pones a chillar un rato (Entrevista01MCAM, 2021).

Aquí, la profesional respetó la decisión de la usuaria y mantuvo el secreto profesional (principio de autonomía), aún a pesar de la preocupación tan intensa que sentía por el bienestar de la usuaria y de la bebé, y sin menoscabarla por su discapacidad, resolvió buscando la manera de hacer el menor mal posible o reducir el riesgo para ellas (principio de no maleficencia). Sin embargo, la huella que persiste del daño emocional es significativa, y ésta es una marca muy particular del *DÉ*.

1.3 Diversos cursos de acción

Cuando un caso tiene varias vías de respuesta y el profesional no sabe por cuál decidirse, es porque valora que en unas u otras hay ventajas y desventajas. Esto no se resuelve al tomar una decisión, pues para él o ella persiste la duda de si su decisión habría sido la mejor, o si ha afectado al usuario o usuaria con ella. Nos comenta un trabajador social:

Te ponen casos de pacientes de 60 años y uno de 16, y te dicen que el de 60 tuvo un factor de riesgo, pues en algún tiempo de su juventud fue alcohólico, y el de 16 es por una enfermedad, entonces esas son las cuestiones que uno analiza y dice, ¿por qué sí el de 16 y no el de 60 para ingresar a la clínica de hemodiálisis para poder seguir viviendo o fallecer? Entonces ahí es en donde entra el juego de la Bioética, el dilema y sobre todo despersonalizar y decir -Yo debo actuar como un profesional, no pensar que mi abuelo tiene la misma edad- eso cuesta trabajo, sin embargo, yo creo que debe ganar la profesión, o lo que tú has aprendido y dejar de lado lo que tu pienses porque eso puede influir en un caso particular (Entrevista04HJCM, 2021).

Esta duda sobre 'la mejor decisión' es difícil de dejar en el espacio de trabajo, lo que puede afectar el bienestar de los y las profesionales, contaminar sus espacios personales, agotarlos mentalmente, y mermar su disposición a involucrarse éticamente en los casos.

Yo estaba en áreas de terapia, emocionalmente fue una carga por 4 años o 5 casi, y mi compañera con la que me apoyaba mucho estuvo en esas áreas también varios años, entonces siempre compartimos nuestras experiencias y no sabes lo que hacíamos mucho. Yo me quitaba la bata y la sacudía, así como que dejaba todo ahí en la oficina y me venía a mi casa. Así estuve mucho tiempo hasta que finalmente me empezó como a afectar, me empecé a venir como con esos sentimientos y creo que hasta la fecha me duelen (rompe en llanto) (Entrevista03MSM, 2012).

Por ello, son muy importantes los recursos formales de los que se puedan apoyar, como estos difícilmente se encuentran en los manuales y protocolos de procedimiento, los diálogos entre colegas se vuelven espacios importantes de desahogo, apoyo, contención y resolución, que la misma institución debería promover como parte de los derechos de las y los trabajadores del sector salud:

1.4 Inconformidad con la decisión tomada

Esta subcategoría está muy vinculada a la anterior, pues una característica del *DE* es que todos los cursos de acción plantean ventajas y desventajas, por lo que, se tome la decisión que se tome, persisten la angustia, la duda y la insatisfacción. Esto afecta el ánimo personal de las y los profesionales, su desempeño laboral, su sensación de realización con sus actividades, sus relaciones interpersonales, con sus compañeros, compañeras, y personas atendidas:

Una niña de un año que venía de zona popular, terriblemente la niña, pues parecía que el papá era el violador, y se le dio seguimiento de caso y la niña quedó albergada, pero ahí viene mi contradicción ética, viene me choqué porque bueno ya, queda resguardada en una casa hogar ¿Y ahora ¿qué sigue? ¿qué se le va a ofrecer? ¿será que en una casa hogar de ella se va a

sentir mejor que en su casa? pues por lo pronto la violencia y lo que están haciendo se va a evitar, por lo pronto, pero yo también la estoy violentando al promover que esté en un lugar albergada, ¿qué le van a ofrecer ahí? Entonces es ahí cuando uno se cuestiona ¿qué es lo mejor para ella?, pues depende del caso ¿no? Pero así nos hemos enfrentado, o también con la mamá a hablar con ella, yo hago mi reporte, mi hoja de evolución para las compañeras de psicología que puedan apoyarla emocionalmente, pero por lo pronto la contención que corresponde a Trabajo Social se hace (Entrevistada02MYM, 2021).

1.5 Inconformidad con el resultado material de la decisión

Esto sucede puntualmente cuando el personal se entera de que su decisión resultó muy dañina para el usuario o usuaria:

Se presentó una situación porque la chica no tenía con quien irse... bueno si no tienes algún familiar aquí pues buscamos redes institucionales que te puedan brindar el apoyo, y la chica dijo -no, no, no porque me van a quitar a mi bebé, que yo no quiero perder a mi bebé-. Y digo, son pacientes que de alguna manera traen como alguna situación familiar personal que no les permite, o bueno que ellas en si no quieren como compartir información por su propia seguridad no... digo, TS sí, sí tiene la facultad a lo mejor de, si tienes este tipo de situaciones pues de comunicarse con la gente de la localidad, -mira tenemos tal situación- el DIF ya nos apoya y se hacen las coordinaciones necesarias para que la paciente regrese a lugar de origen, o mínimo para que tenga sus redes de apoyo. El otro turno la canaliza, y luego nos enteramos que la chica se sale de la asociación o de la casa a donde se envió y pocos días después ubican al bebé abandonado ¿no?, entonces nos preguntamos, ¿fue buena nuestra decisión de mandarla allá? Sí, de plano tu parte subjetiva brinca ¿no?, y te dice ¿no manches cómo es posible que paso esto?, y en este particular caso fue uno donde sí nos brincó, no antes, porque nosotros previamente hicimos como todo lo que nos correspondía, cumplimos con lo que éticamente nos correspondería hacer desde una visión

de generarle a lo mejor un bienestar a la chica, al bebé, pero posteriormente fue cuando encontramos los conflictos y nos cuestionamos ¿qué hicimos o qué paso?, ¿qué es lo que no hicimos? ¿qué hicimos y qué no hicimos para que se diera esta situación?, ¿desde dónde tenemos entonces que valorar nuestro actuar, desde dónde tenemos a lo mejor que prestar la atención, las orientaciones, la sensibilización para que no se presenten estas cosas? ¿no? Ok, ya tomas la decisión, se hace, pero posteriormente, te digo, nos enteramos de esta situación que el bebé pues lo abandonó unas calles por allá después, nos enteramos que obviamente, a la chica no se le localizó en ese momento. Sí te enfrentas como a esos conflictos posteriores y pues sí te dejan un saborcito muy amargo en la boca de ¡caramba!, creo que tenemos que hacer de otra forma el trabajo (Entrevista01MCAM, 2021).

Las dudas que brotan de situaciones como la anterior pueden ser, de hecho, una fuente importante de reflexión circular sobre la intervención de Trabajo Social. Sin embargo, si éstas se pierden dando paso sólo a los sentimientos de insatisfacción, culpa o remordimiento, van a resultar sólo en una afección sobre la seguridad profesional del personal, les complicará la toma de decisiones futuras, y conformarán su experiencia profesional de bastantes referencias malas o insatisfactorias, que son más difíciles de expresar y de aprovechar para mejorar la práctica colectiva.

1.6 Afección moral

En bastantes de los casos anteriormente expuestos se puede apreciar este elemento como uno de los más extendidos y delicados para el personal, pues implica un daño silencioso que pocas veces pueden reconocer explícitamente, tratar y aprovechar como parte de las experiencias positivas en el trabajo: “el área de la salud te deja muchas huellas que, si no acudes a una terapia no sacas esa parte que te dejó marcada que puede influir en tu toma de decisiones después o revivir ese dolor, entonces yo creo que eso sería muy importante” (Entrevista03MSH, 2021). Otra entrevistada comenta:

En serio, insisto, esa parte subjetiva te pones a pensar en el más adelante qué va a pasar con esa niña, qué va a pasar con ella, obviamente son situaciones que tú no controlas, que tú no puedes decidir de -vente, te traigo pa' mi casa pa' que estés segura- porque no es la realidad que le toca vivir a esa persona, pero insisto sí te dejan con un sabor de boca tan amargo, tan, tan amargo que, sí te hacen buscar a lo mejor no en ese caso particular porque ya no puedes hacer gran cosa porque tampoco te lo permiten las usuarias, pero sí para futuras ocasiones a lo mejor buscar una forma de intervenir, pues para poder evitar que se presenten esas situaciones no, y son casos muy tristes y son casos muy dolorosos, conflictivos profesionalmente y te digo, esa parte subjetiva, ya que te quitas la filipina y ya que dices ya estoy en mi casa, pero sí que te quedas así como pensando ¿qué va a pasar? (Entrevista01MCAM, 2021).

3.2 Categoría: Gestión de Dilemas éticos

La categoría 'Gestión' de DÉ se refiere, a grandes rasgos, a las estrategias y recursos que las y los profesionales utilizan para enfrentar, resuelvan o no satisfactoriamente, un Dilema ético. La clasificación que se retoma distingue tres tipos de gestión: a) La no gestión o inhibición; b) La gestión personal-privada o personal-pública, y; c) La gestión pública semi-estructurada o pública estructurada (Vilar, 2013; Vilar, Riberas, & Rosa, 2016), que se explican con mayor detalle en la siguiente tabla.

En el análisis de los accidentes se retomarán algunos de los Dilemas previamente usados.

Tabla 6: Gestión de Dilemas éticos en relación con los usuarios y usuarias

Categoría	Gestión de Dilema ético en relación con los usuarios y usuarias		
	La <i>Gestión de Dilemas éticos (GDÉ)</i> , en relación a las usuarias y usuarios comprende, como se esgrimió anteriormente, las estrategias, recursos y obstáculos que entran en juego al momento en que las y los profesionales enfrentan un conflicto de valor. De acuerdo con (Vilar y Riberas, 2017) las formas de GDÉ pueden clasificarse en tres:		
Sub-categoría	2.1 No gestión o inhibición	2.2 Gestión personal- privada o personal-pública	2. 3 La gestión pública estructurada o semi estructurada
Definición operacional	La inhibición es cuando las y los profesionales actúan como si no existiera el problema, reprimen la tensión o impotencia que sienten, y se justifican con frases como “no depende de mí, (Vilar, 2013; Vilar, Riberas, & Rosa, 2016, p. 16). O bien, acuden a un estamento superior con la intención de que le den órdenes, y así librarse de la carga moral que la situación implica.	La situación se convierte en un problema personal para el o la profesional. En la gestión personal privada ocurre que no sienten confianza en su espacio de trabajo y acuden a sus vínculos afectivos (amigos, pareja o familia), se documentan sin dejar de considerarlo como un problema privado, lo reservan para sí, y lo soportan solos. La gestión personal pública implica que haga una consulta entre compañeros de trabajo acerca de la situación, pero en un contexto informal.	Idealmente la gestión pública estructurada es la más viable. Esta implica que las organizaciones tengan espacios y mecanismos establecidos para que las y los expertos consulten, recibir retroalimentación y orientación calificada. Si estas cuestiones se discuten en el espacio de trabajo, pero como parte del itinerario general de asuntos, entonces es una gestión pública semi estructurada.

Fuente: Elaboración propia con información de (Vilar y Riberas, 2017), 2021.

2.1 No gestión o inhibición

De los dilemas identificados en los relatos de las y los entrevistados, no hubo alusión directa a que evitarán enfrentar las situaciones, las eludieran con algún tipo de estrategia o recurrieran a un estamento superior para librarse de ellas. Salvo el caso del entrevistado que recién egresado participó en el Comité de Bioética, y solicitó una prórroga para analizar el caso y dar su veredicto “me perdonan, pero yo ahorita no tengo una respuesta porque me estoy incorporando y sería irresponsable lo que yo pudiera decir” (Entrevista04HJCM, 2021), se ha notado que todas y todos asumen aún los casos más difíciles. Una entrevistada comenta “en general todas tratamos de hacer nuestro trabajo lo mejor que se puede” (Entrevista03MSH, 2021).

Esto deja muy en claro que el personal de la profesión afronta los aspectos pesados del trabajo, incluso, a veces a costa de su propia integridad. A propósito de esto los ejemplos abundan, por lo que se la analizarán más adelante.

