

39
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

PERFIL SOCIOLOGICO DE LAS
TRABAJADORAS SOCIALES EN EL
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO, 1990 - 1995

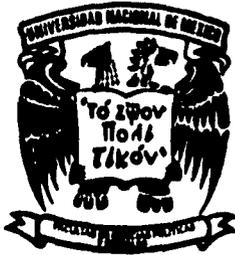
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A :

SALVADOR PEREZ LOPEZ



ASESOR: VICENTE GODINEZ VALENCIA

CD. UNIVERSITARIA

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la memoria de nuestra pequeña hija Mariana.

A mi querida esposa Maritú por su inquebrantable apoyo.

A Salvadorcito mi hijo, para que se supere día a día.

A mis padres por su esfuerzo y apoyo de toda la vida.

AGRADECIMIENTOS

A quienes han influido en mi vida profesional. En especial a Raúl H. Robles, Pascual Becerra, Jorge Granillo y Valentín Soto y como un testimonio de cariño y admiración infinita al Dr. Manuel M. Velasco-Suárez, Maestro universitario ejemplar y profundamente pacifista y humanitarista.

A las trabajadoras sociales del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", por su tiempo dedicado a este trabajo, en particular para Terecita Salamanca, Guadalupe Moreno, Tomasa Cedeno, Silvia Pérez, Griselda Calvillo, Ma. Inés García, a Eleazar Ortiz por su desinteresada ayuda, pero sobre todo, al Dr. Romeo S. Rodríguez Suárez, Director General de esa noble institución, por su invaluable apoyo para la realización de este estudio.

A los profesores de la Facultad, Catalina Gutiérrez, Nedelia Antiga, Carmen Guiltián, Roberto Bermúdez, Leonardo Figueroa quienes contribuyeron, con sus atinadas recomendaciones y orientaciones, a mejorar este trabajo. Reconocimiento especial a Vicente Godínez por su paciencia y dedicación para guiar esta investigación,

Indice

	Pag.
Introducción.	
Capítulo 1.	
Breve historia de la asistencia y la atención médica de los niños en México.	
1.1 Antecedentes	1
1.2 La creación del Hospital Infantil de México	3
1.3 La Ley General de Salud, su contenido y alcances para la atención de la población bierta	5
1.4 El Hospital Infantil de México y su papel dentro del Sistema Nacional de salud	10
1.5 La desigualdad social en México. Sus repercusiones en la salud	11
Capítulo 2.	
La vocación de la Trabajadora Social y su quehacer cotidiano en el Hospital Infantil de México.	
2.1 Semblanza del Trabajo Social en México	15
2.2 Su papel en el Hospital Infantil de México	19
2.3 Perfil del usuario	20
2.4 Los estudios socioeconómicos	24
2.5 Los Costos de la atención médica, quirúrgica y hospitalaria	26
2.6 Las cuotas de recuperación	29
2.7 La cooperación de las instituciones públicas y privadas para la atención de los niños de escasos recursos económicos	31
2.8 La atención de los niños bajo la tutela de las instituciones de protección social	33

Capítulo 3.

El perfil sociológico de la trabajadora social en el Hospital Infantil de México.

3.1 Justificación	35
3.2 Resultados de la encuesta	38
3.3 La trabajadora social, y la búsqueda de mecanismos para la ayuda integral de los niños	50
3.4 Propuesta de normas y políticas generales para el mejoramiento de la atención de los niños y sus familiares en el Hospital Infantil de México	53
Conclusiones	56

Bibliografía

Anexos

Introducción

Sin lugar a dudas, la salud es uno de los factores que más han preocupado a las sociedades y gobiernos por mantener en óptimas condiciones la calidad de vida de sus habitantes, recuperarla cuando es necesario y prolongar tanto como sea posible. El historial del proceso salud-enfermedad es largo y muchos son ya los testimonios existentes en esta materia. México también tiene su propia historia, impregnada de acontecimientos que describen su desarrollo y evolución desde tiempos remotos hasta nuestros días.

En la actualidad el país cuenta con un marco jurídico-administrativo, producto de esa evolución, que norma la organización y funcionamiento de la prestación de los servicios de salud para la población. Uno de los instrumentos es el Sistema Nacional de Salud, incorporado en los Planes Nacionales de Desarrollo desde 1983, que tiene como objetivo impulsar la protección de la salud para todos los mexicanos con servicios y prestaciones de calidad que coadyuven al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social. Así lo señala el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, el contenido de esta Ley pareciera no ser clara para las instituciones públicas y privadas de salud, ya que con frecuencia se encuentran casos en que se niega la atención médica a pacientes de escasos recursos económicos cuyos padecimientos requieren de atención especializada para dar solución a sus males. Aunado a lo anterior, el costo de la atención médica es costosa e inaccesible para familias de escasos recursos económicos y provoca que en muchas ocasiones prefieran dejar pasar la enfermedad antes que solicitar ayuda a instituciones hospitalarias.

En este marco se ha tomado como escenario de trabajo al Hospital Infantil de México, institución señera de la pediatría en el país, cuya creación ha estado encaminada a resolver los padecimientos y enfermedades de la niñez mexicana, sobre todo aquella desprovista de las más elementales satisfactores para su supervivencia. Allí se realiza una tarea importante en esta materia y ha creado, al través de los años, diversos mecanismos de ayuda directa y apoyo a efecto de que los niños reciban la atención médica y quirúrgica necesaria para la curación y corrección de sus males.

En la relación hospital-paciente existe una figura importante, la trabajadora social, que tiene como responsabilidad mediar entre la institución y las familias de estos pacientes para que sus necesidades, inquietudes y problemas sean resueltos de la mejor manera posible. Por ello una de las finalidades de este trabajo es identificar y conocer el quehacer cotidiano de estas profesionistas, en el marco de una óptica sociológica, que permita contar con elementos para la elaboración de un documento que compendie esa experiencia profesional y hacerla extensiva a otras instituciones del sector salud.

Ante la carencia y dispersión de la información y documentos que permitan examinar e interiorizarse en las actividades de estas profesionales de la salud, se ha optado por aplicar un cuestionario para conocer su perfil profesional, su vocación de servicio, motivaciones y dificultades que tienen para ayudar a los pacientes y familiares en la curación, tratamiento y rehabilitación de sus enfermedades.

Conocer las características de la población usuaria, es otro propósito de este trabajo, que en su mayoría proviene de los sectores sociales y económicos más desfavorecidos, reflejo de las graves desigualdades que vive el país desde hace siglos y que se recrudece día con día en esta prolongada crisis, que los ha puesto en condiciones de verdadera miseria.

Este trabajo permitirá también penetrar en el funcionamiento y vida de un importante hospital, de sus dificultades para cumplir con su responsabilidad social, la actitud de su personal médico, de sus autoridades, de sus deficiencias y sus limitaciones impuestas, no sólo por la carencia de recursos, sino por la propia actitud del personal médico a veces arrogante, a veces indiferente, quienes a pesar de su calidad profesional, rehuyen los problemas de las familias

En este mosaico de dificultades, se destaca la presencia de la trabajadora social como una opción de apoyo para atenuar la zozobra y angustia de esas familias por la salud de sus hijos y las ayudan a obtener los recursos que el hospital no puede proporcionar para atenderlos de la mejor manera posible. Aunque se sabe que estas ayudas son paliativas dentro de la compleja situación que vive el país, debe reconocerse su esfuerzo y dedicación para coadyuvar en la solución de los problemas que padecen los usuarios del hospital.

Capítulo 1

Breve Historia de la Asistencia Médica de los Niños en México.

1.1. Antecedentes.

Desde la era mesoamericana, la historia registra algunos antecedentes que indican la preocupación de los pueblos por prevenir y curar las enfermedades buscando alternativas que posibilitaran mantener la salud y prolongar la vida de sus semejantes.

En lo que corresponde a la atención de los niños en el país, las culturas más avanzadas como la Olmeca, Tolteca, Azteca y Maya tenían especial cuidado en ello que se puede constatar en los códices y en las representaciones escultóricas de la época, que causaron la admiración de los conquistadores españoles. Tal es el caso de Fray Bernardino de Sahagún quien cuenta en su Historia General de la Nueva España que "el médico suele curar y remediar las enfermedades".¹

A pesar de los vastos conocimientos que estas culturas tenían sobre las enfermedades y la manera de tratarlas y combatirlas, las hordas españolas se dieron a la tarea de destruir todo vestigio de ellas, para dar paso a la instauración del orden político, jurídico, económico y social del nuevo sistema colonial que prevaleció en el país por más de 300 años.

Es en este período cuando las corporaciones eclesiásticas, fundadas en el concepto filantrópico de caridad cristiana y de amor al hombre, fundan las primeras instituciones de atención médica y asistencial para los niños, entre las que destacan: "el Hospicio de Pobres, la Casa de Niños Expósitos (fundada en el siglo XVIII); el Hospicio Cabañas en

¹ FOUSSAIN, Aragón Eugenio, El Hospital Infantil de México, 1943-1983. México: Ediciones del Hospital Infantil de México, 1983. P.1.

Guadalajara, la Escuela Patriótica (1806) que luego se unificaría con el Hospicio de Pobres y las obras asistenciales de Vasco de Quiroga, tanto en México como en Michoacán".²

A partir de la Independencia y hasta 1861, las instituciones benéficas atravesaron periodos de graves dificultades, producto de la situación política y económica del país. La larga contienda por la emancipación y después las batallas entre liberales y conservadores por el poder y las intervenciones extranjeras, llevaron a México "a una profunda crisis y sumieron al erario público en constante bancarrota",³ que dejó en la orfandad y mendicidad a miles de personas. A pesar de lo anterior, el gobierno de Juárez construye el Hospital de Maternidad e Infancia

Es en este momento cuando el Estado asume la responsabilidad de centralizar los servicios de ayuda a los necesitados, para lo cual, expidió una "legislación y una infraestructura administrativa que permitirían el control de las funciones educativas y de beneficencia".⁴ Así se contrarresta el monopolio que durante siglos ejercieron las corporaciones eclesíásticas y se modifica el régimen de los establecimientos benéficos, que se consolidaron al quedar bajo la protección y amparo de las autoridades civiles.

A finales del siglo pasado las "Casas de Amiga de la Obrera", extendidas por 10 puntos estratégicos de la Ciudad de México, revolucionaron el concepto de asistencia social al influir para que los nuevos hospitales contemplen una área o un pabellón específico para el cuidado y tratamiento de las enfermedades de los niños.

Otra institución es "La Gota de Leche", creada en 1929, que luego se convertiría en la Asociación Nacional de Protección a la Infancia (ANPI-INPI) y tenía como propósito funcionar "como un laboratorio a donde lleguen las prescripciones del médico del

² SECRETARÍA DE SALUD, *La Atención Materno Infantil "Apuntes para la Historia"*, México. Secretaría de Salud, 1993, p. 13

³ *Ibid.* Pág. 18

⁴ *Ibid.* Pág. 13

dispensario, a cuyo cargo ha tenido al niño y donde se facilite a la población indigente el alimento ordenado por el facultativo".⁵

1.2 La creación del Hospital Infantil de México.

La Revolución Mexicana vino a transformar las teorías sobre el papel que el Estado debía cumplir en la impartición de los servicios de ayuda a las clases populares.

De las obras importantes construidas después de ese acontecimiento, destaca el Hospital Infantil de México. Este es inaugurado en 1943 y su Ley de creación señala tres objetivos principales

1.- "Dar atención médica en todos sus aspectos a los niños enfermos, fundamentalmente a los niños indigentes y débiles económicos. El Hospital Infantil, no obstante, podrá atender un número restringido de enfermos económicamente capacitados, mediante el pago de cuotas reglamentarias y en la medida en que esta práctica no desvirtúe las finalidades mismas de la Institución.

2.- Propagar por todos los medios a su alcance, la enseñanza de la pediatría a médicos y estudiantes de medicina y la enseñanza de la enfermería pediátrica a enfermeras graduadas.