2.2 La gestión personal-privada o personal-pública

Un ejemplo del alto nivel de involucramiento que desarrollan las y los profesionales, se puede ver al examinar los casos en los que gestionan los dilemas asumiéndolos como problemas propios. A continuación, se enlistan, apenas un cuarto de los ejemplos en donde sucede así, este recorte obedece a la practicidad en el manejo de la información. Como algunos DÉ ya se han mencionado en el apartado anterior, se presentará sólo una síntesis de ellos:

2.2.1 Gestión Personal privada:

Dilema entre el principio de justicia y el deber de obedecer órdenes superiores: Cuando la TS denunció en el área jurídica del hospital un caso de abuso sexual a una menor en situación de discapacidad y quería denunciar al MP, pero sus superiores se lo impidieron. Lo gestionó así:

Ya no me dejaron, entonces yo me quedé con ese sentimiento y con esa duda si se llevó a cabo algo por la niña, si se pudo rescatar, pues aparte de ser menor era incapaz por la parálisis cerebral infantil. Fue muy difícil para mí, muy, muy difícil tomar de esa decisión de que me dijeron “tú ya diste aviso aquí y ya” y todo lo demás para mí fue de lo más difícil que me ha tocado acatar porque me sentía yo indignada (Entrevista03MSH, 2021).

Es un tipo de gestión personal privada porque la TS se preocupa por el bienestar de la niña, al punto en que está dispuesta a hacer algo por ella fuera del hospital. Sin embargo, nadie en la organización la respalda, limitan su intervención bajo justificaciones burocráticas, se queda sola con toda la carga emocional y moral del caso, lo que nos recuerda lo que dice Hortal (2002) “El sujeto ético en el mundo tecnificado tiende a desaparecer en la insignificancia” (p.62). Los resultados de esta anulación de la intención ética son que, a la larga, las y los profesionales ya no quieren ‘desgastarse en intentarlo’.

Dilema entre ser empático con las familias, y no sobrepasar sus funciones: Casos en donde hay que notificar enfermedad infantil terminal. Gestión de la TS:

Los médicos, sobre todos los residentes son insensibles. Nos toca a nosotros contener a esa familia, explicarle, de alguna forma darle ánimo obviamente no comprometerte a decirle que se va a curar, sino explicarle que es un tratamiento que debe tener apoyo de los padres y de los médicos. La parte espiritual se les acentúa mucho, que si ellos creen en lo que sea, que se apeguen a esa parte y a las redes familiares (Entrevista03MSH, 2021).

La gestión es personal privada porque la TS, al desestimar la conducta de los médicos, asume el deber de contener y resarcir el daño emocional en las y los usuarios, además de potenciar sus recursos para que enfrenten de mejor manera la situación. Aunque ella habla a título personal, se entiende que es una actitud muy generalizada entre las trabajadoras sociales, la literatura indica que, “a través del ejercicio de los cuidados públicos (asistencia social) la empatía o solidaridad se conforman, por ejemplo, como habilidades y valores representativos de la labor del Trabajo Social” (Fernández y Agrela, 2021, p. 102). Como se señaló en capítulos previos, esta es una cualidad estimable, pero también tiene implicaciones delicadas al adjudicar a las TS ‘cosas de sensibilidad femenina’ y considerarlas iniciativas personales sin valor institucional.

Dilema entre el deber de atender o salvaguardar su integridad:

Una vez en pediatría un señor me gritó mucho, fuerte y con groserías porque estaba cerrado el laboratorio, entonces yo le decía que ya no era hora y me decía que cómo era posible que fuéramos así de malos, tuvo que entrar el señor de seguridad y sacarlo, cuando no era nada mío era algo de otro servicio, pero yo era la que estaba a lado (Entrevista03MSH, 2021).

La gestión de la TS fue la siguiente:

Yo lo primero que dejo es que hablen, porque ya me pasó una vez en plástica que hubo un altercado y yo caí, entonces ya no lo volví a hacer. Los dejo que desahoguen, todo lo que quieran desahogar, luego les digo -mire, yo lo

acabo de conocer a usted en este momento, no lo había yo visto a usted, entonces no se enoje conmigo, yo le estoy dando un servicio, le pido que vaya y busque al médico y que él le explique por qué se suspendió la cirugía, yo no la estoy suspendiendo, la suspendió el médico- O sea, como dejarlos que hable y sí ser muy concreta en que no es el pleito conmigo, que yo de verdad a veces ni los conocía, pero ya llegan muy molestos, enojados casi siempre a TS y hay que aprender, de verdad, a escucharlos y a sobrellevar esa situación, pero no creas si te queda el sentimiento aquí en el estómago que dices ¡ay!, por qué me vino a gritar a mí. Eso sí es muy común en TS (Entrevista03MSH, 2021).

Este caso, y al menos otros tres similares “iban cómo veinte de la familia y me decían que ellos pertenecían a una organización y que querían que a su paciente se le practicara una cesárea pero ya, pero ella venía intervenida por una partera y el producto había fallecido, lo más urgente era extraerlo” (Entrevista02MYM, 2021), se consideran de gestión personal privada que las TS no sólo enfrentan solas la agresión de las y los usuarios “le hablé al señor de seguridad y se fue” (Entrevista02MYM, 2021), sino que, la institución se desatiende de las huellas emocionales que estos riesgos dejan en el personal. Como otra profesional comenta, las TS son muchas veces la cara de la institución en relación a los procesos e insumos que esta administra, por lo que, frente a sus deficiencias, están sumamente expuestas al enojo de las familias y usuarias.

Otro detalle que puede observarse es la referencia que la TS hace a la experiencia como factor de aprendizaje. Esto se considera loable, sin embargo, si en la formación se fortalecieran herramientas para enfrentar este tipo de situaciones, se podrían evitar muchos malos resultados.

Dilema entre revelar o guardar la información confidencial de las usuarias. Gestión de la TS:

-Mire si le hacen exámenes de sangre, quieren transfusiones o algo, sí se va a enterar su esposo, no es que yo le diga o el médico, es que se va a enterar. Esperemos que no se entre- Si me tocaron varios casos de que él no es el papá

o quien pagaba era el amigo, el amante o el novio y vivían con otra persona (Entrevista03MSH, 2021).

Aunque la recolección de información personal parece llegar al punto de lo innecesario, cada cosa dicha por las usuarias al personal es de vital importancia. En ese sentido recae sobre las TS la responsabilidad de manejar la información de la manera más prudente para no dañar el proceso de confianza en su figura profesional y tampoco contravenir los imperativos de la organización. Tal como señaló Bermejo (2002), las tensiones alrededor del principio de autonomía son muy frecuentes en TS, pues “Los valores y principios del trabajo social están alineados con la atención centrada en el paciente”, aclaran para ellos el sistema de atención médica y viceversa (Grant & Toh, 2017, p.215) (Traducción propia), así que con facilidad este compromiso entra en tensión con los mandatos burocráticos. La gestión es personal privada porque la profesional asume su responsabilidad en el secreto profesional.

Dilema entre salvaguardar el bienestar de la usuaria y obedecer las órdenes médicas. Gestión de la TS:

El doctor dice -no pues que se vaya- entonces ya yo estoy esperando a ver el familiar o a verla ella, y sin violentarla nuevamente, porque también eso de re violenta preguntándole tanto, pues no. Yo voy a hablar con el familiar, le voy a hacer la entrevista, y ser lo más prudente posible. Y si dice doctor -se va a ir a su casa le vamos a hablar mañana que venga el lunes con la psicóloga- entonces estar muy pendiente, muy ética cuando salga el familiar para decirle -señora por favor venga, por favor para que le hagan entrevista, le recomiendo, el doctor considera que está estable su paciente para que se vaya a su casa, pero si le encargo- Entonces le empiezo a decir la importancia -miré su paciente tiene este problema- no voy a invadir área, no me voy a meter en cuestiones clínicas pero que si es importante que acuda con el psicólogo a tales horas -deme su teléfono, le vamos a hacer seguimiento de caso- Nosotros en el hospital documentar todo lo que sea posible acerca de la paciente para orientarla en su

derecho en la situación en la que se encuentra entonces todo eso implica ser ético (Entrevista02MYM, 2021).

A través de este comentario se puede observar, una vez más, cómo el personal de TS hace de lo más por cuidar a las usuarias. En un acto, nuevamente informal, y con mucha prudencia, actúa buscando lo mejor en medio de la situación que también le impone límites a su intervención.

Este comentario, además, reafirma que el conocimiento es una competencia requerida para la acción ética, ella hecho mano con todo de esta para enfrentar el caso y aunque no pudo cambiar la decisión médica, se abrió paso para intervenir a través de su relación con el familiar.

2.2.2 Gestión personal pública:

De este tipo de gestión se encontraron sólo dos casos, uno en el que el TS atendió una situación de maltrato infantil y se separó al menor de sus padres. Gestión:

Dices hígole, y pláticas con colegas y te dicen –no, pero estuvo bien- y sí estuvo bien, porque uno comprende que el maltrato al niño no es adecuado, pero aun así (Entrevista04HJCM, 2021).

El segundo ejemplo no obedece a un caso concreto, sino a una forma de gestión regular del TS:

Mi esposa es TS, entonces cuando llego le digo, mira pasó esta situación hacemos una retroalimentación y el acuerdo que tenemos es no se vuelve a tocar el tema, llegamos a un punto de acuerdo, lo platicamos a lo mejor dos o tres horas y digo yo ya lo platicué, a lo mejor para la otra es ella, y ya o sea tampoco me lo puedo llevar todo el día en mi mente o en mi cuerpo porque no podría. Y también cada seis o siete meses trato de ir con un especialista a desfogarme un poquito, los domingos definitivamente no es apropiado tomar cosas del trabajo. Abordó lo necesario pero ese día para mi se olvida, no que se me olvide, pero la mente necesita descansar (Entrevista04HJCM, 2021).

En ningún caso, puede notarse que compartir el Dilema con familia, amigos o compañeros ser un recurso suficiente para aliviar la carga moral, pues los argumentos de los colegas no aportan elementos para complejizar el análisis ético del profesional.

2.3 La gestión pública estructurada o semiestructurada.

2.3.1 Gestión semiestructurada:

Los casos de gestión pública semiestructurada constituyen un recurso potencial para las y los profesionales, ya que la consultoría con sus colegas les brinda puntos de vista de vivencias y conocimientos afines. El punto débil de este tipo de gestión, es que las experiencias no siempre van acompañadas de un análisis estructurado, leído desde una perspectiva teórica, metodológica o ética, a su vez, pasan de largo como charlas de pasillo, y el valor del aprendizaje experiencial se pierde a los ojos de la institución y la academia. Por ejemplo:

Dilema entre respetar la decisión de la usuaria, o buscar su mayor bienestar y seguridad: En esa ocasión se la llevan, la chica se sale de la asociación o de la casa a donde se envió y pocos días después ubican al bebé abandonado. Gestión de las TS:

Sí nos quedamos, así como de ¡caramba! entonces, ¿fue buena nuestra decisión de mandarla allá? O sea, sí entras como en un conflicto. En este particular caso fue uno donde nos brincó, no antes, porque nosotros previamente hicimos como todo lo que nos correspondía, cumplimos con lo que éticamente nos correspondería hacer desde una visión de generarle a lo mejor un bienestar a la chica, al bebé. Pero posteriormente fue cuando encontramos los conflictos de ¿qué hicimos y qué no hicimos para que se diera esta situación?, desde dónde tenemos entonces que, que valorar nuestro actuar, desde donde tenemos a lo mejor que prestar la atención, las orientaciones, la sensibilización para que no se presenten estas cosas ¿no? (Entrevista01MCAM, 2021).

Frente a este dilema ético las trabajadoras sociales de manera convenida resuelven a favor del principio de beneficencia “buscar un bien para la chica y el bebé”, sin embargo, el resultado material de la decisión las confronta e incentiva un ejercicio de reflexión profesional que inicia con la pregunta ¿qué hicimos bien o qué hicimos mal? Esta interrogante es muy interesante, y a todas luces constituye una experiencia rica en el sentido de que en un caso similar podrían apelar a ella para actuar con más premeditación. Sin embargo, ni la reflexión se estructura públicamente de manera coordinada, ni la intervención se ejecutó de manera coordinada entre las profesionales de los distintos turnos. Unas y otras estuvieron más o menos de acuerdo en que canalizar a la joven y al bebé era ‘la mejor decisión’, sin embargo, no hubo un momento, espacio o canal de diálogo e intercomunicación estructurado, fue más o menos convenido implícitamente entre las y los miembros de los distintos turnos.

Otra profesional comenta:

Yo estaba en áreas de terapia, entonces emocionalmente fue una carga por 4 años, casi 5. Y mi compañera con la que me apoyaba mucho ella estuvo en esas áreas también varios años y me las dejó a mí, y ya se fue a neonatos, que también haya es muy difícil, entonces siempre compartimos nuestras experiencias y no sabes lo que hacíamos mucho, yo me quitaba la bata y la sacudía, así como que dejaba todo ahí en la oficina y me venía a mi casa. Así estuve mucho tiempo hasta que finalmente me empezó como a afectar, me empecé a venir como con esos sentimientos y creo que hasta la fecha me duelen (llanto) (Entrevista03MSH, 2021).

Esto es una muestra de la informalidad con la que las profesionales buscan, aun de manera colaborativa, encontrar formas de sanearse de su carga laboral. A continuación, se expone un dilema colectivo en relación con los valores personales y las obligaciones organizacionales:

Tuvimos sentimientos encontrados, te voy a decir. En el año 2004 apareció la interrupción legal del embarazo, pero pues esto nos tomó tiempo, nos tomó capacitación, esa parte que no la teníamos trabajada, en una parte donde yo

había pasado años de vida en un hospital donde siempre se practicaba salvar la vida, pues aquí era una interrupción (Entrevista05MSR, 2021).

La entrevistada comenta que el equipo de Trabajo Social gestionó con mucha dificultad esta transición, que la capacitación fue necesaria, y también reenfocar la visión de servicio y respeto hacia las decisiones de las usuarias “Entonces esa parte sí era así un poquito difícil, pero yo, ante todo, pues teníamos que tener el respeto hacia el otro” (Entrevista05MSR, 2021).

Como puede verse, una cuestión de índole administrativa tiene que ver con un cambio de perspectiva sobre el derecho y la vida, temas absolutamente complejos que no pueden sólo justificarse administrativamente. Los esquemas valorativos gremial y personal requieren de los procesos de actualización y sensibilización, que faciliten la comprensión de los discursos de los derechos humanos: las decisiones de las personas sobre sus cuerpos, decisiones, sentimientos y relaciones. Además, “la satisfacción laboral es el resultado de la evaluación subjetiva de un trabajador de la correspondencia mutua y recíproca continua de su personalidad y el entorno de trabajo” (Marmo & Berkman 2018, p.9) (Traducción propia), por lo que, la dimensión práctica es un punto de encuentro de las dimensiones teleológica y deontológica (Bermejo, 2002) y un sistema dinámico.

2.3.2 Gestión pública estructurada:

Por último, de este tipo de gestión que se considera el más viable, se recata sólo un caso:

La semana pasada tuvimos un caso por analizar (en el Comité de Bioética), de una paciente violentada, su esposo la golpeó, bueno no es su esposo, pareja, porque el señor es casado, parece ser que tiene adicciones y va al Ministerio Público, la mandan con nosotros, se hospitaliza, le hacen ultrasonido y resulta que es un producto disformico, tiene malformación congénita y tiene síndrome de Down. Entonces es un producto no viable para la vida porque trae una malformación muy severa de los intestinos y puede que llegue al final, pero va a morir. Entonces se toma la decisión de que el

producto no es viable y pues, aparte de la violencia y toda la situación, se tiene que tomar una decisión respecto al producto y a la paciente (ella tiene que decidir si continúa su embarazo). Nosotros estamos analizando la parte de que sea compatible con la vida y la vulnerabilidad de la violencia que está sufriendo la mujer, ella está dentro de una problemática familiar que tiene que determinar ella. Y pues obviamente los médicos y el Comité evalúan, pero la decisión es de ella. Cuando ella se entera en las primeras semanas de gestación que tiene síndrome de Down, no se había enterado de las malformaciones, ella continúa con el embarazo, pero ya cuando pasa esta situación tan violenta, que llega a urgencias a través del MP pues ella ya decide poner en la mesa lo que va a pasar y finalmente decide interrumpirlo a las 22 semanas y con aviso a Ministerio público (Entrevista05MSR, 2021).

Este dilema ilustra cuando el personal sanitario está en desacuerdo con la decisión de la usuaria, y lo trata pública y estructuradamente en una instancia específica, que es el Comité de Bioética. Finalmente, el desacuerdo se supera a favor de la opinión del personal del hospital, pero para esto, se dialogó interprofesionalmente, se le dieron a la usuaria todos los argumentos clínicos del equipo multidisciplinario, y se le dio el espacio de reflexionar su decisión. Como se pudo apreciar, este caso fue el único que se trató de esta manera, lo que da paso a que, a continuación, se reflexione la relación entre esta y la categoría previa con el tema de la formación profesional.

3. Categoría: Formación profesional

El análisis de esta categoría tiene el propósito de indagar la relación que tienen las formas de gestión de los DÉ de las y los TS, con los conocimientos y competencias que despliegan, y si estos son recursos que toman de su formación académica, experiencia o actualización profesional.

En perspectiva adoptada, la formación profesional se entiende como “un proceso de complejidad política, cultural y administrativa [...] en donde se articulan instituyentes cognitivos, afectivos y volitivos” (Llerena, 2015, p. 3). En la misma línea, Hirsch (2005) distingue los atributos de un buen profesional en cinco ámbitos

de competencias: las cognitivas, las técnico-organizativas, competencias sociales, las éticas, y las afectivo emocionales. A continuación, se presenta una tabla en dónde se describen los rasgos de cada tipo de competencia.

Tabla 7: Competencias profesionales

Competencia	Características
3.1 Cognitivas	Implican poseer conocimientos, preparación, inteligencia, actualización, experiencia e iniciativa, principalmente.
3.2 Técnico-organizativas	Estas refieren a las habilidades técnicas y metodológicas: la capacidad de aplicar los conocimientos profesionales, saber tomar decisiones, resolver problemas, organización y efectividad.
3.3 Sociales	Aplican en la capacidad de trabajar en equipo, disponibilidad, empatía, accesibilidad y comunicación, favorecer las capacidades de los demás, la integración, mediar, aceptar críticas. También dedicación, constancia, disciplina, diligencia, seriedad, rigor, circunspección, dinamismo, persistencia, paciencia, cumplir las normas y horarios.
3.4 Afectivo-emocionales	Refiere dos tipos de rasgos, los referentes al afecto por la profesión (interés, convicción, satisfacción), y los relativos a las capacidades emocionales (no invadir el espacio personal con el laboral, practicar el autoconocimiento, reconocer las propias cualidades y limitaciones, carácter, actitud constructiva, ecuanimidad y serenidad, principalmente).
3.5 Éticas	Responsabilidad, respeto, honestidad, respeto idea de buen servicio, referentes volitivos como principios y valores.

Fuente: Elaboración propia con información de (Hirsch, 2005, p. 6-7).

De poseer equilibradamente rasgos de los diferentes instituyentes o competencias, las y los profesionales podrán manejar con más efectividad los retos que les demanda, tanto los diversos espacios laborales, como los rápidos cambios tecnológicos, administrativos y sociales. Antes se han ilustrado algunos eventos en los que las trabajadoras sociales hacen uso de sus conocimientos temáticos, técnicos y teóricos, para abordar las situaciones conflictivas, pero también ha quedado de relieve, como ante la falta de algún tipo de competencia, les es muy difícil tomar decisiones o éstas se convierten en experiencias negativas con efectos psicológicos y morales.

Cuando se inquirió a las y los entrevistados si durante su formación universitaria revisaron contenidos en bioética o ética profesional, la mayoría asintió:

Sí en la carrera. No me acuerdo que clase era, pero si obviamente desde la formación te van inculcando esa parte, tú como vas a enfrentarte a una población, pero siempre partiendo de como tus valores, en el posgrado también, en los diplomados también se han mencionado cosas estas de bioética o de ética propiamente (Entrevista01MCAM, 2021).

“Obviamente fue parte de mí formación académica, pero también parte de la formación en el servicio” (Entrevista02MYM, 2021). “Pues sí, mira en la carrera técnica yo llevaba una materia, en la licenciatura ya vimos teorías éticas y en específico las constructivistas” (Entrevista05MSR, 2021).

En menor medida afirmaron: “No, en la escuela en esa época no nos daban eso” (Entrevista03MSH, 2021).

Ni en la maestría ni en la licenciatura. De hecho, toda esa parte de Ética Profesional o Bioética la he tenido que solventar pagando cursos yo. La concepción que yo tengo es que no hemos llegado a integrar conocimientos que nos puedan ayudar específicamente en el área de la salud, como concursar o ser parte de un Comité de Bioética [...] y de hecho al final son costosos para el estudiante o profesional (Entrevista04HJCM, 2021).

También en este caso se preguntó si en las instituciones de trabajo han recibido instrucción acerca de estos temas:

Sí, tenemos temas de ética y bioética y cuál es el contenido por la atención al paciente, la confidencialidad, el respeto, la prudencia. Esos son los componentes de la ética para el Trabajo Social. Y yo tengo que manifestar que yo me trató de capacitar, busco alternativas. Generalmente la capacitación, o sea yo trabajo sábado y domingo noche, y si me ponen al curso a las ocho de la mañana para salir a la una de la tarde, o sea, bien cansada y todavía te vas a quedar a un curso de capacitación ¡qué onda!, entonces ahorita yo lo veo como fortaleza y no como debilidad los cursos en línea. Pero si por parte de calidad se dan los cursos constantemente, no solamente éticas de varios tópicos. Ciertamente han manifestado que hay

poca asistencia por lo mismo, es un tiempo extra de tu jornada para dedicarse a la capacitación, entonces lo que yo hago son los cursos en línea lo que he rescatado este tiempo de contingencia y me ha funcionado (Entrevista02MYM, 2021).

El comentario de la Trabajadora social acierta en señalar que es necesario considerar las extenuantes jornadas, la sobrecarga de tareas y lo que se llevan a casa. La actualización en este caso implica un esfuerzo triple. Este es un espacio de oportunidad para la formación profesional, pues si en esta etapa se refuerzan las diferentes competencias, se dota a los futuros profesionales de herramientas para afrontar las situaciones conflictivas. También es una oportunidad para que la intercomunicación entre campo profesional y la investigación académica se restablezca. Otra colega comenta: “sé que hay un departamento de bioética, cursos como tal que hayan dado para Trabajo Social, no que yo sepa, igual y yo los desconozco verdad, al menos no he tomado ningún curso de bioética (Entrevista03MSH, 2021). “Sí, de Bioética sí, y claro que los he tomado” (Entrevista04HJCM, 2021).

Cabe mencionar que todas y todos los entrevistados son licenciados con estudios de especialidad, diplomados, posgrados y que, a pesar de las altas demandas de trabajo o los largos años de experiencia, la mayoría continúa actualizándose: “¿los domingos no atiendes el teléfono? Sí, estoy estudiando sábado y es muy pesado para mí” (Entrevista04HJCM, 2021). Con relación a estas respuestas cuestionó sobre la importancia de estos contenidos para el desarrollo de su trabajo cotidiano. A lo que contestaron:

“Obviamente sí” (Entrevista04HJCM, 2021) “Pues sí para no ingerir en alguna falta, a veces de verdad estamos en el límite de que no sabes si puedes cometer algún error” (Entrevista03MSH, 2021). “Sí la verdad es que sí” (Entrevista01MCAM, 2021).

Acerca de los Comités de Bioética comentan:

Te deja la oportunidad de conocer, de analizar, desde otra perspectiva los casos que se presentan día con día, es como les digo a los compañeros, no es nada más integrarte y ya, es el compromiso y la responsabilidad de estudiar, abordar los casos desde una perspectiva teórica, fundamentada, con una verdadera argumentación de cada caso ¿Considera que los cursos que ha llevado son suficientes para el desempeño profesional? No, claro que no. Ahorita estaban ofreciendo un diplomado en Bioética, que por la pandemia [...] van a ser 16 módulos y estamos cursando el cuarto (Entrevista05MSR, 2021).

Contamos con el Comité de bioética, entonces sí nos llegan a dar información, o a lo mejor no como curso pero a lo mejor cosas que abordan en ese Comité precisamente esa es mi chamba, mi jefa esta como parte miembro de ese Comité, hacen indicaciones o alguna información de relevancia que pudiera aportar para la intervención con los usuarios, y esa información es la que nosotros ya bajamos a los compañeros del área operativa o les compartimos a ellos (Entrevista01MCAM, 2021).

Aún en estos casos la relevancia del componente ético en las actividades del Trabajo Social es marginal, se acota a la experiencia personal de quien participa en el Comité, o se transforma en un tipo de imperativos que se socializan verticalmente en forma de nuevas órdenes. La verticalidad en la toma de decisiones éticas transforma el ejercicio ético, individual y colectivo en otra cosa, más bien burocrática.

Luego entonces, a pesar de que recuerden, sin tanta precisión además, haber recibido contenidos en ética o bioética durante su formación y desarrollo profesional, se estén actualizando, y consideren valiosos estos temas para su trabajo diario, se observa que hay deficiencias importantes en esta competencia profesional. Y no porque falten de disposición, entusiasmo o compromiso, sino porque, los contenidos en Ética profesional y Bioética son dispersos, endebles y subestimados por el entorno formativo y el institucional. En este sentido la responsabilidad no es exclusivamente personal o institucional, sino dialógica.