3. Fomentar la producción científica y la investigación de los problemas sociales de la niñez mexicana".⁶

A más de 52 años de existencia, el Hospital Infantil de México ha cumplido y cumple con su responsabilidad social al ubicarse como una institución modelo que sirve de ejemplo para la creación de hospitales similares tanto en el resto del país como en América Latina, debido al trabajo realizado en sus tres importantes áreas:

⁵ BUSTAMANTE, Miguel C. Cinco Personajes de la Salud en México, México, Miguel Angel Porrúa Editores, 1987. (1a. Edición) p. 176.

⁶ BOLETIN, Médico del Hospital Infantil de México. Suplemento No. 3 Informe de Labores, 1943-1968, XXV Aniversario, México: Ediciones del Hospital Infantil de México. Marzo-Abril, 1968 p. 33.

a) Asistencia médica y quirúrgica.

En la estructura de organización que actualmente tiene esta institución, se destaca por su actividad y responsabilidad, el área médica, compuesta por las subdirecciones de asistencia médica y asistencia quirúrgica, que son las encargadas de "velar por el cumplimiento de la función de curación dentro del hospital".⁷ En la primera, comprenden la vigilancia, supervisión y control de la atención a los pacientes en las áreas de urgencias, consulta externa y hospitalización.

La subdirección de asistencia quirúrgica, por su parte, está dedicada a la operación de padecimientos crónico-degenerativos, los cuales se dividen en casos de urgencias y casos selectivos. En ambas situaciones "son hospitalizados en los servicios de urgencias, cirugía general, cirugía de especialidades y en ocasiones, en las salas de medicina o de infecto-contagiosos, dependiendo de la naturaleza del padecimiento, previo diagnóstico y estudios preoperatorios".⁸

b) Enseñanza.

Una de las mayores responsabilidades que tiene el hospital es lo referente a la preparación y formación de mejores pediatras para el país "que coadyuven a entender, prevenir y curar la salud de los niños".⁹ La subdirección de enseñanza, afiliada a la Facultad de Medicina de la UNAM desde 1951, tiene como prioridades los programas de educación médica continua, entre los cuales se incluyen los cursos de pregrado para alumnos de diversas universidades

⁷ BOLETIN, Médico del Hospital Infantil de México, Op. cit. p. 65.

⁸ *Ibid.* p. 174

⁹ Torregrosa, Ferraz Luja, en SOBERON, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna, José (Compiladores). La Salud en México: Testimonios 1988. Vol. IV, Especialidades Médicas en México, Vol. I y II, Biblioteca de la Salud. México: F.C.E. 1989. p. 426.

del país. cursos universitarios de postgrado en varias especialidades y subespecialidades pediátricas, cursos monográficos de corta duración y cursos de adiestramiento clínico en pediatría para médicos generales, entre otros.

Es importante señalar la instauración desde 1985, del programa de educación pediátrica continua por televisión vía satélite (con los satélites Morelos I y II) que adquiere mayores alcances en la difusión de estos programas. En la actualidad existen "326 centros receptores en México y 12 en países de América Latina, en cuya programación participan 19 Instituciones médicas",¹⁰ de reconocido prestigio en el área de la salud

c) Investigación.

Es otro de los rubros por los que el hospital busca la "preparación de médicos estudiosos dedicados a la pediatría, desde 1945".¹¹

En efecto, la actividad que desarrollan los médicos y los investigadores han hecho considerables aportaciones a la ciencia pediátrica nacional e internacional. Basta decir que de "220 médicos adscritos con que cuenta el hospital, 52 de ellos pertenecen, ya sea al Sistema Nacional de Investigadores o a la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud",¹² dependiente ésta última de la Secretaría de Salud.

1.3.- La Ley General de Salud. Su contenido y alcances para la atención de la población abierta.

El Estado Mexicano después de la Revolución de 1910-17, ha plasmado en diversos documentos, entre ellos la Constitución, los planteamientos, demandas y aspiraciones de los

¹⁰ Informe de Labores Dirección General del Hospital Infantil de México, Periodo julio-septiembre 1993.

¹¹ Torregrosa, Ferraz Luis, Op. cit. p. 426

¹² Informe de Labores Op. cit.

grupos sociales participantes en ese importante hecho histórico. A partir de entonces, las políticas de los diferentes gobiernos han modificado la estructura y funcionamiento de los servicios médicos proporcionados por el Estado en razón de "las características cambiantes que asumen los daños y riesgos que afectan la salud de la población como consecuencia del desarrollo social y tecnológico" ¹³ del país.

La inclusión de estas justas demandas en la Carta Magna obedecían a la necesidad de crear "un proyecto nacional pactado entre el Estado y las clases trabajadoras, en el cual el primero se responsabiliza de proveer y promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las mayorías, actuando sobre las relaciones de propiedad como sobre las relaciones entre las clases. El mecanismo idóneo de este pacto ha sido el desarrollo de una política de masas, por medio de la cual ha integrado de manera corporativa a diversos sectores el pueblo trabajador".¹⁴

Es en el Gobierno de Cárdenas, "cuando las clases trabajadoras adquieren sus mejores conquistas que se han desvirtuado en forma progresiva hasta su casi completa liquidación"¹⁵ en las siguientes décadas.

En lo que corresponde a las políticas sanitarias, ese mismo gobierno "sustituye los conceptos de caridad y beneficencia por el de 'asistencia', como un deber del Estado y de la sociedad para organizar servicios para las personas que requieran apoyos circunstanciales y temporales"¹⁶

A este respecto, es oportuno hacer algunas consideraciones del concepto "salud" y de las discusiones que este tema ha suscitado.

¹³ Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, Hacia un sistema nacional de salud, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1983, p. 48.

¹⁴ ARIAS, Marín Alán. Proyecto Nacional y Democracia. La Democracia en el Discurso de la Izquierda Mexicana, México. U.N.A.M. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales No. 130. Año XXXIII, Nueva Época. Oct-Dic. de 1987, p. 85.

¹⁵ Ibid., p.85

¹⁶ Comisión de Salud y Seguridad Social, Op. Cit. P. 49

Se debe partir en principio, que "la salud no sólo es asunto individual sino que depende de la estructura de una sociedad, de la forma en que este orden social responde al problema de la existencia humana y de la satisfacción que proporcione a las necesidades y pasiones específicamente humanas",¹⁷ por ello, se puede afirmar que la salud de una sociedad está condicionada por "el grado de avance de su organización social, económica, política y cultural".¹⁸

Todavía hacia mediados del presente siglo, la salud era considerada como un "estado psicobiológico no relacionado con la organización social".¹⁹ Contaban con un modelo unicausal para justificar la aparición de enfermedades, producto de un agente patógeno y trataban de erradicar o eliminarlo para remediar la situación. Sin embargo, "este modelo se hizo insuficiente para explicar por sí sólo el origen de las enfermedades ya que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en el proceso salud-enfermedad".²⁰

A este respecto, el mismo autor plantea algunas consideraciones al afirmar que las "consecuencias del desarrollo capitalista se manifiestan en forma concreta en la salud de los grupos sociales que componen a las distintas sociedades históricamente determinadas, surgen nuevas enfermedades o se acentúa la presencia de otras y se intensifican los accidentes".²¹

Por el contrario, para las corrientes liberales, la salud y la enfermedad son momentos de un proceso determinado por la organización social. Esta corriente de pensamiento afirma que "la salud del individuo y la comunidad está directamente relacionada con el nivel y género de la vida de la población, determinados por la alimentación, la vivienda, el trabajo, el ambiente

17 ORTIZ, Quezada Federico, *La Medicina y El Hombre*, México: Universidad Autónoma Metropolitana, Col. Molinos del Viento No. 35, 1986. pp. 185-186.

18 *Ibid.* p. 188.

19 *Ibid.* p. 188.

20 ROJAS, Soriano Raúl, *Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica*, México: Plaza y Valdés, Editores 1993 (1a. Edición). P. 23

21 ROJAS, Soriano Raúl, *Sociología Médica*, México: Plaza y Valdés Editores, Colección-Folios Universitarios. 1988 (3a. Edición). p. 23.

y la educación y, que de ninguna manera es descabido hacer caso omiso de esta realidad, pues consideran que ésta es el primer cimiento sobre el que debe apoyarse el edificio sanitario de un país".²²

En este cuadro de discusiones es el Estado quien asume, dada su naturaleza jurídica, la responsabilidad de ofrecer opciones y alternativas para solucionar el crecimiento y curación de las enfermedades que se generan en la sociedad. Desde su surgimiento, ha configurado sus esquemas y programas de trabajo con la finalidad de proporcionar la atención y erradicación de las enfermedades que se presentan en el país.

En la actualidad y desde 1983 existe la obligación de "proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y los efectos que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas".²³ Es decir, el Estado consagra en su Art. 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el Art. 2o. de la Ley General de Salud "el derecho a la protección de la salud".²⁴

Para el logro de lo anterior, se señala en la propia Ley los prestadores de esos servicios, que se clasifican en :

- I.- "Servicios públicos a la población en general;
- II.- Servicios de derecho-habientes de instituciones públicas de seguridad social o los que por sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III.- Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y

²² ORTIZ, Quezada Federico, Op. Cit. p. 186

²³ SECRETARÍA DE SALUD, Ley General de Salud, México : Secretaría de Salud, Dirección General de Asuntos Jurídicos, 6 de Septiembre, 1984, p. 29.

²⁴ *Ibid.* p. 17.

IV.- Otros que se presten de conformidad con lo que establece la autoridad sanitaria".²⁵

Para el caso que nos ocupa, la población abierta, está considerada en el Art. 35o. de dicha Ley que a la letra dice:

"Son servicios públicos en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios".²⁶

Desde el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 se plantean como propósitos dentro del apartado dedicado a la salud: "tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país; mejorar el nivel de vida de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados y con mayor preocupación por los grupos más vulnerables...".²⁷

²⁵ SECRETARÍA DE SALUD, Op. Cit. pp. 38-39.

²⁶ Ibid. p. 39.

²⁷ PLAN Nacional de Desarrollo 1983-1988. México: Presidencia de la República. pp. 244-245.

1.4. El Hospital Infantil de México y su papel dentro del Sistema Nacional de Salud.

Ante el acelerado avance de los conocimientos médicos, la constante incorporación de nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico así como las repercusiones socioeconómicas de las enfermedades que padece el país, el Estado ha procurado nuevas fórmulas de solución a estos problemas. La existencia de una compleja red de hospitales, centros de salud, unidades de medicina familiar, los programas de vacunación e inmunización, entre otros, han brindado la posibilidad de proporcionar estos servicios a la población.

Sin embargo, la existencia de diferentes y diversas instituciones de salud hicieron que durante mucho tiempo estos servicios fueran desordenados, ya que mientras en las zonas urbanas existe más de un centro hospitalario, en las zonas rurales marginales carecen de esos servicios. Por esa razón el Estado y las instituciones de salud se dieron a la tarea de reorganizar los servicios con la finalidad de hacerla más ordenada, al aprovechar los medios a su alcance. Una de estas opciones es el Sistema Nacional de Salud, que tiene como propósito integrar en una sola vertiente a todas las instituciones públicas, privadas y sociales a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.

Con ésto se pretendía, por un lado, "ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos de la población"²⁸ y, por otro, "elevar la calidad de los servicios que se presten tendiendo a alcanzar a la brevedad posible, un mínimo satisfactorio en que se asienten desarrollos posteriores".²⁹

²⁸ SECRETARÍA DE SALUD, *Cuadernos técnicos de planeación*, Vol. I Num. 1, México, 1984 p. 55

²⁹ *Ibid.* p. 55

El Sistema Nacional de Salud lo constituyen las dependencias y entidades del Gobierno tanto federal como local y "las personas físicas y 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".³⁰

De acuerdo con lo anterior y en lo que corresponde al Hospital Infantil de México, éste fue agrupado en el subsector de los institutos nacionales de salud y se le considera como un hospital de tercer nivel de atención. Este nivel se caracteriza por la "atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados en las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas"³¹ Además, proporciona servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento especializados

Esta institución tiene como objetivo "resolver del 3 al 5% de los problemas totales de salud que se presenten en la población que requieren de alta especialidad y que cubren una amplia área de influencia".³²

1.5 La desigualdad social en México y sus repercusiones en la salud.

Un aspecto importante para comprender el fenómeno de la salud-enfermedad, es el conocimiento de la situación económica y social de la población marginal de este país y sus incidencias en la salud, ya que se relaciona con el perfil del usuario del hospital, tratado con amplitud más adelante.