En los análisis de las categorías previas se constata que, las y los trabajadores confundieron constantemente los diversos conflictos de valor, tuvieron dificultades para enunciar lo que es un Dilema Ético, sólo una de las colegas participa activamente en un Comité de bioética, y lo más sobresaliente, la forma más común de gestionar los DÉ fue de tipo personal privado. No hubo un solo entrevistado o entrevistada que no asumiera el problema de algún usuario o usuaria como un problema propio, que no quedara insatisfecho con alguna decisión, o que no sintiera la carga moral de algún caso.

En seguida se presenta por tipo de competencia un listado de accidentes que reflejan las fortalezas o debilidades en la gestión de DÉ por parte del personal de TS:

3.1 Competencias cognitivas

La Pandemia de la COVID-19 supuso un nuevo escenario de trabajo, que demandó en general, e incisivamente para el personal clínico, un despliegue importante de nuevas capacidades. Una colega comenta:

Entonces al tener una población al mes de ingresos, no sé de 150 al mes, de pronto tuvimos una población de casi 500 personas, entonces pues al ser más la población te genera más conflictos. Trabajo Social ha tenido que buscar estrategias para obtener su información, para dar la atención, por ejemplo, tuvimos que apelar a las video llamadas, hasta a las búsquedas de Facebook. Entonces sí como que te vas adecuando al momento (Entrevista01MCAM, 2021).

Este comentario expresa la necesidad de nuevos conocimientos y actualización extra disciplinar en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Con apremio, estas habilidades se han vuelto básicas para cualquier tipo de actividad experta. Es factible que, en el caso de las profesionales con mayor antigüedad, ni las universidades ni las instituciones promovieran su uso durante las primeras etapas de su desarrollo formativo y profesional. La situación, empero, las orilló a responder con sus habilidades y recursos personales, enfrentando el riesgo

de transgredir los protocolos institucionales y exponer su vida privada. Hortal comenta que “El profesional hoy tiene que ser un buen técnico para ser un buen profesional” (2002, p.61). Sin embargo, ser un buen técnico no es suficiente para ser un buen profesional. El siguiente comentario ilustra también la necesidad de actualización en temas de derechos humanos para el trabajo con diversos grupos de población:

No es que me desagraden las personas homosexuales, o sea, las acepto, pero bueno soy de una generación que todavía no estaba tan abierta a esa parte, y entonces que llegaran los hombres vestidos de mujer, pues no sabía cómo tratarlos. Siempre he sido muy cuidadosa, nunca he tenido ningún problema con ellos, pero si pregunto -cómo te gusta que te llame o sea cómo quieres que te diga- Era como mi miedo porque luego se enojan (Entrevista03MSH, 2021).

Tuvimos sentimientos encontrados en el año 2004 que apareció la interrupción legal del embarazo, esto nos tomó tiempo, nos tomó capacitación e incluso yo personalmente me mandaron a una clínica donde hacían interrupción y yo misma entraba con las pacientes [...] Entonces esa parte que no la teníamos trabajada en una parte donde yo había pasado años de vida en un Hospital donde siempre se practicaba salvar la vida, pues aquí era una interrupción. Entonces esa parte sí era así un poquito difícil, pero yo ante todo, pues teníamos que tener el respeto hacia el otro (Entrevista05MSR, 2021).

Este dilema colectivo evidencia la importancia de que los esquemas volitivos no se estanquen, sino que permanezcan abiertos a nuevas interrogantes y reflexiones. Este caso además deja ver cómo los valores profesionales y los personales siempre van a estar interrelacionados, aunque haya un reclamo importante de objetividad en el trabajo. Este debate debe ser profundo durante la etapa formativa, no para que se resuelva a favor de la dimensión objetiva o subjetiva, sino a favor de su indisociable vínculo e independencia.

La profesional admitió que el equipo necesitó de la capacitación para procesar la situación, cosa no menor porque señala que, más que un avance legislativo, implica un cambio en la noción de derecho y respeto por las decisiones de las mujeres. Es un proceso integral.

A diferencia de los ejemplos previos, el siguiente comentario es reflejo de un acierto del trabajador, quien posiciona un conocimiento particular de TS ante el equipo clínico:

En una reunión me decían - si llega una paciente psiquiátrica cómo la vas a tender, no tienes capacitación- y yo les hablaba de Carballada, en esto del sujeto inesperado y me decían, ¿cómo que es el sujeto inesperado? Y les expliqué desde TS (Entrevista04HJCM, 2021).

En relación con los relatos aquí expuestos, se considera que TS tiene muchos recursos para contribuir, desde sus conocimientos, a elevar la calidad y calidez de la atención clínica. Si bien faltan fortalecer temas de actualización profesional, se observa una gran disposición del personal de continuar aprendiendo y estar a la altura de las demandas sociales en el ámbito clínico.

3.2 Competencias técnico-organizativas

Como se comentó antes, los conocimientos son de gran importancia, sin embargo, la capacidad de las y los trabajadores para aplicarlos es vital. En TS se requiere entre otras cosas, de agilidad en la toma de decisiones y resolución de problemas:

La trabajadora social tiene esa habilidad pues muy desarrollada que es la observación, eso que me esté diciendo no cuadra con lo que estoy observando, pero pues no puedes ir más allá de lo que la paciente te diga o al familiar, entonces tiene uno que ser muy hábil para sacar la información y orientar lo mejor posible a esa paciente. Y pues obviamente todo tiene que ver con la ética: hasta donde yo puedo expresar, hasta donde yo puedo ser discreta, hasta dónde llega mi profesión, hasta dónde son mis límites (Entrevista02MYM, 2021).

O como los esposos que llegan y le dicen a la trabajadora social que no quieren que se opere la señora, que ya es su quinto hijo pero que él no deja que se opere. Por dentro una si quiere llegar y darle sus cachetadas al señor, oye no seas machista, sin embargo, profesionalmente lo que haces -mire señor estas son las condiciones en las que está su esposa, aquí está la consejería de métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva- Entonces ya te llenas como de herramientas para no querer golpear al señor (Entrevista01MCAM, 2021).

Las destrezas técnicas son un sello característico de TS muy ligado a sus orígenes: el trabajo de campo, el contacto directo con las personas y agilizar los laberintos burocráticos. En ese sentido es importante que se preste atención a la práctica inmediata, no se desatienda la reflexión disciplinar, ni la fundamentación teórica en ella. Como expresa un entrevistado “recuerdo en la lectura que dice que en los años 80 un 80% de las actividades son técnico administrativas y yo digo que no ha distado mucho” (Entrevista04HJCM, 2021).

También es importante resaltar que, las y los trabajadores no pueden desplegar destrezas técnicas si carecen de contenidos. La educación continua en temas como la perspectiva de género, el lenguaje inclusivo, la nueva perspectiva social de la discapacidad, la interculturalidad, los derechos humanos entre otras temáticas que no necesariamente formaron parte del currículo de su plan de estudios, son muy importantes para su ejercicio como servidores y servidoras públicas. Ellas, ellos y las instituciones son responsables de asumir la actualización en temas coyunturales y nuevas perspectivas de los problemas sociales.

3.3 Competencias Sociales

Los diferentes rasgos de estas competencias resaltan entre las y los participantes de este estudio. Se considera que los resultados en este sentido son un fiel reflejo del tipo de fortalezas que se trabajan en la formación de este tipo de profesionales.

La proximidad me daba la facilidad de más manejo de la situación, a distancia no me creen eso de que le voy a resolver su situación, voy a ver que se

agilice, como que lo creen como algo político o para quitarme de encima a la gente, no los culpo ni los justifico, pero también ellos son fruto de que no los han escuchado entonces ¿qué hacen, de qué recurso?, la violencia, entonces la proximidad, porque cuando miras a alguien a los ojos le transmites esa confianza, puedes comunicarte (Entrevista02MYM, 2021).

Mis respetos en cuanto a que la medicina tradicional es muy importante, pero si vienen como segunda opción al hospital pues fallece o nace el bebé con problemas [...] somos la primera instancia después de los vigilantes (Entrevista02MYM, 2021).

He subsanado hablando espiritualmente. Es formidable en ese momento, yo también descanso cuando le hablo de Dios, es tan mágico que en ese momento me pongo en su lugar y le explico -mire yo entiendo perfectamente. Yo sé que esto es muy difícil, pero Dios y el espíritu es tremendamente poderoso- porque también yo quedó cargada y luego no solamente eso, también entrega el cadáver y otra vez es revictimizar. Pero bueno así lo he trabajado y lo recomendaría ampliamente (Entrevista02MYM, 2021).

Las TS son profesionales que conocen y reconocen, en parte por su cercanía a las personas, ideas y prácticas que un buen sector de la academia y las instituciones invalidan o desconocen por considerarlas de sentido común, atrasadas o supersticiosas. En los relatos se observa que las trabajadoras, sin afirmarlas del todo, valoran su validez lógica y utilidad práctica "yo les digo que se aferren a lo que crean" (Entrevista04MSM, 2021). Esto no indica, como critican otros profesionales, que no exista científicidad en la intervención, sino que, se trata de un proceso de comprensión de la realidad de las y los sujetos, tal como es vivida y entendida por ellas y ellos, puesta a diálogo con la lógica institucional y profesional en la atención.

Se considera que ésta es una cualidad positiva del Trabajo Social porque no anula lógicas de pensamiento o emocionales, sino que, las pone a diálogo, las confronta, y busca aprovecharlas para el mayor bienestar de las personas. Esta también es una manifestación de respeto hacia las y los usuarios, una forma de acción profesional, un gesto humano de solidaridad, y una afirmación ética. Desde

la perspectiva de la ética compleja, se señala la necesidad de un pensamiento dialógico, y se considera que estas prácticas se pueden potenciar aún más en TS.

3.4 Competencias afectivo-emocionales

El debate en torno a la objetividad de la práctica científica es amplio y en este trabajo importa en los casos concretos en donde esta tensión se expresa, por ejemplo, cuando las y los profesionales enfrentan situaciones como las siguientes:

Yo debo actuar como un profesional, no pensar que mi abuelo tiene la misma edad, eso cuesta trabajo. Sin embargo, yo creo que debe ganar la profesión, o lo que tú has aprendido y dejar de lado lo que tu pienses porque eso puede influir en un caso particular (Entrevista04HJCM, 2021).

Quisiera decir muchas cosas cuando veo esos casos niñas violadas de 12 años de 13 y embarazadas del papá probablemente. Pero uno tiene que ser muy ético saber cuál está tu límite y que puedes aportar y tienes que ser muy prudente para manejarlo (Entrevista02MYM, 2021).

Una vez me decía una maestra "TS tienen que hacer una intervención objetiva, porque pues utilizas instrumentos, utilizas recursos, utilizas como toda esta parte que te permiten hacer un intervención desde un punto objetivo, pero eres un ser humano con subjetividad ¿no?, y entonces esa subjetividad a veces es importante te marca como el foquito rojo como de "no, no, no, no, o mira sí, luz verde", entonces no puedes como dividir esa parte, o sea sí tienes que tener como muy puntual que parte es la que tienes que hacer objetiva, y unas que sí de plano tu parte subjetiva brinca ¿no?

La exacerbada exigencia de objetividad de la ciencia ha sido puesta a debate por diversas corrientes, entre ellas la Ética general de las profesiones (ÉGP) y la ética compleja. Morín (2004), dice que, entre otras cosas, ha conducido a una inteligencia ciega, mutilada, insensible, a la involución humana porque recorta la comprensión, la comunicación y la complejidad. La (ÉGP) señala que hace perder veracidad a las epistemología y teorías científicas, y que contribuye a disociar la parte afectiva y emocional de las personas hasta volverlas ajenas a su propio entorno.

Los comentarios de las y los entrevistados confirman las propuestas de estas críticas, la objetividad no precisa ser sustituida, negada o reprochada, sino complementada, complejizada y comprensiva. Esto facilita a las y los profesionales superar la angustia de ser malos profesionales por ‘ser sensibles’ o ‘por ser absolutamente objetivos’.

Ahí es donde debe entrar la inteligencia emocional y decir, bueno dentro de toda esta marea de problemas ¿cómo le hago para intervenir y llegar a una posible solución que beneficie a la persona que está afectada? (Entrevista04HJCM, 2021).

De alguna manera, esta cita ilustra toda la forma en que se enseña en TS cómo abordar una situación problema. Así mismo, se quiere resaltar que, como indican los comentarios, hay que ser muy conscientes de los límites para evitar una intervención imprudente o resultados adversos para la propia salud. Existe un espacio de posibilidad entre la sujeción y las propias intenciones:

Sí tú estás comprometida con la profesión difícilmente creo que vas a dejar de lado todo lo que está conlleva, eh, cuestiones metodológicas, cuestiones teóricas este, cuestiones prácticas, vas a intentar como ser mejor en lo que tú estás haciendo (Entrevista01MCAM, 2021)

Lo es subsanado avocándome al caso, se tienen que ver los antecedentes, las prerrogativas que le está pasando en su seno familiar, pero abocándonos a lo que nos correspondes para sacar adelante el caso (Entrevista02MYM, 2021).

3.5 Competencias éticas

La primera afirmación que se plantea es que, el notorio sobre esfuerzo y la implicación del personal de TS es reflejo de una posición personal y profesional, que se fortalece y resiste durante el proceso de formación y el ejercicio. Un estudio previo de angustia moral en Trabajadores sociales revela que “A medida que aumentaba el estado de salud, los encuestados informaron menos autocrítica (es decir, la tendencia a ser autocrítico con uno mismo) y sobre identificación (es decir,

la tendencia a cavilar sobre sentimientos negativos)" (Lianekhammy, et al., 2018 p.572). Entonces, cuando un entrevistado se cuestiona "¿cómo esos padres llegaron a desquiciarse y a golpear a ese niño?" (Entrevista04HJCM, 2021). Apela a elementos de la formación que obligan al TS a preguntarse porqué un problema llega a existir tal como se le presenta.

También cuando, pese a las órdenes de los médicos, la sobre demanda y desvalorización de sus labores, las trabajadoras se acercan a los familiares y buscan darles la mejor orientación, contención y facilidades para el servicio, es un acto enteramente ético y profesional. Incluso cuando buscan sortear los límites de la burocracia "A veces los lineamientos dan muchas vueltas para llegar al mismo fin entonces tú te vas directo" (Entrevista03MSH, 2021).

Cómo se observa, todas las competencias antes vistas se interrelacionan y tienen que ver con la intención ética, las capacidades, los recursos y las habilidades. Luego entonces, lo que falta para fortalecerlas es emprender y atender procesos de sistematización de las experiencias profesionales en el sector salud, discutir los resultados profesional y académicamente, e incluir en los programas de estudio, asignaturas y contenidos horizontales que brinden mejor orientación para los futuros trabajadores.

Se considera enteramente que con el análisis de estos relatos se han podido obtener claves que pueden facilitar entrever los puntos fuertes y a mejorar en la práctica del TS en el sector salud.

Reflexiones finales

El área de la salud ha sido históricamente uno de los principales campos laborales para el Trabajo Social y, si bien existe una productividad interesante de los saberes de esta profesión fruto de sus intervenciones e investigaciones de carácter social, existe poca reflexión en torno a aspectos que interpelan la práctica, como los conflictos de valor. En ese sentido los *Dilemas Éticos (DÉ)*, de acuerdo con la literatura y con los principales resultados de esta investigación, se configuran como experiencias negativas muy comunes en el ejercicio profesional en esta área, y

pocas veces las instituciones, las personas usuarias, y las propias profesionales los visibilizan.

Por esta razón, este estudio se considera novedoso y oportuno, ya que el Trabajo Social ha estado presente en las instituciones del Sistema Nacional de Salud desde los inicios de su conformación, se tienen que exponer las condiciones de su práctica profesional. Se ha tomado la determinación de observar los *DÉ* como factores que obstaculizan o entorpecen el ejercicio profesional, pero también como posibles factores de aprendizaje, en la medida que se les someta a un ejercicio de reflexión colectiva, estructurada y comprensiva.

La novedad de este abordaje permite superar el victimismo, la culpa y la moralina. Se considera que pueden ampliarse investigaciones acerca de la Gestión a los Dilemas Éticos de las y los Trabajadores Sociales en otras áreas de inserción y en relación con su misión institucional o las dinámicas interprofesionales y en otras regiones del territorio nacional. Lo que el trabajo queda a deber es que, como se verá más adelante, los *DÉ* no son los únicos conflictos que se interponen a la intervención social. Nuevas indagaciones se pueden hacer para explorar los problemas y asuntos éticos que enfrentan, la angustia por compasión, el agotamiento ético, entre otros. Se pueden indagar la relación de estos fenómenos éticos con su rendimiento profesional o su salud personal.

Si bien se tomó la decisión de no acotar la investigación al contexto de Pandemia, este fue un tema que obligadamente tuvo que considerarse. Lo que sucedió en todos los ámbitos del ejercicio profesional, fue que la Pandemia por COVID-19 vino a exacerbar y a poner de manifiesto con mucha intensidad, las debilidades y obstáculos que siempre se han sobrepuesto al Trabajo Social, pero también, la fuerza con la que los profesionales de esta área responden inmediatamente a cualquier demanda de trabajo. Las entrevistas, pese a que se desarrollaron digitalmente, se convirtieron en espacios de contención, escucha y confianza, se pudo constatar el dolor y la angustia con la que las y los TS están lidiando, y la necesidad que tienen de contar con espacios para expresarse y cuidar de sí.

En este recorrido que se han analizado los *Dilemas Éticos* que las y los trabajadores sociales enfrentan en su trabajo en hospitales pediátricos y materno infantiles, las formas de gestión que utilizan, y la relación de estos procesos con su formación académica y profesional, previamente se diferenció a este de otros conflictos de valor. Este tiene rasgos como: que una situación marque límites a la intervención profesional, que existan dos o más formas posibles de enfrentarla, que cada ruta de acción tenga ventajas y desventajas de igual peso, hay principios éticos en confrontación, por ejemplo, el de autonomía contra el de beneficencia, como se ha visto, fácilmente la decisión tomada pueda dejar inconforme al profesional, con dudas y angustia, o los resultados pueden hacerle sentir responsable. También se delimitaron las categorías de *Gestión de Dilemas Éticos (GDÉ)* y *Formación profesional*, para referir a los procesos de afrontamiento, evasión, uso de recursos personales o públicos frente a un *DE*, y al de instrucción y actualización en las dimensiones cognitiva, afectiva y volitiva, respectivamente.

Este proceso de definición de las categorías de estudio se vio enriquecido en el análisis de los casos, pues se observó que, lo que puede ser un dilema para una profesional, para otra puede ser solo un problema ético. Es decir, no necesariamente una situación conflictiva plantea en sí misma varias rutas de acción, esto también va a depender de las intenciones personales de cada trabajador social.

En ese sentido se identificó que, este trabajo pudo ser bastante más robusto de haberse centrado también en la categoría de 'problemas éticos', pues estos abundan entre el personal con serias consecuencias personales y gremiales, como la persistente insatisfacción con las rutas de acción predeterminadas por los manuales, pero la constante incapacidad de plantear rutas alternativas de solución. Esto marca una forma de sentir el ejercicio profesional, tanto al interior como al exterior, pues se visita al personal con una carga importante de frustración e incapacidad de decisión sobre los casos que atienden.

En seguida, se rastrearon estudios empíricos y disertaciones publicadas sobre el tema en los últimos cinco años. De esta búsqueda se concluye que, la

literatura en Trabajo Social rescata en poca medida la dimensión ética en el planteamiento de los problemas epistemológicos, teórico-metodológicos, filosóficos y prácticos de la profesión. No obstante, las iniciativas investigativas y ensayos han sabido abordar los temas éticos de manera muy interesante. En las latitudes latinoamericanas problematizan con mayor profundidad la dimensión teleológica, es decir, plantean preguntas acerca de los compromisos éticos y políticos de la profesión y cómo éstos se expresan en la práctica cotidiana. De manera similar en algunos países de Europa y Asia. En los textos anglosajones se debaten con más énfasis temas de la dimensión deontológica, es decir, los Colegios, códigos y normas que deben regir la práctica profesional.

Esta diferencia se considera significativa para el presente estudio, pues al curso de las entrevistas se constató que, los compromisos que están asumiendo las y los profesionales mexicanos, están muy alineados con sus finalidades profesionales ‘ayudar lo más posible al paciente o familiar’, y aunque todas y todos manifestaron la importancia de los manuales y reglas institucionales, este deber no acallo su ímpetu ético. Puede verse la creatividad con la que sortean los obstáculos institucionales, las órdenes médicas y sus propias limitaciones. Esta fortaleza del TS podría robustecerse, precisamente, fortaleciendo las competencias profesionales y la consolidación del gremio frente a otros grupos profesionales y a las instituciones.

Algunas conclusiones de estos trabajos indican que, los fenómenos éticos y morales en TS, como las tensiones, los conflictos (dilemas, problemas y asuntos), la angustia y la fatiga por compasión, tienen una relación importante con aspectos como: la seguridad laboral, el salario, las condiciones laborales, las relaciones laborales y sentirse desvalorizados (aspectos extrínsecos de la satisfacción laboral) (Marmo & Berkman, 2018); con las políticas sociales injustas, las culturas institucionales y conflictos de valores interdisciplinarios (Fronek et al., 2017); con los años de experiencia y la retribución (Lianekhammy, et al., 2018), y; con las interacciones emocionalmente desafiantes, la falta de reconocimiento, la carga excesiva de trabajo y la devaluación de la profesión (Yi et al., 2018). Al mismo

tiempo, exponen la correlación de estas condiciones con menores niveles de satisfacción profesional y salud mental (Lianekhammy et al., 2018), con resultados negativos en el desempeño profesional, el bienestar físico, psicológico y la vida familiar (Yi et al., 2018).

También puntúan la tensión constante entre el ser personal y el profesional (Fernández y Agrela, 2021), así como la dificultad personal y colegiada de nombrar, dialogar y trabajar en las insatisfacciones éticas y morales. Idareta (2018), comenta al respecto, que si ellas y ellos son quienes saben de esto, son quienes deberían ponerlo a discusión, y con ello, pugnar por visibilizar la importancia de la formación en ética y deontología profesional.

Contrastando los resultados de la revisión documental con los hallazgos del trabajo de campo las entrevistas, se confirma que:

- Hay poca escritura de procesos de sistematización de experiencias en Trabajo Social pediátrico y materno infantil.
- Falta fortalecer la competencia cognitiva en términos de escritura académica.
- Las y los profesionales en ejercicio difícilmente consultan por iniciativa propia literatura especializada.
- Falta visibilidad de la dimensión ética tanto en la literatura como en la práctica.
- No hay un manejo claro de los conceptos y temas éticos. Con bastante frecuencia se usan de manera indistinta términos como Ética Profesional y Bioética, tensión, conflicto y problema ético, Dilema y problema ético, Ética y moral. Sería apropiado reconocer la diferencia entre perspectivas y conceptos para que, de conocimiento, cada profesional pueda distinguir y elegir.
- Las y los Trabajadores Sociales no son responsables de las deficiencias y problemas del sector salud, pero muchas veces son la cara visible de estos. Por esta razón, sus labores de contención, orientación, apoyo, escucha y documentación, no pueden ser tomadas a menos. Tampoco sirve que se

romanticen y se las tome como actos de buen carácter o voluntad. Es necesario continuar la pugna por el reconocimiento profesional. Para esto, también es importante saber ubicar cada actividad en el conjunto de procesos que definen la intervención en lo social.

- Hay que problematizar los sentidos dados a la diligencia de las Trabajadoras sociales. Si bien el compromiso ético, la solidaridad y el cuidado son atributos valiosos en estas profesionales, también se deben desromantizar para darles lugar dentro de las tareas funcionales de las instituciones de salud, como parte imprescindible de la calidad y cantidad de trabajo que desarrollan.
- Las investigaciones en el área de la Bioética y la Ética Profesional del Trabajo Social pueden ser muy diversas, desde enfocarse en discurrir sobre valores y principios, hasta indagar la relación de las competencias profesionales con un buen ejercicio profesional, los conflictos éticos, o los Códigos de conducta profesional.

El siguiente capítulo dio inicio el marco teórico. Este comenzó con un apartado acerca de Bioética y Ética Profesional. Se distinguió entre conceptos y perspectivas, y se enfatizó en la necesidad de descentrarlas del lenguaje médico, pues como se observó en las entrevistas, las Trabajadoras sociales parecen muchas veces no tener autoridad moral ni intelectual frente al personal médico. En un caso, una entrevistada comenta que, a una paciente se le negó el ingreso a parto, sin embargo, por medio de la entrevista ella sabía que la paciente ya tenía cinco hijos y eso implicaba mayor riesgo para ella, no obstante, no se atrevió a cuestionar la orden médica (Entrevista02MYM, 2021). Esta es una expresión de la autoridad moral e intelectual de la medicina como ciencia y como profesión, que se posiciona por encima de todo el demás personal clínico. Sin embargo, la Bioética desde sus inicios ya había problematizado esta centralidad y propuso dar paso a la transdisciplina, como punto clave para una nueva manera de ver la relación humana con la vida, que por consecuencia impactaría la atención clínica.