Los estudios y análisis del problema salud-enfermedad en México son relativamente recientes (mediados de la década de los 70), donde se hacen esfuerzos por presentar un

³⁰ Secretaría de Salud, México. *Secretaría de Salud. Ley General de Salud. de Salud. Art. 5o.*

³¹ Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, *Hacia un sistema nacional de salud.* Universidad Nacional Autónoma de México. México 1983. pp. 55-56.

³² *Ibid.* p. 220.

diagnóstico general de este proceso que derivo en la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Uno de esos trabajos lo constituyó el estudio realizado por el IMSS-COPLAMAR.³³

Este estudio supone que "la salud de una población depende de la satisfacción de sus necesidades esenciales, del acceso oportuno a los servicios de salud y del saneamiento del ambiente. La determinante estructural del acceso y distribución de dichos elementos es la clase social y, ésta, se define por el lugar que ocupan en el proceso productivo"³⁴

En efecto, los servicios de salud públicos cubren principalmente a la población asalariada, cuyo buen estado de salud es un requisito para garantizar y "perpetuar el funcionamiento de la planta productiva".³⁵ Pero por otro lado, existe la población excluida de la seguridad social, la "población abierta", conformada en su mayoría por "trabajadores que realizan actividades por su cuenta, empleados informales, desempleados y campesinos todos ellos de bajos recursos económicos".³⁶

Estas condiciones de precariedad económica y social en que se desenvuelve esta población tiene que ver con el crecimiento sostenido que vive el país desde la década de los 70, que no han sido capaces de disminuir las diferentes "políticas de bienestar social formuladas y desarrolladas por los distintos gobiernos".³⁷

Recientemente, el Gobierno de la República presentó el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000, elaborado por diversas dependencias gubernamentales que da cuenta de las condiciones de pobreza y de extrema pobreza que viven 20 millones de

³³ IMSS-COPLAMAR, *Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000*. Salud, México Siglo XXI- Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Reprimidas y Grupos Marginados. 1989 (4a Edición)

³⁴ *Ibid.* p. 52.

³⁵ *Ibid.* p. 52.

³⁶ RODRIGUEZ, Hernández, Francisco *Desigualdad Regional y Distribución de los Recursos para la Atención de la Salud en México*, en *Población y Desigualdad en México*. BEJAR, Navarro Raúl y HERNÁNDEZ, Iringas Héctor. Coordinadores. Cuernavaca Mor. UNAM-CRIM p.304

³⁷ CHAVEZ, G Ana María. *Migración y Desigualdad Social en Población y Desigualdad Social en México Op. cit.* p. 231.

habitantes en el país, entre los cuales, 10 millones no tienen acceso a los servicios de salud, con las consecuencias que esto trae consigo.

En ese programa se menciona que "en 1992, 23.6 millones de personas estaban catalogadas como pobres y 13.6 como extremadamente pobres. En suma, más de 37 millones de mexicanos (40% de la población) vivía con algún grado de pobreza. Actualmente, se estima una población de 91 millones de habitantes de los cuales, 47% son menores de 18 años y, de ellos, poco más de la mitad viven en condiciones de pobreza. La mayor incidencia relativa se presenta en las áreas rurales y con población indígena. No obstante, en términos absolutos, el mayor número de pobres se ubica en las áreas urbanas".³⁸

Señala además, que "derivado de las dificultades económicas que hoy se presentan, es probable que los logros alcanzados en materia social, particularmente en los servicios de salud, educación y vivienda, se vean afectados y enfrenten una demanda creciente sobre las condiciones de vida de la población vulnerable y marginada, donde la niñez pudiera sufrir sus mayores efectos".³⁹

En ese informe, el Gobierno reconoce que esas condiciones se han agudizado y son producto de la "herencia de la crisis económica de la década pasada, que deterioró la situación alimentaria y nutricional, pero que se ha visto agravada en los últimos años por las políticas macroeconómicas de ajuste estructural que nuestro país ha tenido que enfrentar".⁴⁰

Las previsiones anteriores ya las padece la población, ya que día con día se reportan índices y cifras de desempleo abierto, con características alarmantes, que indican lo agudo del problema. Como ejemplo de lo anterior, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) señala que "entre septiembre del año pasado y septiembre de 1995

³⁸ COMISION Nacional en Favor de la Infancia. Programa Nacional en Favor de la Infancia 1995-2000. México, octubre de 1995. P.159.

³⁹ Ibid. P.159

⁴⁰ Ibid. p.160

unas 948319 personas engrosaron a las filas de la desocupación abiertamente desocupadas en las zonas urbanas del país", con lo que la "tasa abierta de población se ubicó del 3.6 al 7.5 por ciento con relación a la Población Económicamente Activa (PEA)".⁴¹

Más adelante, el mismo INEGI menciona que esta situación no es nueva para el país, ya que en "1983 y 1986 se presentaron situaciones similares".⁴²

En períodos de crisis y desempleo abierto, se incrementa la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social y, por los altos costos de la medicina privada, recurren a las instituciones oficiales que atienden a la población abierta, como es el caso del hospital.

⁴¹ ZUÑIGA, Juan Antonio. Se duplicó la tasa abierta de desempleo en un año. INEGI. Reportaje. Periódico La Jornada. México. Lunes 23 de octubre de 1993. p. 30.

⁴² *Ibid.* p. 30.

CAPITULO 2

La vocación de la Trabajadora Social y su quehacer cotidiano en el Hospital Infantil de México.

2.1 Semblanza del trabajo social en México.

A manera de introducción de lo que es el trabajo social en la actualidad, es necesario conocer algunos antecedentes que ubiquen la evolución de estas profesionales en el campo de la salud.

a) La caridad.

El origen del trabajo social en el país tiene sus antecedentes en la época de la Colonia cuando las congregaciones eclesiásticas, al obedecer los principios cristianos de fe, esperanza y caridad, procuraban "ayudar a los necesitados con acciones concretas: alimentar, vestir y dar refugio".¹

Para el cristiano "brindar ayuda y protección al pobre es una actividad concebida como una complacencia virtuosa".² Independientemente de la visión religiosa que acompañaba a este tipo de ayuda, se actuaba más por la necesidad de atenuar el régimen de explotación, la pobreza, la enfermedad y las desigualdades generadas por los propios españoles durante ese periodo.

En efecto, con la consumación de la Conquista de México se inició de inmediato la organización de la sociedad novohispana y su virtual incorporación a la cultura occidental. Los graves desajustes provocados por el choque entre ambas culturas, pero principalmente

¹ MARTÍNEZ, Evangelista, Historia del Trabajo Social en México, Tesis Profesional. ENTS-UNAM. México, 1993. p.4.

² Ibid., p. 4.

por la desintegración del mundo indígena, obligó a la creación de instituciones que "auxiliaran a los desprotegidos, desvalidos indigentes y menesterosos creados por la nueva estructura social".³

Estas instituciones eran reflejo de los preceptos e ideas filosóficas de la época que estaban impregnados de religiosidad. Además de esa ayuda, se les proporcionaba "asistencia religiosa a los enfermos y necesitados y se les consolaba espiritualmente".⁴ La función de ellos estaba encaminada a aprovechar la indigencia y la ignorancia de las personas para convertirlas a la religión católica y lograr una pronta sumisión al nuevo estado colonialista.

b) Beneficencia

Con el mismo espíritu paternalista, la beneficencia surge poco antes de la independencia de México para sustituir a la caridad impartida por particulares, quienes sin ningún plan de acción preestablecido, ni de organización, ni de coordinación, fomentaron más la mendicidad en lugar de atacarla.

Es a mediados del siglo pasado cuando el país vive un sinnúmero de transformaciones, producto de las reformas promovidas por los grupos liberales. Una de ellas se refiere a la centralización y control de los servicios de ayuda a los necesitados, dadas las influencias que las instituciones eclesiásticas tenían en este renglón.

Para ello, el Estado decreta en las Leyes de Desamortización y Nacionalización de 186 que, "los establecimientos de beneficencia que eran administrados por corporaciones eclesiásticas o juntas independientes del gobierno, se secularizarán y pondrán bajo la inspección inmediata de la autoridad pública...".⁵

³ SECRETARÍA DE SALUD. *La Atención Materno Infantil. "Apuntes para la Historia"*. México: Secretaría de Salud, 1993. p. 10

⁴ *Ibid.* p. 10.

⁵ SECRETARÍA DE SALUD. *Enfoque sobre la beneficencia pública*. Oficialía Mayor, México, 1984. p. 6.

Así el Estado restringe y regula la participación de la Iglesia que concibe la beneficencia como un servicio público, como una rama de la administración civil que "no se limita al socorro del pobre válido pero falto de recursos contra su voluntad, sino que le presta sus auxilios cuando esté enfermo, le enseña cuando es ignorante y le moraliza cuando se extravía".⁶

Como consecuencia de lo anterior, se modifica la influencia ideológica de la Iglesia y se le substituye por una concepción laica y científica, desde el punto de vista del nuevo gobierno.

c) Trabajo social

Antes de su aparición existieron otros conceptos de ayuda asistencial a las clases más desprotegidas como la filantropía, el servicio social y la asistencia social que asumen posturas de tipo paternalista, rasgo característico de todos esos tipos de ayuda a los indigentes del país, que más bien eran limosnas y dádivas con lo que suponían ayudaban a resolver el problema, pero en realidad mediatizaban la situación y ocultaban las diferencias sociales y económicas prevaletentes hasta el período prerevolucionario.

El trabajo social en el campo de los hospitales, nace en Estados Unidos en 1905, como una necesidad de "utilizar trabajadoras sociales para complementar el tratamiento de los pacientes que ocurrían al Hospital General de Massachusetts".⁷ Es una disciplina teórico-práctica relacionada con el proceso de avance de las diversas sociedades, creadas en las postrimerías del siglo pasado y principios de éste, que necesitaban de novedosas fórmulas de

⁶ SECRETARÍA DE SALUD, *La Atención Materno Infantil "Apuntes para la Historia"*, Op.cit. p.16.

⁷ BARQUIN, C. Manuel, *Dirección de Hospitales. Organización de la atención Médica*, México: Nueva Editorial Mexicana, 1983. (4a. Edición) p. 450.

acción social "de mayor cobertura de intervención y una orientación crítica que permitiera penetrar en las causas provocantes de los enormes problemas sociales".⁸

El trabajo social, "procura conocer las causas y el proceso de los problemas sociales y su incidencia sobre las personas, los grupos y las comunidades para promover, a éstos, a una acción de corrección de esos efectos, erradicación de sus causas y rehabilitación de los seres afectados, teniendo como meta final el más amplio bienestar social en un marco de desarrollo nacional auténtico y sostenido".⁹ Esto lo logran, a través de la búsqueda y aplicación de esquemas de participación y organización en donde el propio sujeto interviene en la elaboración de mecanismos de apoyo y ayuda para la obtención de recursos para la consecución de sus objetivos.

El propósito de las trabajadoras sociales "es promover la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de ésta en una sociedad de permanente cambio, buscando con ello mejorar sus niveles de vida".¹⁰

En México durante la época cardenista, es cuando las trabajadoras sociales logran una mayor participación en la sociedad, quienes se concentraron en tres principales áreas: la educación, la salubridad y la beneficencia, consideradas como fundamentales para "elevar el nivel de vida de la población y requisito indispensable para promover el desarrollo económico, político y socio-cultural del país".¹¹ Era el momento en que el Estado requería la participación de las organizaciones de profesionistas, empleados y trabajadores para apoyar los programas de gobierno en el proceso de construcción del país.

⁸ MARTÍNEZ, Evangelista. *Op. cit.* p. 21.

⁹ KRUSE, Herman C. *Cuestiones Operativas del Servicio Social*. Argentina: Editorial Humanitas, 1980. (2a. Reimpresión) p. 9.

¹⁰ MARTÍNEZ, Evangelista. *Op. cit.* p. 24.

¹¹ *Ibid.* p. 196.

2.2 Su papel en el Hospital Infantil de México.

Diez años antes de su inauguración, las sociedades médicas y científicas de la pediatría al conocer la aprobación para la construcción del hospital, se dieron a la tarea de preparar y organizar los futuros servicios con la finalidad de dotar a la Ciudad de México, de una institución cuya función social sea la de "dar refugio acogedor al niño enfermo y hacer menos pesada y amarga su estancia en el hospital".¹²

Así, nace el hospital como una institución que tiene un enfoque y una orientación administrativa y social diferente de las que existían en ese momento, entre los que se encuentra el Departamento Médico Social (hoy de Trabajo Social). Este departamento, desde su creación, ha tenido como finalidad la de ser el "vínculo entre el hospital y el medio ambiente de donde procede el niño enfermo",¹³ y tiene también la responsabilidad de ayudar al médico, a los servicios administrativos y a la familia, para orientarlos y canalizar sus inquietudes y problemas.

Las trabajadoras sociales conciben que, todos los niños "reciben la influencia de su grupo cultural en su vida y los factores sociales, económicos, psicológicos y culturales, forman parte en lo que respecta a su salud y a la enfermedad",¹⁴ por lo que el conocimiento de su entorno familiar y cultural servirá para contar con un adecuado diagnóstico y un mejor tratamiento.

El trabajo de estas profesionales de la salud, ha servido para que los familiares y pacientes puedan "resolver, o cuando menos disminuir, el impacto de los problemas que genera el desequilibrio entre el individuo y su medio".¹⁵

¹² BOLETÍN, Médico del Hospital Infantil de México. Suplemento No. 5 Informe de Labores. 1943-1968, XXV Aniversario, México: Ediciones del Hospital Infantil de México, Marzo-Abril, 1968. p. 40.

¹³ *Ibid.* p. 279.

¹⁴ *Ibid.* p. 279.

¹⁵ BARQUIN, C. Manuel, Dirección de Hospitales, Organización de la atención Médica, México: Nueva Editorial Mexicana, 1983. (4a. edición) p. 450.

Las trabajadoras sociales del hospital tratan de cumplir con lo que algunos autores han señalado como las principales funciones y objetivos de esa profesión:

- a) "Que el individuo al expresar sus sentimientos se sienta aliviado de la tensión que le presione y esté mejor dispuesto a enfrentarse a su problema con base en la realidad".¹⁶
- b) Al establecer la relación como representante de la institución, comparta su problema "ayudándolo a mantener o a recuperar la sensación de dignidad en una etapa crítica de su vida".¹⁷

Con lo anterior, la trabajadora social colabora a solucionar y prevenir los problemas de salud del paciente y orienta a los familiares para un mejor tratamiento de sus enfermedades. Su papel es básico para comprender y canalizar sus inquietudes y necesidades que permitan al paciente una pronta recuperación e integración a su medio ambiente.

El trabajo social en el hospital contribuye a dar un trato individualizado a los pacientes, con un ambiente favorable para que éstos externen con confianza sus problemas y se les dé el adecuado tratamiento.

2.3 - Perfil del usuario

Ya se ha señalado que el Hospital Infantil de México desde su creación, ha tenido como finalidad "erradicar el concepto de caridad, sustituyéndolo por el más digno de existencia en el que el ser humano no recibía una limosna, sino que participaba de su derecho social".¹⁸

¹⁶ TOWLE, Charlotte. El Trabajo Social y las Necesidades Humanas Básicas. México: Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984 (Reimpresión). p. 10.

¹⁷ Ibid. p. 10.

¹⁸ BOLETIN, Médico del Hospital Infantil de México. Op.cit. p. 29.

Cuando ingresa un niño al hospital no cuentan las barreras sociales, económicas, morales o religiosas que puedan existir entre él y su medio ambiente en el que ha vivido. Un enfermo, es un niño al que se le procura todo tipo de atenciones que el hospital es capaz de dar.

La mayoría de su población proviene de las capas más desprotegidas del país, no importa si tiene capacidad para pagar o no, los servicios que le proporcionan. El único requisito que se tiene para ingresar al hospital es que el niño esté enfermo.

Para tener un panorama de las características y problemas que día a día enfrenta la institución, se ha elaborado el siguiente perfil del usuario del hospital, para lo cual se consignan las cifras correspondientes a 1994.¹⁹

Durante ese periodo se atendieron 14082 pacientes, de los cuales 8870 correspondieron a nuevos ingresos y 5212 a reingresos, lo cual significa que el 37% de la población total de pacientes reingresa al hospital por una u otra razón.

El 39.9% de las parejas se encuentran unidas en matrimonio civil y religioso, lo que indica la existencia de una base estable para la creación y organización del grupo conyugal. El 17.3% están unidas civilmente y, sumadas a lo anterior, representan el 57.2%. Es decir, más de la mitad forman familias funcionales.

El 20.3% de las parejas se encuentran en unión libre y carecen de bases firmes para asumir sus roles correspondientes. El 7.4% son madres solteras y éstas, generalmente, se adhieren a las familias maternas de origen, dando como resultado familias extensas. Respecto al grupo familiar, el 45.2% de ellas cuentan entre 5 y 7 miembros y tienen en promedio de 3 a 5 hijos por pareja. El 43% pertenece al grupo de familias pequeñas con uno o dos hijos como

¹⁹ Fuente. Departamento de Trabajo Social del IIMMFG. Marzo de 1995.

maximo y, sólo el 9 1%, corresponde a familias numerosas con un promedio de 8 a 10 miembros

La vivienda es insuficiente ya que el 30.7% tiene casa propia, el 27.9% renta la vivienda y el 33% vive en casas prestadas. Es conveniente señalar que de este porcentaje, no todas las familias cuentan con un lugar independiente ya que por lo regular cohabitan con sus familias de origen.

El nivel de escolaridad de las familias es bajo. En educación básica el porcentaje es de 46.4%, contando con instrucción primaria completa sólo el 29% y, con primaria incompleta el 17.4%, lo cual repercute de manera importante en la ocupación y en el ingreso familiar. La educación media básica abarca un porcentaje del 28.4%; la media superior 13.2% y la profesional 5.8%. La población analfabeta, que en su mayoría proviene del medio rural, es del 4.8%.

Debido al grado de instrucción escolar bajo, se refleja de inmediato en su situación ocupacional, ya que el 34.1% es personal subempleado que trabaja por temporadas y carece de una estabilidad remunerativa y de empleo fijo. El 16.9% desempeñan actividades de empleados de diversas empresas; quienes trabajan por su cuenta representan el 12% y realizan la actividad de comerciantes. En el medio rural se registra un porcentaje del 10.2%, al alquilar su mano de obra como jornaleros o peones. Las personas que trabajan en empresas de servicios públicos y transportes representan el 7.4%; en el servicio doméstico labora el 4.5% y al obrero le corresponde el 3.3%.

Como se puede observar, el ingreso familiar de los usuarios no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas y, mucho menos, sus necesidades de salud (gastos médicos u hospitalarios).

Predomina la población usuaria (42.8%) que percibe un solo salario mínimo y el 17.7% menos de un salario mínimo, lo cual indica que el 60.5% es de escasos recursos económicos y repercute en la asignación de las cuotas de recuperación. La clasificación que se le asigna a esta población, corresponde a las claves "exentos A" y "A", y se ubican en segundo lugar, las personas que perciben dos veces el salario mínimo con un porcentaje del 24.8% y con un 7.7% las personas con ingresos de tres veces el salario mínimo.

Significa entonces, que más de la mitad de los usuarios pertenecen a familias nucleares (funcionales) completas, y forman grupos familiares de 5 a 7 personas que habitan viviendas, la mayoría prestadas, por carecer de una fuente de ingresos estable y los que tienen empleo fijo, cubren los gastos de renta, pero se limitan en la satisfacción de sus necesidades. Las madres solteras que desempeñan el rol de proveedor económico, que en su mayoría realizan actividades de servicio doméstico, perciben un ingreso menor al salario mínimo.

La mayoría de los usuarios pertenece a la clase económica baja y media baja. Al 1.7% se les establecen las cuotas de "exentos A", por provenir de los programas de solidaridad y los que se encuentran bajo protección institucional. El 48% son clasificados con la clave "A", con percepciones de un salario mínimo o inferior al mismo y pertenecen al grupo familiar de más de 8 miembros.

En clave "B" se cuenta con un porcentaje del 31.1% al percibir ingresos que van de 2 a 4 salarios mínimos o hasta 6, pero son familias con más de 8 miembros. En la clave "C", se reporta un porcentaje del 15.8% los cuales perciben un ingreso de 4 a 9 salarios mínimos, pero dependiendo del número de integrantes. La suma de estas claves ("exentos A", "A", "B" y "C") conforman el 93.8% de la población usuaria total, mientras las claves "D", "E", "F" y "G", abarcan el 5.1% y las claves "H", "Y" y "J", significan el 1%. Esta última

corresponde , por lo general, a aquellos pacientes con seguridad social otorgada por diversas instituciones, quienes al no contar con servicios médicos de alta especialidad, los subrogan al hospital.

2.4 Los estudios socioeconómicos.

Las desigualdades sociales y económicas de la población del país no son ajenas al hospital y su creación se basa, precisamente, en la necesidad de atender a los niños de escasos recursos económicos. Desde el nacimiento del hospital se estableció, en la Ley que crea su patronato, que éste tendría facultades para la "aprobación de las tarifas y cuotas de restitución que el hospital cobre por sus servicios".²⁰

Esta era una característica innovadora en esa época, que al paso del tiempo se aplicó en otras instituciones, hasta llevarla a la Ley General de Salud, que en su Artículo 36 señala que las "cuotas de recuperación se fundaran en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas..."²¹

Las trabajadoras sociales son las responsables de realizar esta función. Al entablar la comunicación con los familiares de los pacientes, detectan su situación económica y les aplican las cuotas para consulta externa, urgencias, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico. Esas entrevistas sirven también para observar otros problemas, tales como desorganización familiar, desempleo, deficiencias de salud de sus miembros, entre otros.

²⁰ BOLETIN, Médico del Hospital Infantil de México. Op. cit. p. 34.

²¹ SECRETARÍA DE SALUD, Ley General de Salud, Op. cit. p. 39

Para el establecimiento de esas cuotas se toman en cuenta los siguientes factores y sus valores porcentuales correspondientes.²²

1. Ingreso familiar	65%
2. Alimentación	10%
3. Tipo de vivienda	15%
4. Lugar de procedencia	5%
5. Estado de salud familiar	5%

El máximo de puntos que se puede obtener es 100.

Con esta puntuación, el ingreso familiar se constituye en el indicador básico. Los otros indicadores afectan la clasificación en forma secundaria, pero permiten tener una idea del entorno familiar. Enseguida se señalan las características de esos factores:

1. Ingreso familiar mensual.

Se refiere a la suma de ingresos que percibe la familia y se considera al número total de sus miembros que dependen económicamente de ese ingreso.

2.-Alimentación.

Se refiere al porcentaje del ingreso familiar que se destina a la alimentación y se considera como egreso económico.

3. Vivienda.

Se refiere al lugar físico y sus características donde habitan los integrantes de la familia o el individuo

4. Lugar de procedencia.

²² Fuente. Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, México. Secretaría de Salud. Noviembre de 1995.

Se refiere al área geográfica en que reside el paciente y se considera como una variable de egreso, a efecto de favorecer al paciente foráneo al momento de asignarle el nivel socioeconómico.