No es menor la afirmación de que la Bioética abrió el camino para la comprensión de la salud/enfermedad como hecho multidimensional, y que Trabajo Social es una profesión que contribuye constantemente a complejizarla en este sentido. Habría que facilitar estos procesos proporcionado desde la Universidad, contenidos históricos y teórico conceptuales que enseñen a las y los trabajadores a comprender la transdisciplina en el campo de la salud, pues como afirman la literatura y los entrevistados, buena parte de su aprendizaje como Trabajadores sociales en el área de la salud, lo obtienen 'sobre la marcha'.

Por su parte, de la Ética Profesional se retoma que es necesario validar la vida personal en el campo de lo profesional, tanto en relación con las personas que se atienden, como con relación a los profesionales. Esto activa la lógica de relación entre la explicación y la comprensión que, de acuerdo con la perspectiva de la ética compleja, es necesaria en un tiempo de tanta incertidumbre como el actual. Los requerimientos profesionales en este campo reclaman ejercitar un razonamiento práctico desde una lógica compleja, pues las cargas de trabajo exigen el máximo de atención en todo momento. En este sentido, la Pandemia por COVID-19 vino a acrecentar y exacerbar estas demandas y reclamó de las y los profesionales, no sólo más energía, sino mayor capacidad de atención a lo inmediato en medio de demasiada incertidumbre.

A pesar de que las instituciones brindan de diversas maneras atención profesional al personal que trabaja con pacientes y familias COVID-19, de acuerdo con las investigaciones más recientes, los recursos de los que se están amparado las y los Trabajadores sociales son más bien personales (salen a correr, platican entre compañeras), o como lo definen Cañongo y Maldonado (2022), definen estrategias alternativas más que formales. Esto habla de la necesidad de revalorizar su ser personal en el campo laboral, no visto como una debilidad, sino como una dimensión de humana imprescindible. Estas mismas autoras reflexionan:

Las Trabajadoras sociales no tienen una relación de confianza con sus instituciones ni sus equipos de trabajo, había mucha tensión mediática sobre

el servicio médico al inicio de la Pandemia, su principal recurso fue desplegar de lo que han aprendido en la práctica, y encima dieron la cara por los pacientes, las familias y las instituciones, sin que siquiera se les quisiera considerar personal de primera línea de atención, o tuvieran la confianza de ampararse en sus redes de apoyo, pues temían contagiarlas. Es difícil que quieran expresarse en los espacios institucionales, porque tienen muchas emociones contenidas, y saben que pueden explotar (Cañongo y Maldonado, 2022).

Luego entonces, más que nunca, y previendo el futuro, es valioso retomar la propuesta de una 'Cultura psíquica' para los expertos, como una forma de enseñar a bien pensar, comprenderse y manejarse, como una forma de pensar global mente y actuar localmente. Por último, este capítulo expresó la sencillez de los principios y conceptos de la Bioética y la Ética Profesional, apuntando a que, antes que imperativos, son guías facilitadoras. Para las y los entrevistados, están presentes, sólo falta reforzar su distinción explícita.

En seguida se esbozó un recorrido por la historia del Sistema Nacional de Salud (SNS). De este se rescata la insistente presencia de EUA en el área clínica, siempre con intenciones políticas, pero materializada en forma de apoyo técnico o beneficencia. De ahí la fuerte influencia del enfoque médico estadounidense en toda la primera etapa de organización del Sistema, la formación del personal del área, y la ideología moralina y sanitizante en la vida nacional. Aún a pesar de esto, también se destaca la rectoría del Estado mexicano en las políticas nacionales de salud, la politización de estos servicios sociales y asistenciales, la relación entre la organización del Sistema y el proyecto de industrialización del país, así como las dicotómicas desigualdades resultantes. Pese a dichas deficiencias, también se puso énfasis en los atributos de este enorme complejo institucional, por ejemplo, la cobertura actual de los servicios zona y el enfoque integral en el planteamiento de la atención. Se considera que este acercamiento es insuficiente para capturar todo lo que es y hacen las instituciones que conforman al Sistema, pero es la mínima

información para introducir a cualquier estudiante de la licenciatura al reconocimiento del SNS.

A continuación, se indagó en el origen del TS mexicano en dicha área. También de la revisión se rescata que, similar al caso médico, se encontró la influencia del modelo norteamericano en la definición de las tareas y funciones profesionales de TS, sin embargo, las condiciones y rasgos del contexto nacional facilitaron que, al paso de tiempo, las y los trabajadores mexicanos se comprometieran en la discusión del movimiento de re conceptualización y los enfoques contemporáneos.

Esta particularidad también se expresa en el énfasis de las entrevistadas por reafirmar el sentido de su práctica por sobre la deontología institucional. El apartado permitió ver que el TS siempre ha tenido una fuerte carga moral, y que esta marginalmente ha sido puesta a debate en el gremio y en su literatura. También que su origen y presencia han sido muy políticos, que las tareas sin nombre formal en los formatos y manuales institucionales son la esencia del trabajo que desarrollan cotidianamente, y que una lucha por visibilizarlo es imprescindible para avanzar en la consolidación profesional.

Sin duda, al analizarlo a la luz de los resultados de las entrevistas, todo esto se confirma, y a su vez se observa que existen espacios de oportunidad para la intervención de TS que no deben descuidarse. Por ejemplo, buena parte de las y los entrevistados aseguraron que en más de una ocasión se confrontaron con personal de otra profesión en la *defensa* de las personas atendidas.

Si estas confrontaciones no pasaran como hechos del día, sino que, se discutieran y retroalimentaran colectiva y estructuradamente, las propias Trabajadoras sociales podrían generar evidencia empírica, orientarla teóricamente, problematizarla en las aulas, hablar de los límites, las competencias y las determinaciones profesionales. Como resultado práctico podrían generar documentos institucionales para la protección de las personas en la prestación de

servicios clínicos, todo a partir de las violencias que identifican como personal de contacto directo.

Por ejemplo, gran parte de los DÉ en área de Trabajo Social en hospitales pediátricos y materno infantiles se relacionan con casos de violencia, ya sea hacia las mujeres o hacia las niñas y los niños, y el tema de cuidados paliativos. Los que generan mayor frecuencia de afección moral y ética entre las y los profesionales implican situaciones de abuso sexual, maltrato, abandono y enfermedades terminales.

A veces basta una sencilla intervención de la Trabajadora social para que el personal comunique con sensibilidad las noticias dolorosas a las familias. Sin embargo, también median muchas otras condiciones que merman su energía creativa e identificarlas sería también un paso importante.

Es necesario que el vínculo entre a la práctica y la academia se revitalice, y no sea unilateral, es decir que la academia nutra la práctica y las y los profesionales se llenen de contenidos, sino que también, la práctica profesional nutra la academia. Además, solo se puede abordar el estudio de la práctica de TS desde la lógica de la complejidad, porque la misma profesión se ejerce desde dinámicas que subvierten el modelo positivo, su disciplina podría hacer menos.

En este caso sólo dos de los entrevistados realizan actividades de sistematización de experiencias profesionales, investigación y publicación de artículos, mientras una entrevistada más declaró su eventual participación en una ponencia sobre las funciones de TS durante la pandemia.

Como se ha expuesto en los diferentes apartados de análisis de las entrevistas, la mayoría de las y los expertos tienen precedentes en más de un hospital, áreas y especialidades de trabajo, de todas extraen experiencias dilemáticas con relación a la atención, al encargo y la misión institucional y con otros profesionales, tienen demasiados problemas y asuntos éticos, y todo tipo de vivencias profesionales con huellas negativas y sumamente dolorosas. Incluso, este

cúmulo de vivencias conflictivas salieron a relucir, a veces de manera muy insistente y más repetitiva que los propios *DÉ*.

Fue muy difícil acotar las entrevistas, ya que una vez que se abrían y relataban las vivencias éticas y morales que recordaban con angustia, no podían contenerse, y hubiera sido insensible detenerlos. Su experiencia acumulada es una gran fuente de afrontamiento personal de los conflictos y de las situaciones moralmente demandantes, sin embargo, mucho de este conocimiento se pierde al quedar como experiencia personal. Además de que escasamente lo complementan con recursos formales, pues todo lo complica: la alta complejidad de las situaciones que se convierten en conflictos éticos, la falta de preparación previa en los temas, el estigma de que son de competencia filosófica y no son prácticos, la amplitud del lenguaje ético, los ritmos y volúmenes de trabajo, contribuyen nuevamente a que las experiencias queden acotadas al ámbito de lo privado. De esto se extrae que estudios de esta línea sólo pueden ser abordados desde la lógica de la explicación y la comprensión.

El lenguaje ético, tanto desde la Bioética como desde la perspectiva de la Ética Profesional compleja, si bien es muy accesible, es amplio en el sentido de que no recorta las relaciones de lo práctico e inmediato con lo teleológico, las asociaciones de la deontología con la política, del modelo científico-médico con los esquemas de saber-poder. Es decir, es complejo en su forma de problematizar las cosas, pero muy concreto en sus explicaciones y muy aterrizable en la práctica. Todo lo que reclama es dedicar un tiempo determinado a la comprensión de sus conceptos. Las instituciones formativas podrían dedicar tiempo a estos temas, y prevenir a los profesionales, para que aprendan a enfrentar lo inmediato y enfrentar sistemáticamente, cuidando de sí.

En este sentido, deben problematizarse los temas de sacrificio personal y satisfacción profesional, ¿en qué medida desgastarse extremo contribuye al agotamiento o la satisfacción profesional? Al ser profesionales que valoran el conocimiento y las apreciaciones de las usuarias y usuarios, y son capaces de

aprovecharlas para el diseño de su intervención social. Igualmente, que saben distinguir las deficiencias institucionales y encausarlas de acuerdo con miras a la intención definida de ayudar a las y los usuarios, todo lo que necesitan es comprensión.

Las y los Trabajadores sociales arriesgan su integridad de manera cotidiana en la prestación de sus servicios. También su salud mental, sus entornos inmediatos, sus relaciones interpersonales y su seguridad existencial, sin que su trabajo sea reconocido por la institución, los otros profesionales, o las personas. Esto y las consecuencias de los conflictos en la experiencia profesional toman dos rutas: refuerzan el compromiso, o lo debilitan.

Necesitan menos severidad al auto observarse y reconocer que, el que un profesional falte de fortalecer algún tipo de competencia, no equivale a que sea un mal profesional. La responsabilidad es multilateral. Tanto personal como institucional.

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, se afirma que lo que falta al personal de TS no es iniciativa ética, sino condiciones que no obstruyan su intervención, espacios de diálogo, visibilidad de los conflictos éticos que enfrentan, fortalecer los conocimientos en Ética profesional y Bioética desde una perspectiva compleja, no sólo jurídica (deontológica), sino también práctica y filosófica, actualización constante, y responsabilidad multilateral entre la academia y las instituciones.

Limitantes del estudio:

MOVER EL FINAL TEORICAS Y

EL SENTIDO DE LA MUESTRA O EL UNIVERSO DE INVESTIGACIÓN

La pandemia por la Covid en dos sentidos: en primer lugar las restricciones a los encuentros personales y el segundo, con relación a que la demanda de trabajo para el personal de la salud aumentó

QUE LOS ENREVISTADOS TRABAJARON EN MUCHAS INSTITUCIONES Y RELATABAN EXPERIENCIAS DE TODAS Y HA

EN EL ANALISIS REFORMAR EL ANALISIS RELACIONAL CON LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TRIANGULAR LA INFORMACIÓN: CONTRASTAR CON LOS RESULTADOS DE OTROS ESTUDIOS, DE MANERA MAS ESTRUCTURADA

TAMBIEN CON LA TEORÍA

EN LAS CONCLUSIONES

Referencias

- Abrams, L. S., & Dettlaff, A. J. (2020). Voices from the Frontlines: Social Workers Confront the COVID-19 Pandemic. *Social work*, 65(3), 302–305. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa030>
- Allen, K. (2012). What is an ethical dilemma? *The new social worker*, 19 (2), 4-6.
- Ardila Suárez, E., Rueda Arenas, J., (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia, *Revista colombiana de sociología*, 36 (2).
- Aréchiga Córdoba, E. (2007). Educación, propaganda o "dictadura sanitaria". Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33, 57-88.
- Banks, S. (1997). Ética y valores en Trabajo Social. España: Paidós.
- Barragan Osornio, M., Pérez Castro, J. (2019). Dilemas éticos en la formación de los trabajadores sociales de la UNAM, XV Congreso Nacional de Investigación Educativa, Acapulco, 1-10.
- Bauman, Z. (2009). Ética posmoderna. Madrid: Siglo XXI.
- Ballester Izquierdo, A., Idareta Goldaracena, F., Uriz Pemán, M., Urien Angulo, B., Viscarret Garro, J. (2016). Variables asociadas a la toma de decisiones éticas: una propuesta para las organizaciones de intervención social 61 (1), 127-157.
- Bermejo Escobar, F. (2002). La ética del Trabajo Social. Madrid: Desclée De Brower.
- Bernhardt, C., Forgetta, S., & Sualp, K. (2020). Violations of Health as a Human Right and Moral Distress: Considerations for Social Work Practice and Education. *Journal of human rights and social work*, 1–6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s41134-020-00150-0>
- Brena Sesma, I. (2015). Atención a la salud en la época porfiriana, en Hernández Martínez, M., Ávila Ortiz, R., Hernández Castellanos, E. (2015), *Porfirio Díaz y el derecho. Balance crítico*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Calderón Clemente, L. (2016). La fundadora de Trabajo Social en México, Blog Mi Trabajo es Social, 2 de abril 2016, <http://mitrabajoessocial.blogspot.com/2016/04/la-fundadora-de-trabajo-social-en-mexico.html>
- Cañongo León, G. y Cruz Maldonado, NA. (10 de junio de 2022). *Salud mental en profesionales de Trabajo Social adscritos a instancias hospitalares COVID-19*. [Presentación] Panel Derecho a la salud: tensiones y desafíos entre lo público, colectivo y el mercado. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CIICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carballeda, J.M. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM*. 46-59.
- Carreón Guillén, J. (2015). Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud. *Contad. Adm*, (60)1, p.31-51.

- Casillas Cárdenas, O. (2016). Intervención social familiar y estrés traumático secundario en trabajadores sociales: una aproximación relacional, *Revista margen*, (82) <https://www.margen.org/suscri/margen82/casillas82.pdf>
- Castro Sánchez, E. (2005). Ser trabajadora social en México: el impacto de las ideologías de género en el surgimiento de las escuelas de Trabajo Social, *Tecnología y Ciencias del Agua*, 7(1), <http://www.revistatyca.org.mx/index.php/tyca/article/view/310>
- Colmenares-Roa, T, Figueroa-Perea, J. Pelcastre-Villafuerte, B. (2021). Vulnerability as a palimpsest: Practices and public policy in a Mexican hospital setting, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363459320988879>
- Contonieto-Martínez, E. (2020). Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1920-2020), *Jornal of negative & no positive results*, 5(7), 740-762.
- Contreras Aravena, L. (2017). Ethical Issues in primary health care from Centro de Salud Familiar de Paine *Acta bioeth*, 23 (1): 25-34.
- Córdoba Flores, C. (2019). Instituciones y políticas de salud pública en la Ciudad de México, de la Colonia al Porfiriato, *Revista de Historia Regional y Local*, 12(24), 1-17.
- Cueto, M. (2005). Instituciones sanitarias y poder en América Latina, *Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam*, núm.25, 47-57.
- De la Torre, G., Di Carlo, E., Florido S, A., Opazo C, H., Ramírez, C., Rodríguez H, P., Sánchez, A., Tirado, J., (2016). Teoría Fundamentada o *Grounded Theory*, Facultad de Formación del Profesorado y Educación, Master en Calidad y Mejora de la Educación, Universidad Autónoma de Madrid.
- Del Castillo, C. Sagardoytho, M. (2020). Cuando la salud no es prioridad. Reflexiones sobre las prácticas profesionales en el Servicio de Clínica Médica en un hospital del conurbano bonaerense, *Revista Margen*, (98).
- Delgado, M. Marceca, S. Puente L. y Vázquez, A. (2017). Dispositivos narrativos y salud. Una experiencia para compartir, *Revista Margen*, (84)
- Echeverri Valencia, C., Diez Castaño, J. (2015). Historia del servicio público a la salud, *Nuevo Derecho*, 11(17), 141-151.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Presentación de resultados. Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- Entrevista folio 01CAM; 34 años, Trabajadora Social del Infantil Magdalena Contreras de la Ciudad de México, entrevista realizada el 14 de agosto del 2021.
- Entrevista folio 02MYM; 56 años, Trabajadora Social del Infantil Magdalena Contreras de la Ciudad de México, entrevista realizada el 14 de agosto del 2021.
- Entrevista folio 03MSH; 52 años, Trabajadora Social del Infantil de México Federico Gómez, entrevista realizada el 14 de agosto del 2021.

Entrevista folio 04JCM; 35 años, Trabajadora Social del Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria, entrevista realizada el 14 de agosto del 2021.

Entrevista folio 05MSJ; 60 años, Trabajadora Social del Infantil Magdalena Contreras de la Ciudad de México, entrevista realizada el 14 de agosto del 2021.

Entrevista folio 0000; 25 años, Trabajadora Social de la Clínica y Albergue Huixquilucan, entrevista realizada el 14 de agosto del 2021.

Escudero, X. Guarner, J. Galindo Fraga, A. Escudero Salamanca, M. Alcocer Gamba, M. Del Rio, C. (2021). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México, 90(1). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402020000500007

Etxeberria Erauskin, B. (2016). Los valores éticos de la intervención social en el espacio de la supervisión pedagógica. *Departamento de Trabajo Social y Sociología, Universidad de Deusto*, 1 - 10.

Fernández Contreras, T., Agrela Romero, B. (2021). El ser personal vs el ser profesional desde una perspectiva de género: ¿una ética silenciosa dilema en social trabaja con mujeres extranjeras?, *Alternativas*, (28)1, 89-113.

Flamand, L. (2020). Salud: la frágil protección social, *Revista nexos*, <https://www.nexos.com.mx/?p=48605>

Flórez Villalba, L., Martínez Benítez, S. (2016). Proyecto Ético-Político. Un análisis de los trabajadores sociales en procesos de educación popular en organizaciones sociales de la ciudad de Bogotá, *Revista Margen*, (99).

Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI.

Frenk, J., Gómez Dantés, O., Arreola Ornelas, H., Marie Knaut F. (2019) Instituto de Salud para el Bienestar: Vino viejo en botella rota, *Revista Nexos*, <https://www.nexos.com.mx/?p=45491>

Fronek, P., Briggs, L., Kim, M. H., Han, H. B., Val, Q., Kim, S., & McAuliffe, D. (2017). Moral distress as experienced by hospital social workers in South Korea and Australia. *Social work in health care*, 56(8), 667–685. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1347596>

Gálvez Otero, G. (2020). Análisis comparativo de dos programas en salud: médico en tu casa en México y médico y la enfermera de la familia en Cuba, Tesis para el grado de Maestra en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

García Armengol, E. (2019). Administración Pública y Ética: La Responsabilidad en el Ejercicio Público. El caso del Sistema de Protección Social en Salud en México. Tesina para obtener el grado de Licenciado en Ciencias políticas y Administración Pública, Facultad de Ciencias políticas y Sociales, UNAM.

García, J. R. (2000). Trabajo Social. En A. Cortina, *Ética de las profesiones. 10 palabras clave en la ética de las profesiones*. Navarra: Verbo Divino. p. 313-358.

García Salord, S. (1999). *Especificidad y rol en Trabajo Social*, Humanitas.

- Gómez Dántes, O. (2021) b. Descentralización de la salud, *Revista nexos*, Julio 2020, <http://www.nexos.com.mx/?p=57778>
- Gómez Dántes, O. (2021) a. Salud: el estilo incompetente de gobernar, *Revista nexos*, <https://www.nexos.com.mx/?p=55236>
- Gómez Dantes, O. Sesma, S. Becerril, V. Knaul, F. Arreola, H. Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México, *Salud pública México*, 53.
- GómezDantés, O. Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud, *Salud pública de México*, 61(16), 202-211.
- Gómez Sánchez, P. (2009). Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 55(4), 1-12. <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428194003.pdf>
- González Navarro, M. (1995). México en una laguna, *Historia Mexicana*, 4(16), El Colegio de México, 506-522. <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/issue/view/52>
- Grant, DM y Toh, JS (2017). Puestos de trabajo social médico: ¿BSW o MSW? Trabajo social en la atención de la salud, 56 (4), 215–226. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265633>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271968/>
- Grassi, E. (1989). La mujer y la profesión de Asistente Social. El control de la vida cotidiana, Editorial Hvmantitas, Argentina.
- Gudiño Cejudo, M., Magaña Valladares, L. y Hernández Ávila, M. (2013). La Escuela de Salud Pública; su fundación y primera época (1922-1944), *Salud pública de México*, 55(1), p. 81-91. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100012
- Gudiño Cejudo, M., Aguilar Cervantes, I. (2010). Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010, Secretaría de Salud-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Guerra-García, E. Sandoval-Forero, E. (2020). Dilemas éticos de facilitadores educativos de universidad autónoma indígena de México ante el trabajo comunitario, *Trayectorias humanas trascontinentales*, (8) .
- Gutiérrez Domínguez, F. (2017). (2017). La salud a través de la Constitución, en Gutiérrez, F. (2017) *Secretaría de salud: la salud en la constitución mexicana, Memoria y prospectiva de las Secretarías de Estado* <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/5276-secretaria-de-salud-la-salud-en-la-constitucion-mexicana>
- Heno Castaño, A., Gómez Ramírez, O., Fuentes Ramírez, A., y Molano Pirazón, ML. (2019). Bienestar espiritual en el ámbito hospitalario: aportes para la humanización en salud, *Bioética. Revista Latinoamericana de bioética*, 19 (36).
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2)
- Hortal, A. (2002). Ética general de las profesiones. *Biblaio: Descleè De Brouwer*.

- Hozven Valenzuela, R. (2019). Trabajo Social y gestión. Oportunidad conflictuada. *Rev. Katálysis*, 22 (2). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802019000200404
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
- Idareta Goldaracena F. (2018). Dilemas éticos en los servicios sociales de base de la mancomunidad de Kakana. *Revista servicios sociales*, 97-104.
- Idareta Goldaracena, F. Iturralde, J. (2018). Dilemas éticos en Trabajo Social, un estudio de caso, *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, (25).
- Idareta Goldaracena, F. Viscarret, J., Ballester, A., Uriz, M. (2020). Análisis bibliométrico sobre Ética del Trabajo Social en España (1900-2015), *Revista española de documentación científica*, 43, (4).
- Idareta Goldaracena, F. (2018). Dilemas éticos en los servicios sociales de base de la Mancomunidad de Sakana, Nahia Urquía Ihabar. Departamento de Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra, (66), 97-104.ç
- Idareta Goldaracena, F. (2018). El abuso de poder en trabajo social: evaluación de las propiedades métricas del Cuestionario de Violencia al Usuario (C-IVU), *RTS: Revista de treball social*, (212), 95-111.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2020). Censo de Población y Vivienda 2020 https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf
- Iturrieta Olivares, S. (2012). Desafíos del Trabajo Social en un campo laboral con límites profesionales difusos, *Revista Katálysis*, 15 (2), 163-172.
- Jasut, M., Silvana Podely, L. (2020). Intervención del Trabajo Social e internaciones prolongadas. Un aporte para repensar la práctica profesional en el ámbito de la salud pública, *Revista Margen*, (98).
- Jornadas del SNTISSSTE (2020). Los trabajadores sociales ante la pandemia COVID-19 en el ISSSTE. México. Recuperado: <https://www.youtube.com/watch?v=ALORAUJy7g>
Consultado el 2 de junio 2020.
- Keenan, Elizabeth & Limone, Christine & Sandoval, Silvia. (2016). A "Just Sense of Well-Being": Social Work's Unifying Purpose in Action. *Social Work*. 62. 10.1093/sw/sww066.
- Kinman, G., & Grant, L. (2020). Emotional demands, compassion and mental health in social workers. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 70(2), 89–94.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqz144> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32003424/>
- Lev, S., & Ayalon, L. (2018). Development and content validation of a questionnaire to assess moral distress among social workers in long-term care facilities. *Social work in health care*, 57(3), 190–205. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1414096>
- Ley General de Salud. (2021). Diario Oficial de la Federación. Enero 2021.