5. Estado de salud familiar.

Se refiere al número de enfermos crónicos, agudos o en rehabilitación que al momento de realizar el estudio existan en el núcleo familiar y que representen gasto o una disminución del ingreso.

De acuerdo con las puntuaciones que resulten de ese estudio se procede a la clasificación socioeconómica, que van desde la letra "exentos A", la más baja, hasta la letra "J", la más alta.²³

2.5 Los costos de la atención médica y quirúrgica.

Uno de los problemas que enfrenta la prestación de los servicios médicos a la población abierta es el desconocimiento que se tiene de los costos, debido a que no se realiza un registro minucioso de lo destinado para cada paciente. Se sabe de los costos de hospitalización, de medicamentos, de estudios, pero se desconocen aquellos referentes a las horas-hombre (personal médico, especialistas, paramédicos, administrativos) y los dedicados a la investigación y la enseñanza que también repercuten en los mismos, sin contar los que se destinan para el equipamiento, construcción y la conservación y mantenimiento de la unidad hospitalaria.

No se trata aquí de dar un informe detallado de lo que representan los costos de la atención médica hospitalaria que se otorga para cada uno de los pacientes que son atendidos en el

²³ Datos tomados de las "Políticas para la aplicación de los catálogos institucionales de cuotas de recuperación 1995 de los Institutos Nacionales de Salud". Secretaría de Salud, noviembre 1995

hospital, pero sí contar con elementos que permitan tener una idea del valor de esos servicios y lo que las familias pagan, en relación con la clasificación que les corresponde, de acuerdo al estudio socioeconómico que les practica el área de trabajo social.

Como ya se ha señalado, el hospital, inscrito en el sector salud, tiene un origen y una vocación de servicio institucional y su primer objetivo es servir a la población que no tiene derecho a la seguridad social, sobre todo la de escasos recursos económicos, en problemas que requieren un tratamiento de alta especialidad.

El hospital compite en calidad médica con los mejores servicios del mundo, aunque por las limitaciones presupuestales no cuentan con el suficiente equipo y tecnología de punta para un rápido diagnóstico de padecimientos de los pequeños enfermos que acuden a sus instalaciones, aunque se procura contribuir a la máxima cobertura de la población con los recursos de que dispone con la mejor calidad posible.

Vale la pena señalar la manera en que se conforman los recursos con que cuenta el hospital.

El "85% de esos recursos son otorgados por el gobierno que, a su vez, son originados por los ingresos fiscales".²⁴ A eso hay que agregar lo que se obtiene de donativos, rendimientos financieros de los recursos propios y cuotas de recuperación. El hospital cuenta con un patronato formado por personalidades del sector privado, que obtienen donativos ya sea en efectivo o en especie, que se destinan para programas específicos de apoyo a las actividades que realiza la institución. También se reciben donaciones de diversos organismos internacionales e instituciones extranjeras y se recibe dinero por los cursos de actualización que son impartidos por especialistas del hospital.

²⁴ PEREZ, Rul Rocio. Clave, Redimensión del Sector Paraestatal en Educación y Salud. Periódico Excelsior, Sección Financiera. México: Martes 23 de octubre de 1990. p 11.

A manera de ejemplo, se han seleccionado tres diferentes casos de pacientes atendidos en el hospital, que están clasificados en las tarifas más altas, con lo que se podrá tener una información más precisa sobre los costos de la atención médica en el hospital.

Caso No. 1

El paciente estuvo internado por un sólo día y le fue practicada una operación de manipulación de fractura por la que pagó \$1,306.50. Este paciente contaba con protección social, pero los familiares prefirieron renunciar a los derechos que su institución les otorga.

Caso No. 2

Se trata de un paciente subrogado proveniente del Instituto de Seguridad al Servicio de los Trabajadores del Estado de Chiapas, que estuvo internado en el hospital del 8 de octubre al 9 de noviembre de 1995. Entre operaciones, hospitalización, medicamentos, estudios de laboratorio y de diagnóstico le fue cobrada la cantidad de \$22,925.20. Tan solo de hospitalización, esa institución cubrió un importe de \$11,700.00.

Caso No. 3

Es otro paciente subrogado, canalizado por la Policía Bancaria del Distrito Federal, a quien se le hospitalizó del 23 de octubre al 4 de noviembre de 1995 por un padecimiento de hígado y que por operaciones, medicamentos y estudios de laboratorio y de diagnóstico, esa corporación erogó la cantidad de \$63,957.60, de los cuales \$39,055.00 correspondieron a hospitalización.²⁵

²⁵ Fuente : Departamento de Tesorería del IHIMFG. Noviembre de 1995.

Se puede apreciar con estos ejemplos, la dificultad que tendrían las familias para pagar esas cantidades, sobre todo quienes provengan de los estratos más bajos y marginales de este país. Con ésto se tiene una idea de lo que gasta en cada uno de los pacientes atendidos en el hospital, por lo que los recursos que le asignan , en ocasiones son insuficientes para atender la alta demanda existente.

Como una posibilidad de allegarse recursos, el hospital celebra convenios para la subrogación de los servicio médicos con diversas instituciones a quienes, al cobrarles tarifas altas, permite beneficiar a los que carecen de ellos.

2.6 Las cuotas de recuperación.

Ante la imposibilidad de que las familias puedan pagar los altos costos (señalados en los ejemplos anteriores) que representa la atención médico hospitalaria, las instituciones de salud que atienden a la población abierta han establecido diversos mecanismos con el propósito de apoyarlos en la atención de sus padecimientos como una alternativa de recuperar los costos de los servicios proporcionados en lo referente a medicamentos, material de curación, equipo especializado y los medios de contraste suministrados, sin contar con los costos de los médicos, especialistas, enfermeras y, en general, todos aquellos factores que inciden en dicha atención, tomando en cuenta las condiciones económicas de los usuarios.

En la actualidad, se han establecido catálogos de recuperación con 7 niveles para la clasificación socioeconómica de los usuarios que tienen como finalidad mantener la equidad en el pago con base en las posibilidades de dichos usuarios y los costos reales de los servicios proporcionados.

En el primer nivel denominado IX, que considera aquellos pacientes que viven en condiciones de extrema pobreza o pobreza comprobada, se les exenta de pago y deben contar con la autorización del director general de la institución. A los pacientes integrados en el nivel 1 (personas que ganan menos de un salario mínimo mensual)²⁶ sólo pagan el 2% del costo de la atención médica que se les proporciona. En el nivel 2 (personas que ganen hasta dos salarios mínimos mensuales) se les cobra el 5%. En el nivel 3 pagan el 10%, el nivel 4 cubre el equivalente al 25% y finalmente, los niveles 5 y 6 pagan el 50% y 100% respectivamente del costo de los servicios médicos hospitalarios proporcionados.²⁷

Cuando se trata de pacientes cuyos familiares se encuentran imposibilitados para pagar las cuotas de recuperación (aún cuando ya cuenten con su respectiva clasificación) o en casos de defunción y que los familiares no puedan cubrir las cuotas de recuperación por pobreza extrema, el hospital elabora una carta compromiso de pago, y se aclara que esta cuenta será incobrable. Como ejemplo de lo anterior y tomando en cuenta a los familiares imposibilitados de pagar esos costos, el hospital realizó, durante 1995 (cifras al 30 de noviembre de 1995) 188 cartas compromiso con un importe total de \$393,512.60.²⁸ Es conveniente señalar que estos pacientes fueron clasificados en los niveles más bajos.

Esto da idea de lo que la institución absorbe en la atención médica proporcionada a los niños de escasos recursos económicos.

En el anexo No. 3 de este trabajo, se presenta un caso de los muchos existentes en el hospital, que es un ejemplo de los pasos que se siguen cuando una familia se ve imposibilitada de pagar los costos de la atención médica prestada por la institución.

²⁶ Salario mínimo de la zona mensual al 30 de Noviembre de 1995 es de \$543.90

²⁷ Fuente: Manual específico para la aplicación de las cuotas de recuperación y cobro de medicamentos del HIMFG Noviembre de 1995.

²⁸ Fuente: Departamento de Tesorería del HIMFG. Noviembre de 1995.

Esta es otra de las formas en que la ei hospital apoya a los familiares en la atención de los niños. Conviene agregar, que en caso de que algún familiar no pueda pagar y el paciente haya sido dado de alta, por ningún motivo se retiene, se condiciona o se amenaza con negarle la atención en futuras ocasiones en que requiera ser intervenido.

2.7 La cooperación de las instituciones públicas y privadas para la atención de los niños de escasos recursos económicos.

Clasificar y luego cobrar no es una función que realice el área de trabajo social en el hospital. Las instituciones de salud tienen como política aplicar estudios socioeconómicos para asignar una clave o un nivel para el cobro de gastos médicos proporcionados a un paciente. Esos gastos son cobrados por las cajas dependientes de la tesorería del hospital, el área de trabajo social queda desvinculada por completo de los familiares y desconoce si éstos tienen capacidad para pagar o no los servicios. Es frecuente ver a los familiares solicitar ayuda, con resultados poco favorables.

El hospital, a través de trabajo social, con más de 50 años de experiencia en el trato con el público usuario y del conocimiento de sus problemas, ha instrumentado políticas de apoyo directo y ha elaborado procedimientos para satisfacer las necesidades e inquietudes de los familiares, pero sobre todo de aquellos que forman parte de las clases desprotegidas, en su mayoría provenientes de las zonas marginales de este país.

Para ellos el área de trabajo social ha establecido diversos mecanismos de ayuda con instituciones sociales y privadas, a efecto de apoyarlos ya sea con medicamentos, alimentación, transporte y hospedaje. Estos apoyos se realizan en coordinación con las áreas de trabajo social de esas instituciones, una vez que se comprueba su situación

socioeconómica. se valora la enfermedad y el tiempo en que es posible apoyarles. La alta demanda obliga a recurrir a otras instancias para obtener esos apoyos.

Es conveniente señalar, que este centro hospitalario carece de presupuesto para otorgar alimentos y hospedaje para esas familias, y es común y cotidiano verlos pernoctar en algún sitio en las afueras de sus instalaciones, cubiertos con sus propias ropas y cartones para protegerse de las inclemencias del clima, aunado a la inseguridad delictiva predominante en esa zona de la Colonia de los Doctores.

El hospital cuenta con un cuerpo de voluntarias que en forma altruista, realizan acciones que tienen como finalidad conseguir recursos a través de donativos para ayudar a la población que acude a esa institución. A través de ellas, las familias obtienen apoyos de diversa índole, ya sea para pagar sus pasajes o alimentación, o bien para adquirir medicamentos, dependiendo del tipo de padecimientos o para el tratamiento de enfermedades crónicas, que como ya se ha señalado, no están al alcance de esa población. Es a este cuerpo de voluntarias que se recurre cuando no existen otras posibilidades para apoyar a los enfermos y a sus familias.

Otro recurso que utilizan las trabajadoras sociales, es acudir a diversas instancias gubernamentales (Patrimonio de la Beneficencia Pública, Desarrollo Integral de la Familia, Gobiernos de los Estados y Municipios, Lotería Nacional, entre otras) para conseguir apoyos económicos para comprar prótesis, pago de tratamientos médicos, válvulas para el corazón, entre otros, cuyos costos no pueden ser absorbidos por ellos.

Estas son algunas tareas que realiza el personal de trabajo social en el hospital con lo que ayudan, de algún modo, a las necesidades de los pequeños pacientes tratados en esa institución.

2.8 La atención de los niños bajo la tutela de las instituciones de protección social.

Otro de los problemas que atiende el hospital y por ende, el área de trabajo social, es lo referente a los menores que viven en condiciones especialmente difíciles. Mientras reducidos sectores tienen acceso a los beneficios del progreso y desarrollo, muchos otros tienen que enfrentar las disparidades de la desigualdad y la falta de equidad que la sociedad mexicana ha generado, la cual se ha agravado en los últimos años.

En el propio Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000, está señalado un capítulo especial, relativo a las dificultades en que viven esos niños "producto de la pobreza, violencia, migración, desempleo y disminución del ingreso familiar, inseguridad, drogadicción y nuevas enfermedades, aspectos que inciden y propician la desintegración social y familiar y que reclaman atención inmediata".²⁹

Ante esa situación, diversas instituciones públicas y privadas se han dado a la tarea de conjuntar esfuerzos para abatir esos rezagos, mediante programas integrales de atención social para apoyarlos en la medida que los recursos y posibilidades lo permitan. En el hospital se ha dado especial énfasis en la comprensión de esos problemas, ya que se trata de grupos sociales que se encuentran en situaciones límite y se les apoya con atención médica gratuita. En este aspecto, destaca la celebración de convenios y acuerdos con instituciones solicitantes de apoyo del hospital para atender a niños que se encuentran bajo su tutela y protección. El área de trabajo social realiza los estudios y trámites que correspondan a efecto de llevar un control y seguimiento de cada uno de los pacientes que le son presentados. En caso de enfermedades o padecimientos graves o costosos que requieren de

²⁹ COMISIÓN Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000. México, octubre 1995. p.159.

ayuda adicional, se recurre a otras instancias para obtener esos apoyos que posibiliten el tratamiento para una mejor recuperación de esos niños, a quienes se les reintegra a esas instituciones para continuar con su rehabilitación y reinserción a la sociedad. Destacan en este tipo de grupos vulnerables los niños de la calle, los menores maltratados, abandonados, víctimas de abuso sexual, infractores o pequeños delincuentes recluidos en los Consejos Tutelares y los menores que provienen de las zonas indígenas marginadas del interior del país, canalizados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y del Instituto Nacional Indigenista, entre otros.

Capítulo 3.-

El perfil sociológico de las trabajadoras sociales en el Hospital Infantil de México.

3.1 Justificación de la encuesta.

En los anteriores capítulos, han sido señalados los antecedentes del trabajo social en el país y la evolución de los servicios médico asistenciales que el Gobierno proporciona a la población infantil de escasos recursos económicos. Se han descrito también las funciones y actividades que realizan estas profesionales dentro y fuera del hospital.

Sin embargo, para los fines de este trabajo, es necesario identificar la realidad que a diario enfrentan, las dificultades impuestas por las condiciones económicas y sociales de una sociedad en crisis y la manera en que participan en la solución de los problemas de los familiares y pacientes carentes de recursos para afrontar una enfermedad y, en ocasiones, hasta la muerte.

Al respecto, se ha diseñado un cuestionario con la finalidad profundizar en el conocimiento de las complicaciones, que a diario enfrentan, así como comprender, desde un punto de vista crítico, la opinión del trabajo que realizan en el hospital y los elementos que les motivan a ayudar a este tipo de familias. Dentro del cuerpo del cuestionario, se han agrupado las preguntas en 10 grandes temas o apartados en tanto permiten un mayor acercamiento a la praxis de estas profesionales de la salud y da oportunidad de ubicar las controversias del trabajo relacionado con el apoyo a pacientes y familiares, las limitantes al mismo impuestas por la institución o por las propias dificultades económicas del país, la concepción que tienen

de su quehacer y responsabilidad social ante las carencias y necesidades de los usuarios del hospital y, la manera en que abordan esos problemas para darles respuesta inmediata.

A continuación, se describen los propósitos de esos apartados

1.- Datos generales.

Este tema pretende saber del estado civil de las trabajadoras sociales, su edad y número de hijos lo cual indicará, de algún modo, la disponibilidad y dedicación al trabajo con familiares y pacientes en sus actividades extrahospitalarias.

2.- Escolaridad.

Este apartado es importante en tanto que arrojará datos acerca del grado de preparación académica de estas trabajadoras y su incidencia en el ámbito donde laboran y su comprensión y tratamiento de los problemas de pacientes y familias.

3.- Vocación profesional.

Este es uno de los principales factores a desarrollar en este trabajo ya que tratará de identificar los elementos que les motivan a ejercer sus actividades de apoyo y ayuda a los usuarios del hospital. Permite también, comprender la opinión respecto del trabajo que desempeñan, comentarios y críticas a los obstáculos que limitan su quehacer y desarrollo profesional derivados de su formación académica y de su ámbito laboral.

4.- Trabajo profesional.

Se trata de saber la experiencia profesional de estas trabajadoras adquirida dentro o fuera de la institución, motivos y forma por los que ingresaron y el número de años de servicio dentro del hospital.

5.- Apoyo institucional.

Este es otro factor importante de la investigación ya que permitirá conocer hasta donde es

posible contar con el apoyo del hospital para con las familias y pacientes, y las carencias y limitaciones de la institución para apoyarles en la curación, tratamiento y rehabilitación de sus enfermedades.

6 - Trabajo extrahospitalario.

En este apartado se pretende identificar las actividades que realizan las trabajadoras sociales fuera de sus horarios de trabajo en la búsqueda de apoyos para los pequeños pacientes carentes de recursos para darles continuidad en su recuperación.

7.- Organización y participación.

Ligado a lo anterior, se trata ahora de conocer el nivel de participación en la promoción y formación de organismos de familiares para colaborar en la obtención de apoyos y recursos para el tratamiento de enfermedades, que por sus costos y largo tiempo de atención especializada, requieren ayudas adicionales y cuantiosas que el hospital no proporciona.

8.- Calidad de la atención médica.

Esta es una forma de percatarse del tipo y calidad de la atención médica que se proporciona en el hospital, las causas a que obedece y las sugerencias para mejorarla.

9.- Comunicación con familiares.

Este apartado brinda la posibilidad de identificar la importancia que el personal médico le da a la comunicación con los familiares y si el nivel de la misma es óptimo y comprensible para los usuarios y las formas y mecanismos que pudiera adoptarse para mejorarla.

10 -Costos de la atención médica.

Estas opiniones son importantes en tanto que permitirán corroborar la función y responsabilidad social del hospital en cuanto a la ayuda que proporciona a la población infantil de escasos recursos económicos de este país.

Como resultado de la encuesta al final de este apartado, se presentan de manera compendiada las propuestas, sugerencias y deseos de las trabajadoras sociales para mejorar, por un lado, su quehacer profesional al interior del Departamento de trabajo social y, por otro, las acciones y medidas que el hospital puede instrumentar para mejorar la calidad de sus servicios médicos.

La representación gráfica de estos resultados, dará un panorama general del tipo de trabajadoras sociales existentes que en el hospital, de su mística y vocación de servicio y de las dificultades y problemas que a menudo enfrentan para cumplir con los objetivos y principios de su profesión.

3.2 -Resultados de la encuesta.

1.- Datos generales.

Es oportuno señalar algunas características de las trabajadoras sociales que ayudará un panorama general de estas profesionistas.

En el hospital laboran un total de 43 trabajadoras sociales las cuales tienen la siguiente estructura de organización:

- 1 Jefe de Departamento
- 5 Supervisoras
- 37 Trabajadoras Sociales.

Distribuidas en todos y cada uno de los servicios médicos que conforman el hospital. En cuanto a su relación contractual y laboral con el hospital, el 81.6% tiene plaza de base y por lo tanto son personal sindicalizado, el 16% tiene nombramientos temporales y el 2.4% es de

confianza En cuanto a salarios se refiere, el promedio mensual de percepciones de las trabajadoras sociales es de \$1400.00 por una jornada de 8 horas diarias (40 semanales).

En el diseño del cuestionario y la encuesta, se consideró contar con la totalidad de las trabajadoras, pero diversas dificultades y motivos lo impidieron y sólo 25 contestaron el cuestionario que representa el 58.1% de la población.

En cuanto al estado civil, el 36% de las trabajadoras sociales son casadas, el 56% son solteras, el 4% son divorciadas y el 4% restante, vive en unión libre. **Fig. 1**

De las casadas, el 76.9% manifestaron tener hijos, con edades de 1 a 27 años. En los grupos de edades que se han conformado (cinco años) prevalece el que se encuentra entre los 11 y 15 años de edad con 7 hijos, en el grupo de 16 a 20 años tienen en promedio 4 hijos, en los de 6 a 10 se registran 4 hijos y en el de 1 a 5 se registraron también 4 hijos, con 2, los grupos de edad que oscilan entre los 21 a 25 años y, finalmente, en el de 26 a 30 aparece 1.

Fig. 2

En lo que respecta a la edad de las trabajadoras sociales, los grupos de 20 a 25 y de 46 o más años, se encuentra el 14% en cada uno ellos, de igual manera los grupos de 26 a 30 y de 41 a 45 se registraron porcentajes del 26% en cada uno de esos grupos y, finalmente, se encuentran los grupos de edad que van de los 31 a 35 años y de 36 a 40 o más, con el 15% y 5% respectivamente. **Fig.3**

2.- Escolaridad.

En cuanto a su formación académica, el 72% provienen de escuelas técnicas y en su mayoría son egresadas de los Centros de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios, la Escuela de Trabajo Social de Nacional Monte de Piedad y del Instituto Técnico Administrativo del

Trabajo El 28% restante realizaron sus estudios profesionales en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM. Adicionalmente, encontramos dos técnicos en trabajo social que estudiaron la licenciatura en sociología y psicología (pasantes) y una más cuenta con una maestría en sociología. **Figs. 4 y 5**

3.-Vocación Profesional.

En lo que se refiere a la vocación de las trabajadoras sociales, se encontraron respuestas con más de una característica las cuales se expresan de la siguiente manera: el 29% opinó que la elección de la carrera se debió a que el perfil profesional les permite relacionarse con los problemas de la sociedad. El 28% manifestó que en tanto carrera humanística les da la posibilidad de ayudar a resolver las necesidades de la población desprotegida. El 14% contestó que por su amplio campo de acción, tienen oportunidad de conocer la realidad social que viven las familias con quienes interactúan de manera estrecha para resolver los problemas de los pacientes. El 12% la eligieron porque les permite desarrollarse profesionalmente. Con porcentajes menores, encontramos que algunas de ellas (8%) la escogieron por su vocación de servicio, el 6% contestó que les gusta y un 3%, la eligió por ser una carrera accesible a las posibilidades económicas de la familia. **Fig.6**

Congruentes con lo anterior, al 34% les gusta su profesión ya que a través de ella establecen contacto con la población y otro 34% señalan que participar de manera importante en la solución de los problemas familiares y pacientes atendidos en el hospital. El 11% de las encuestadas manifiestan que su actividad les permite obtener un amplio desarrollo profesional. El 8% señala que contribuye en la solución de los problemas de esas familias, ya

que participan en el cambio de sus hábitos para un mejor cuidado de la salud. El 5% de ellas señaló que les gusta estar en estrecha relación con los pacientes **Fig.7**

En cambio les es desagradable el excesivo trabajo burocrático que realizan dentro del hospital (43%) porque les impide desempeñar otras actividades académicas o asistenciales de mayor importancia. El 13% manifestó que los bajos salarios que perciben no corresponden a la responsabilidad que a diario les es encomendado y, un porcentaje similar señala carecer de reconocimiento del personal y de la institución. El 6% comentó que al interior de trabajo social no cuentan con el apoyo y la orientación suficiente y otro 6%, argumenta que por la limitación de recursos institucionales no es posible ayudar mejor a los pacientes. Un 20% señala la existencia del desconocimiento que se tiene de esa profesión y por lo mismo no existe para ellas ningún tipo de reconocimiento. **Fig. 8**

En cuanto a su formación académica, el 84% señaló que ésta es acorde con su quehacer profesional y de ese porcentaje, el 32% opinó que las actividades realizadas corresponden a su preparación. El 16% dice participar en los problemas de la familia y el 12% manifiestan apoyarlos en su solución. El 8% señala que cuentan con apoyo institucional para desenvolverse y lograr su desarrollo profesional. Con igual porcentaje, las trabajadoras sociales opinan que el trabajo multidisciplinario y de equipo les permite atender de mejor manera los problemas de las familias y, comentan que aún cuando su campo de acción es limitado, les da la posibilidad de acrecentar su nivel profesional (16%) y, además, cuentan con libertad para lograrlo en cualquier ámbito del hospital (8%).