- Lianekhammy, J., Miller, J. J., Lee, J., Pope, N., Barnhart, S., & Grise-Owens, E. (2018). Exploring the self-compassion of health-care social workers: How do they fare?. *Social work in health care*, 57(7), 563–580. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1471017>
- Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Cubana Salud Pública*, 38(4), 622-628. https://www.researchgate.net/publication/262436425_El_proceso_salud_enfermedad_y_la_transdisciplinariedad
- Llenera Companioni, O. (2015). El proceso de formación profesional desde el punto de vista complejo y e histórico-cultural, *Actualidades Investigativas en Educación*, 15.
- López Calva J. (2013). Ética profesional y complejidad. Los principios y la religación. *Perfiles Educativos*, XXXV (142), 42-54.
- Lorenzo Del Río, M. (2018a). Las trabajadoras sociales en la década de 1930. Asistir a los pobres y servir al Estado, *Historia Mexicana, El Colegio de México*, 68(2), 713-746.
- Marmo, S., & Berkman, C. (2018). Social Workers' Perceptions of Job Satisfaction, Interdisciplinary Collaboration, and Organizational Leadership. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 14(1), 8–27. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1437590>
- Martín Estalayo, M., Nogués Saéz, L. (2017). El trabajo social en los aparatos del Estado y su posicionamiento ético-político en la garantía de los derechos sociales, *Revista Katálysis*, 20 (3), p. 335-343.
- Martínez Trejo, L. (2018). El Sistema de salud en México, *Encrucijada*, 29, p. 1-16, <http://revistas.unam.mx/index.php/encrucijada/article/view/64784/56845>
- Mattocks, N. (2018) Social Action between Social Work Practitioners: Examining the Micro-Macro Divide, *Social Work*, 63(1) 7–16, <https://doi.org/10.1093/sw/swx057>
- Medina, J. (2021). Los determinantes sociales que inciden en la emergencia obstétrica. Un estudio en el hospital materno infantil Guadalupe Victoria de Atizapán de Zaragoza estado de México, *Revista Electrónica de Trabajo Social, Complejidades Latinoamericanas*, 3, 6-24.
- Memoria Histórica de, técnica y administrativa de las obras de desagüe del Valle de México, 1449-1900 (Vol.1) (1902), Junta Directiva del desagüe, Colección Digital UANL, <https://cd.dgb.uanl.mx/handle/201504211/15123>
- Menezes, A. Cozer, L. Peres, P. Fonseca, S. (2020). Seguridad del profesional y problemas éticos y bioéticos en el diario de la atención primaria. Vivencias de enfermeros. *Revista Latinoamericana de bioética*, 20 (2).
- Montaño, C. (mayo de 2013). Trabajo Social: teoría, práctica y emancipación. Río de Janeiro, Brasil: Universidad Federal de Río de Janeiro. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=2Xwr7dn655A&t=5221s>
- Morin, E. (2004). *El método 6. Ética*, Cátedra.
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta Antropológica*, 1 - 14.

- Murillo Villanica, B., De Jesús Almonte, L. (2020). Gasto público en salud y su composición, el caso de México, *Economía actual*, 13(3), p. 37-41.
- Nyashanu, M., Pfende, F., & Ekpenyong, M. (2020). Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *Journal of interprofessional care*, 34(5), 655–661. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.179242>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Informe sobre la Salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Ornelas Bernal, A. Tello, Peón N. (2014). Historia del Trabajo Social en México, en Fernández, T. y De Lorenzo, R., *Trabajo Social una historia global*, McGraw-Hill, España.
- Pérez, A. (2011). Informes periciales e intervención social en casos complejos en los que se presentan conflictos éticos, *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (62), 1-11
- Pérez-Ayala, M. (2019). Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud, *Revista: Acta bioethica*, (25) 1.
- Ponce Chávez, J. (2021). Análisis de las funciones de TS en salud en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, [Tesis de Maestría en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Tesis-UNAM https://tesisunam.dgb.unam.mx/F/5RGIXTAICDR7FENSFHHS6XLRKUU6HBADPNM5S3X3AYYLPS5ITC-22431?func=full-set-set&set_number=169941&set_entry=000002&format=999
- Reyes Miranda, Carol (2007), “Bioética y Trabajo Social: nuevos retos ante las nuevas tecnologías”, Memorias de la Quinta Conferencia de Trabajo Social Forense, 9 y 10 de agosto de 2007, Universidad Interamericana de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Reyes, M. (2003). Evolución de la salud pública en México, Tesina que presenta por el título de Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivero, P. (2021). Introducción a la Bioética, Fondo de Cultura Económica.
- Romero Agrela, B. Gutiérrez Camino, C., Fernández Contreras, T. (2017). Repensar la ética en el Trabajo Social desde una perspectiva de género, *Cuadernos de trabajo social*, 30 (1).
- Rondón García, L. (2015). Aprendizaje basado en problemas sociales desde una perspectiva interdisciplinar, dilemas éticos de la intervención social, *Trabajo social global - Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*, (5) 9, 90-110.
- Rozas Pagaza, M (2015). Reinscribir la relación de la intervención profesional en trabajo social, la cuestión social y las políticas sociales. *Revista tendencias y retos*. 115-116.

- Ruiz, Viesca, Martínez, Fajardo, Castañeda, Galindo, Martínez, Ramos, Sánchez, G. (2017). Antecedentes y evolución de la salud pública en México, en Gutiérrez, F. (2017) *Secretaría de salud: la salud en la constitución mexicana, Memoria y prospectiva de las Secretarías de Estado* <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/5276-secretaria-de-salud-la-salud-en-la-constitucion-mexicana>
- Secretaría de Relaciones Exteriores (2021). La Estrategia Internacional de México en la Pandemia de Covid-19. marzo 2020 – septiembre 2021.
- Solórzano, Armando. (1996). La influencia de la fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949, *Revista Mexicana de Sociología*, 58 (19), 173-203. <https://www.jstor.org/stable/3541030>
- Sperling, D. (2021). Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic, *Nursing Ethics*, (28) 1, 9-22. doi10.1177 / 0969733020956376
- Tello Peón, N. (2013). Pensando el trabajo social desde el trabajo social, en Brain, A y Ornelas, A. Trabajo Social Contemporáneo, Cuaderno Teórico metodológico. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Uribe Gómez, M., Abrantes Pego, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?, *Perfiles Latinoamericanos*, 42, p. 135-162. <http://www.scielo.org.mx/pdf/perlat/v21n42/v21n42a6.pdf>
- Uriz Péman, Idareta Goldaracena, F. (2017) La ética en las intervenciones sociales: algunos modelos de resolución de dilemas éticos, *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, 42, 39-50.
- Valero Chávez, A. (1994). El Trabajo Social en México, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valero Chávez, A. (1999). El Trabajo Social en México. Desarrollo y Perspectivas, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Valero Chávez, A. (2009). Desarrollo histórico del Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vélez Restrepo, O. (2010). La ética como reguladora de los procesos de actuación profesional. *Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM*, 36-43.
- Vilar Martín, G., y Riberas Bargallo, J. (2017). Tipos de conflicto ético y formas de gestionarlo en la educación social y el Trabajo Social. *Revista de archivos analíticos de políticas educativas*, 23 - 46.
- Wilson, E. Jackson, K. Shannon, A. (2021). Perinatal social work during the Covid-19 pandemic: Reflecting on concepts of time and liminality, *Qualitative Social Work*, (20)1-2, 443-44.
- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Ah Kim, M., & Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of psychosocial oncology*, 36(6), 667–680 <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1504850>

Anexo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

GUÍON DE ENTREVISTA

Objetivo

Distinguir las formas de gestión que las y los Trabajadores Sociales de los Hospitales Generales pediátricos y materno infantiles de la CDMX, despliegan para afrontar los dilemas éticos que afrontan en su ejercicio profesional, así como la formación en ética profesional de las y los profesionales.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) Nombre:
- 2) Entidad de trabajo:
- 3) Nivel de estudios:
- 4) Generación como estudiante de Trabajo Social:
- 5) Lugar de residencia:
- 6) Edad:
- 7) Sexo:
- 8) Estado civil:
- 9) Tipo de contratación:

II. EJERCICIO PROFESIONAL

1. ¿En qué área labora dentro del Hospital?, ¿Cuánto tiempo lleva aquí prestando sus servicios?

Como técnica en 1973, hasta 1987 y como jefa 1995

2. ¿Puede relatar las actividades que desarrolla día a día? Desde la hora llega a su espacio de trabajo hasta que parte. De dichas actividades, ¿hay alguna que le haga sentir inconforme? ¿por qué?
3. ¿Cómo se relaciona su área con otras áreas y con otros profesionales del Hospital?
4. ¿Cómo se coordina su trabajo con el de sus colegas trabajadoras sociales? ¿Cómo describiría su relación con sus compañeras de trabajo?,
5. Cuando hay desacuerdos o molestias entre ustedes ¿cuáles son los motivos más comunes de estos y cómo los resuelven?, en contexto de pandemia, ¿han tenido nuevos o mayor frecuencia de desacuerdos?

III. FORMACIÓN PROFESIONAL Y EN ÉTICA PROFESIONAL

1. Durante su formación como trabajadora social, ¿recibió en la escuela algún contenido sobre bioética o ética profesional?, ¿recuerda qué contenidos se le proporcionaron?
2. ¿Su institución ha impartido capacitación en temas de ética profesional o bioética para los profesionales de esta área u otras?
3. ¿Considera que los conocimientos en estas temáticas (ética profesional y bioética) son importantes para el desarrollo de su trabajo? ¿Los conocimientos con los que cuenta, le son suficientes?
4. Para usted, ¿qué es un dilema ético?
5. ¿Tiene presente alguna situación dilemática a la que se haya enfrentado, podría relatarla? En esta situación, ¿cuáles eran sus alternativas?, ¿qué decisión tomó?, ¿con quién recurrió para ayudarse a tomar su decisión?, ¿consultó algún manual, código, u otro documento para orientarse? ¿consultó a su superior?, ¿consultó a sus colegas de trabajo, familia o amigos? Al recordarlo, ¿qué sentimiento le genera?
6. Cuando una situación en el trabajo le parece difícil de resolver, ¿es su deber consultar algún protocolo o manual?, ¿regularmente usted actúa según el protocolo o manual en cuestión o se vuelve un asunto poco práctico?, si el protocolo no fuera el principal recurso, ¿de qué o quiénes se apoya para tomar decisiones? ¿En el manual de procedimientos existe alguna indicación relacionada con aspectos éticos?

IV. TIPOS DE DILEMAS Y FORMAS DE GESTIÓN

1. ¿Qué tipos de dilemas en relación a los usuarios son los más comunes para Trabajo Social en la atención pediátrica o materno infantil?
2. ¿Se ha sentido identificado con la situación de algún usuario? (en este caso paciente o familia), ¿en ese momento pudo desarrollar su trabajo manteniéndose al margen o buscó hacer más por él o ella?, ¿cómo resultó su decisión?
3. ¿Alguna vez ha sentido, aun involuntariamente, sentimientos de agrado, desagrado o molestia por alguna de las personas que atendió?, ¿qué alternativas le planteaba esta situación, y cuál tomó?
4. ¿Algún usuario le ha compartido cosas en confianza que usted considere relevantes para la institución? En ese caso, ¿ha decidido guardar la confianza o revelarla?, y ¿por qué?
5. ¿Considera que alguna vez ha sido injusto al tratar a algún usuario o usuaria?
6. ¿Alguna vez ha condicionado sus servicios a algún usuario o usuaria?, ¿por qué razón?
7. En la atención que da a las personas, alguna vez se ha planteado hasta qué punto ha de exponerse a engaños, insultos, desprecio o incluso algún episodio de violencia física por el deber de atenderlas.
8. ¿El Hospital provee al departamento de TS los recursos suficientes para prestar sus servicios de manera efectiva?

9. ¿Le ha afectado, positiva o negativamente, la opinión de los usuarios sobre sus servicios como trabajadora social?
10. ¿Alguna vez ha querido incumplir con una orden por considerar que tiene implicaciones dañinas, incorrectas o injustas o para los usuarios?, ¿qué decisiones ha tomado en esos casos y por qué?
11. ¿Ha llegado a percibir las conductas de sus colegas o superiores como negligentes, irresponsables, inapropiadas o injustas?, ¿Ha decidido denunciarlas o prefiere guardar silencio y por qué?, ¿Tiene presente algún caso en el que estas conductas hayan perjudicado su trabajo o la atención a los usuarios?
12. ¿En el hospital hay comités de bioética?, ¿Trabajo Social participa en ellos?
13. ¿Usted participa en algún comité de bioética?
14. ¿Qué cambios ha experimentado su trabajo desde el inicio de la pandemia por Covid-19?
15. En medio de esta situación, ¿se ha enfrentado a nuevos dilemas éticos?, ¿podría relatar alguno?, ¿cómo se resolvieron?
16. ¿Cómo se siente actualmente con su trabajo?
17. ¿Desea agregar algún comentario?

Le agradezco mucho su participación en esta entrevista. Le reitero que toda la información que ha proporcionado es de interés exclusivamente académico y será tratada con total confidencialidad.