Del 16% que señala la falta de relación con el trabajo desempeñado, el 34% opinó, que no se manejan en su totalidad las técnicas para el manejo de grupos y comunidades. El 22% argumenta que la realidad social rebasa su capacidad de respuesta a las necesidades de la

población. Cifras similares indican la falta de aprovechamiento de su experiencia y formación académica y otro 22% manifiesta que su trabajo se circunscribe más al ámbito administrativo y limita sus posibilidades de desarrollo profesional. **Fig.9**

4.- Trabajo Profesional

En el 61% de las respuestas encontramos que las trabajadoras sociales ingresaron al hospital porque les gusta el área médica y su relación con pacientes y familiares. El 11% opinó que éste obedeció a la necesidad de contar con un empleo para satisfacer sus necesidades y expectativas personales. El 8% señaló que recibieron invitación para trabajar en el hospital y el 4%, fue motivado por una simple curiosidad y, con igual porcentaje, aparecen aquellas que encontraron una plaza vacante en la institución y otro 4% señala que éste fue por casualidad. **Fig. 10**

El 28% señalaron que ingresaron al hospital cuando realizaban el servicio social, prácticas o adiestramiento y, en su momento, cubrieron el perfil de puesto requerido. El 20% manifestó que se debió a la intervención de un conocido, o bien por recomendación (4%). El 12% recibió apoyo del área de trabajo social para ingresar al hospital y, con igual porcentaje, por la existencia de una bolsa de trabajo en su institución educativa. El 16% lo hizo a través de una solicitud de empleo y el 8% por contar con un amplio currículum profesional y académico. **Fig. 11**

En lo que se refiere a los años de servicio, el 34% de ellas tienen de 1 a 5 años de trabajo, 12% cuenta con 6 a 10 años en el hospital, el 7% tiene de 11 a 15 años, el 12% llevan de 16 a 20 años en la institución, el 28% tiene de 21 a 25 años de antigüedad y el 7% cuenta con

una permanencia que va de los 25 a los 30 años de trabajo ininterrumpido. Cabe señalar, que estos porcentajes comprenden a las 43 trabajadoras sociales adscritas al hospital.³⁰ Fig.12

De las trabajadoras que contestaron el cuestionario, el 54% manifestó no haber trabajado en ningún sitio y el 46% contaban con experiencia laboral en diversas dependencias gubernamentales, destacándose por su número, el Instituto Nacional de Pediatría Fig. 13

5.- Apoyo Institucional.

En cuanto al apoyo institucional para el desarrollo de sus funciones, el 60% de ellas manifiestan contar con él y el 40% contestaron lo contrario. Dentro del primer aspecto, 35% señala que a través del área de trabajo social (como parte de la institución) cuentan con el suficiente apoyo y orientación para ayudar a las familias. El 21% de ellas mencionan que tienen apoyo directo de las autoridades del hospital ya que se les otorga la libertad suficiente para desarrollar sus funciones. El 26% comenta que a pesar de las carencias de materiales, cuentan con lo suficiente para realizar sus labores. El 9% de las trabajadoras sociales mencionan que si contaran con mayor cooperación del hospital, su trabajo sería más dinámico e importante.

El 40% que opinó en contrario, señala entre otros los siguientes factores:

El apoyo que les otorga el hospital es limitado ya que no cuentan con los suficientes recursos para realizar sus actividades, en este sentido opinó el 56%. El 17% cuestionó la falta de espacio para efectuar sus trabajos administrativos, pero sobre todo, la falta de privacidad para entrevistar a los familiares. El 16% manifiesta que la institución no reconoce ni estimula su quehacer profesional. El 5% señala que el excesivo trabajo burocrático y

³⁰ Fuente: Subdirección de Recursos Humanos del HJMEQ. Diciembre de 1995.

administrativo que realizan, les impide dedicarse a otras tareas más importantes y provechosas para su desarrollo profesional y, en ocasiones, dependen de otras instancias (apoyo de instituciones) para ayudar a las familias y sus pacientes (5%). **Fig. 14**

En lo que respecta al apoyo del hospital a familiares y pacientes, el 64% señala que éste es insuficiente por las siguientes razones:

El 53% menciona la falta de apoyo a los familiares con pacientes crónicos, quienes por lo prolongado y delicado de sus enfermedades, requieren medicamentos y otros insumos para atenderlos y controlarlos de la mejor manera posible. El 27% se manifiesta por que el hospital cuente con un albergue, a efecto de ayudar a las familias provenientes de provincia y de condiciones económicas precarias. El 4% menciona que por la excesiva cantidad de pacientes, disminuye la calidad de la atención médica. El 8% señalan la falta de coordinación con otras instituciones para contar con los apoyos suficientes para subsanar las carencias del hospital. Cantidad similar se queja de la inexistencia de equipos especiales para diagnosticar las enfermedades de los pacientes.

De las trabajadoras que opinan que los familiares sí cuentan con el apoyo del hospital, mencionan la conveniencia de contar con un albergue para apoyarlos mejor, sobre todo si carecen de recursos y quienes por la lejanía de sus lugares de origen, requieren estar cerca de sus enfermos (20%). Un 30% considera que se les proporciona buena atención hospitalaria y se les apoya con medicamentos, 20% más señala que la institución cuenta con lo necesario para satisfacer las necesidades de los enfermos, además de que en sí mismas, las cuotas de recuperación son accesibles para ellos (10%) y un porcentaje igual menciona que a través del área de trabajo social se recurre a otras instituciones para conseguir los apoyos que requieran. **Fig. 15**

Dentro de las limitaciones para desarrollar su trabajo, el 42% menciona carencia de materiales de trabajo y recursos económicos para desempeñarlo mejor. El 8% señala que el espacio de sus oficinas es pequeño, lo cual impide efectuar las entrevistas con privacidad. El 12% manifiesta que las cargas de trabajo son excesivas. Otro, 12% comenta que el trabajo administrativo es bastante burocrático y rígido en los trámites que a diario realizan y tampoco cuentan con el suficiente apoyo del grupo multidisciplinario, lo que dificulta una buena orientación con los familiares (7%). Aunado a lo anterior, el 9% comenta que los bajos salarios no las motivan lo suficiente y, el 5%, señala que las cuotas de recuperación son una limitante para ayudar a los familiares. **Fig. 16**

6.- Trabajo Extra-hospitalario.

En lo que se refiere a las actividades realizadas por las trabajadoras sociales fuera de sus horarios de trabajo y de la institución, el 65% de las trabajadoras sociales declararon que si desempeñan funciones más allá de sus obligaciones. De ellas, el 58% dedican su tiempo para coordinar y organizar grupos de padres de familia con pacientes de enfermedades crónicas (Oncología, Hemofilia y Nefrología, ésta última funciona como asociación de asistencia privada) con la finalidad de obtener recursos en instituciones públicas y privadas, laboratorios farmacéuticos y empresas para la atención de esas enfermedades que, además de costosas, son de largo tiempo para su control y tratamiento. El 8% de ellas coordinan y organizan talleres de orientación y educación en salud para los padres de familia y, el 13% dedican su tiempo para visitarlos en sus domicilios. Igual porcentaje participa en la organización de actividades culturales y educativas para familias y pacientes y el 8% promueve la formación de grupos de ayuda a los niños. **Fig. 17**

El resto de las entrevistadas señalaron no participar, en tanto que en sus servicios no se requiere.

7.- Participación y Organización.

En este aspecto, el 36% manifestó participar en alguna organización en las mismas actividades señaladas en el punto anterior, con resultados satisfactorios tanto para ellas como para los pacientes atendidos en el hospital, además les permite contar con recursos para el tratamiento y rehabilitación de sus enfermedades. El 56% no participa en ninguna organización aunque si realizan actividades fuera del hospital.

Un 8% omitió responder esta pregunta. **Fig. 18**

8.- Calidad y Atención médica.

En cuanto a la calidad médica proporcionada en el hospital, 12% la califica de excelente, 52% la considera buena y el 36% como regular.

Quienes la califican de excelente, señalan que el hospital, por ser una institución de tercer nivel de atención, garantiza la calidad de sus médicos y cuenta con recursos para satisfacer las necesidades de la población usuaria. Mencionan también que a los pacientes se les brinda una adecuada vigilancia en su recuperación, lo cual permite tener una tasa de mortalidad baja.

Las que señalan que la calidad médica es buena, 28% subraya la falta de trato humano y comprensión del personal médico a problemas y angustias de los familiares. Por el contrario, el 15% señala que sí existe un adecuado manejo en los casos que se atienden. Un porcentaje similar comenta que la calidad disminuye por no tener recursos para atender a los pacientes.

Un 8% señala que se cuenta, en general, con buenos médicos, aunque otro 8% argumenta que la calidad de éstos ha disminuido en comparación con otras épocas y el personal (médico y paramédico) es insuficiente para satisfacer la creciente población que a diario acude al hospital (7%) y esto se refleja -dicen las trabajadoras sociales- en la saturación de los servicios (7%). El 8% manifiesta que la calidad obedece al solo hecho de ser una institución de tercer nivel de atención. En menor medida (4%) señala, que a pesar de los excelentes servicios médicos, se recurre cada vez menos a los estudios clínicos lo que permitía un mejor diagnóstico del paciente.

Respuestas similares encontramos en aquellas trabajadoras sociales que califican de regular los servicios médicos del hospital. En este sentido, el 31% señala que al personal médico le hace falta trato humano y calidez para con los familiares y pacientes, cuyas discusiones y discrepancias aumentan su angustia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños.

El 25% argumenta que la falta de recursos afecta la calidad médica y causa estancias innecesarias de los pacientes (12%). El exceso de trabajo (19%) es otro argumento de las trabajadoras sociales, que provoca consultas subsecuentes con retraso (13%). **Fig. 19**

9. Comunicación con los familiares.

El 56% de las trabajadoras sociales encuestadas, opinaron que la comunicación con familiares es deficiente. De ese porcentaje, el 28% señala que los médicos utilizan demasiados términos técnicos poco claros e incomprensibles para una población de bajo nivel educativo. En ocasiones (32%) ignoran a los familiares por la elevada cantidad de enfermos atendidos y, en ocasiones hacen parecer deshumanizada la relación que con ellos.

La falta de tiempo es otro factor que incide en esa mala comunicación (14%), que aunada a la poca disponibilidad de los médicos (15%), hace inexistente la información y comunicación y acrecentan la zozobra de los familiares. Un factor que consideran las trabajadoras sociales (7%) es la carencia de un espacio adecuado para tratar con privacidad el estado de salud de los pequeños.

El otro 44% por el contrario, manifestó la existencia de un buen trato con las familias ya que los médicos comprenden su situación y procuran explicarles, en un ambiente de confianza, los padecimientos y pronósticos del estado de salud de los niños con un lenguaje sencillo y amable para su entendimiento (29%). Un 6% informan que en algunos servicios (ejem. oncología) elaboran, por iniciativa de los médicos, folletos explicativos de las enfermedades y sus posibles tratamientos. Esto es reflejo (18%) de la calidad humana del médico y de su disponibilidad y tiempo para tratar a las familias (17%). En otros casos, la trabajadora social (12%) participa en esa comunicación y la hacen clara y comprensiva para toda persona que requiera información. **Fig. 20**

10. Costos de la atención médica.

En lo que respecta a este rubro, el 40% considera elevado el costo de la atención médica que se cobra en la institución. El 16% los califica de razonables, otro 20% menciona que éstos son accesibles, el 12% dice que son simbólicos y el resto no opinó. **Fig. 21**

Al respecto, el 84% se manifiesta por que se hagan cambios en las políticas para la recuperación de cuotas. El 8% considera innecesario realizar cambios y, el resto, omitió contestar.

De las que manifestaron que deben efectuarse cambios, el 40% señala que se debe tomar en consideración la situación de pobreza que vive la población usuaria del hospital. El 12% está en favor de actualizar las cuotas de recuperación, y sugiere sean tomados como base los salarios mínimos vigentes. El 18% propone dar facilidades y apoyos con tarifas preferenciales a familiares de pacientes con enfermedades crónicas. Un 8% plantea cuotas altas para familias con capacidad económica holgada (recomendados).

Por último, 10 % pide la actualización de las cuotas de recuperación y se establezcan mecanismos flexibles de participación para las trabajadoras sociales y que ellas mismas puedan intervenir en la exención de pago para familiares que vivan en extrema pobreza (12%). **Fig. 22**

3.3 La trabajadora social, y la búsqueda de mecanismos para el mejoramiento de sus funciones y de su responsabilidad social.

(Propuestas)

Las trabajadoras sociales han vertido, como resultado de la encuesta, una serie de opiniones en donde se detecta la existencia de un desánimo profesional en virtud de no contar con el reconocimiento tanto de la institución como de su personal por el trabajo que desempeñan. Por ello, existe la necesidad de estimular su formación y desarrollo profesional a través de la actualización y capacitación continua, lo que permitirá prepararlas mejor para ayudar, de esa misma manera, en la solución de los problemas de las familias y sus pacientes con lo que se elevará, por ende, la imagen y el prestigio de la institución de eminente vocación asistencial para la población de escasos recursos económicos de este país.

En una manera compendiada se presentan, a continuación, algunas propuestas que pudieran coadyuvar en el reconocimiento, estímulo y mejoramiento de su quehacer profesional en el hospital.

- Reorganizar el Departamento de Trabajo Social con la incorporación de las áreas de investigación y enseñanza con la finalidad de estimular la participación en foros de carácter académico (jornadas anuales de trabajo social, seminarios, simposios, diplomados, cursos de especialización, etc.) para mejorar la curricula y experiencia de estas profesionales de la salud.

- * Ampliar la plantilla de personal, crear plazas de confianza y contratar personal con perfil universitario, con el objetivo de impulsar la investigación y la enseñanza dentro del área de

trabajo social que permita la actualización y especialización del resto de las trabajadoras sociales del hospital.

- * Sistematizar las actividades de la trabajadora social con la introducción de equipos de cómputo, lo que permitirá abatir tiempos y trámites administrativos y facilitará, su labor en el seguimiento y control de los casos que les son asignados.

- * Actualizar la capacitación y el adiestramiento, a través visitas de trabajo de trabajo, instituciones de asistencia y protección social con la finalidad de conocer sus objetivos que permitan mejorar el trabajo social en el hospital.

- * Celebrar convenios de colaboración e intercambio académico con las instituciones educativas de trabajo social a efecto de que los estudiantes en formación puedan realizar su adiestramiento, servicio social y prácticas en el hospital y que las trabajadoras sociales de éste, tengan la oportunidad de especializarse en su disciplina con un mejor grado de preparación académica.

- * Realizar una exhaustiva simplificación administrativa, tomando como base la experiencia de las trabajadoras sociales que permita la agilización de los asuntos y trámites que tengan que ver con la atención a los familiares y pacientes.

- * Crear el premio anual de trabajo social dentro del hospital con la finalidad de estimular y reconocer el esfuerzo que realiza ese personal en el campo de la investigación que coadyuve en el mejoramiento de su quehacer profesional.

- * Establecer el premio al mérito en trabajo social para aquella profesional que se distinga por sus labores asistenciales y la obtención de recursos y apoyos para la atención de los niños de escasos recursos económicos atendidos en la institución.

* Promover ante las autoridades de las Secretarías de Salud y de Hacienda y Crédito Público el establecimiento de un nuevo tabulador de salarios, no sólo para las trabajadoras sociales, sino en general para el personal médico y paramédico que estimule y dignifique su labor profesional en el campo de la salud.

3.4 Propuestas para el mejoramiento de la atención de los niños y sus familiares en el Hospital Infantil de México.

De los resultados de la encuesta se han encontrado fallas y deficiencias dentro del hospital, que aún cuando pocas, es conveniente resolverlas a efecto de que éste siga cumpliendo con los objetivos para los que fue creado. A manera de propuestas, se presentan algunas alternativas que pudieran aplicarse en el hospital, con lo que se espera, se mejoren substancialmente no sólo la atención médica, sino también la comunicación con los familiares y que sus problemas sean tomados en cuenta por las diferentes áreas del hospital.

- * Replantear la conformación del presupuesto que tiene asignada la institución con lo que se daría la posibilidad de incluir en él, las necesidades reales de la población usuaria en lo que se refiere a medicamentos, equipos de diagnóstico, aparatos y en general, los insumos que requieran los pacientes para la curación, tratamiento y rehabilitación de su salud.
- * Crear un albergue para los familiares de los pacientes provenientes de provincia, especialmente para la población de escasos recursos económicos, con consideración a aquellos que por las enfermedades prolongadas y delicadas de sus pacientes deban permanecer más tiempo con ellos.
- * Incrementar las campañas de sensibilización entre el personal médico con la finalidad de mejorar la comunicación con los familiares y hacer que ésta sea clara, confiable y precisa y que permita la comprensión de los padecimientos de los niños.
- * Ampliar los criterios para asignación de las cuotas de recuperación con el propósito de que las familias cuenten con las facilidades para la atención, curación, tratamiento y

rehabilitación de las enfermedades de los niños, principalmente, para la población económicamente desprotegida.

- * Realizar convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas que prestan algún tipo de ayuda a los niños, con la finalidad de contar con los recursos que se requieran para la atención de sus enfermedades.
- * Promover la formación de grupos multidisciplinarios cuyas acciones estén encaminadas a resolver la problemática de los familiares en lo referente al conocimiento, no sólo de sus enfermedades sino de su propia condición social y económica.
- * Programar cursos abiertos de información y divulgación de temas de salud y educacionales para los familiares de los pacientes -incluso para el público en general- haciendo énfasis en las enfermedades más recurrentes en el hospital para un mejor conocimiento de las mismas y cuenten con los elementos de apoyo para continuar con su tratamiento en el núcleo familiar.
- * Crear un banco de medicamentos para la atención de las enfermedades crónicas (oncología, hemofilia, nefrología, etc.) con el propósito de que los familiares puedan continuar con el tratamiento de los pacientes, principalmente los que viven en estado de pobreza y de pobreza extrema.
- * Crear un comité de ética médica conformado por autoridades y destacados especialistas de la institución con la finalidad de que los familiares puedan presentar sus dudas acerca de la atención de las enfermedades de sus pacientes así como sus quejas e inconformidades con respecto a la calidad de la atención médica que se proporciona en el hospital y que sancione y corrija las anomalías que se presenten en el ámbito de su responsabilidad.

* Integrar grupos interdisciplinarios de trabajo en cada uno de los servicios con el propósito de conocer la problemática de los familiares de los pacientes y se tengan mejores elementos para brindar una mejor atención y alternativas para atender sus necesidades.

Conclusiones.

A lo largo de esta exposición, se ha destacado el papel de las trabajadoras sociales del hospital y su responsabilidad de apoyar las labores médicas de la institución, a través de la gestión para la obtención de recursos y mecanismos que ayuden, o cuando menos coadyuvar, en la solución de los problemas de las familias y sus pacientes. Esta afirmación ha quedado comprobada en lo asentado por ellas en cada una de los 25 cuestionarios aplicados.

Se ha hecho también una somera revisión de las políticas de salud instrumentadas y aplicadas por el Estado, en el que aún se manifiestan deficiencias y rezagos considerables en esta materia.

El sistema nacional de salud, a pesar de los avances y logros obtenidos en cuanto a cobertura, padece todavía la falta de recursos para atender las necesidades de la población, por lo que requiere ampliar esos recursos e incrementar los esfuerzos con la finalidad de que esos servicios médicos lleguen a todos el país, donde existe y vive una población en condiciones miseria y que los logros del desarrollo y del progreso aún no los alcanzan.

Se debe poner especial énfasis en que, aún cuando la salud es un factor importante para el bienestar del país, ésto será insuficiente mientras no se satisfagan otras necesidades elementales como son el empleo, la vivienda, la educación, el saneamiento básico y la alimentación, además del cuidado y la atención de la salud propiamente dichos, con serios atrasos, difíciles todos ellos de resolver en el corto, mediano y largo plazo.

En lo que corresponde al Hospital Infantil de México es menester destacar, el desempeño y la responsabilidad de la trabajadora social en tanto que a través de esas profesionales de la

salud se logra dar solución a las necesidades de la población usuaria del hospital, carente de recursos para atender la salud de sus hijos.

En el análisis de la información, resultado de la encuesta, se desprenden algunas conclusiones convenientes de destacar.

Por su estado civil, pudiera pensarse que por predominar las trabajadoras sociales solteras, éstas estarían más dedicadas a desempeñar sus actividades fuera del hospital y de su horario para ayudar a los pacientes y sus familias. Sin embargo esto no ocurre así, ya que un porcentaje considerable de casadas también desempeñan esas funciones más allá de sus responsabilidades, de sus horarios y de la institución.

La combinación de edades de esas profesionistas, es un factor importante para la transmisión de experiencias para las nuevas generaciones de trabajadoras sociales en el hospital, que con una formación académica de nivel profesional, enriquecerá el desempeño y actividades del área de trabajo social. En este aspecto, tanto el hospital como la propia área, deben continuar con la tarea de profesionalización al incorporar trabajadoras con nivel de licenciatura a efecto de que en el menor tiempo posible se cuente con un mejor trabajo social en la institución.

A este respecto, es conveniente destacar la marcada diferencia en su formación académica ya que la mayoría de ellas proviene de escuelas técnicas, lo que de algún modo hace que el trabajo social de la institución tenga más bien un carácter paliativo en la ayuda y atención de los familiares y los pacientes. A pesar de la vocación de ellas por apoyar las necesidades de esa población usuaria del hospital, éstas se ven limitadas por las carencias de la institución. De ahí que el trabajo que y las labores asistenciales que desempeñan, sean circunstanciales y por ende paliativas, y lo único que les proporciona son satisfacciones personales por ayudar

a esas familias y sus pacientes. Ante esta situación, se debe impulsar la formación de asociaciones y organismos de familiares con el propósito de establecer las normas y mecanismos de ayuda necesarios para que el hospital pueda dar una atención integral a los requerimientos de los pequeños pacientes, y obliga a las trabajadoras sociales, por su vocación de servicio, recurrir, por propia cuenta, a otras instancias gubernamentales y privadas a conseguir los recursos necesarios para la atención de esos enfermos.

En este sentido, las autoridades del hospital deben hacer un mayor esfuerzo a efecto de contar con mayores asignaciones presupuestales, en las que se incluyan estas necesidades, con lo que mejorará la atención médica del hospital y, en consecuencia, su prestigio como institución de asistencia a los sectores económicos más desprotegidos del país, pero principalmente de la niñez mexicana

Por su trabajo, empeño y dedicación, las trabajadoras sociales merecen ser reconocidas por ese esfuerzo y esa entrega para apoyar, con todos los medios a su alcance, las necesidades de una población que sufre las consecuencias de un sistema económico y político desigual e injusto, poniéndolos en condiciones difíciles, ya no se diga para atender su salud y la de sus familiares, sino los de su propia sobrevivencia.

Esta responsabilidad, es claro, no es del hospital ni de las trabajadoras sociales. Toca al Gobierno, a los sectores social y privado resolver estas desavenencias estructurales en que vive la mayoría de la población de este país.

Las opiniones de las trabajadoras sociales, así como sus propuestas, pensamientos y parte de su filosofía han quedado plasmadas tanto en la descripción de los resultados de la encuesta y en los dos últimos apartados de este trabajo. Ojalá se instrumenten estas propuestas y recomendaciones que se hacen con la finalidad de mejorar el trabajo del hospital y ayudar a

elevant el nivel académico y profesional de estas trabajadoras, motivo de esta investigación, que no ha tenido otro propósito que el de dar a conocer algo de lo mucho que hacen por los niños enfermos que acuden al Hospital Infantil de México "Federico Gómez", columna vertebral de la pediatría en el país y que al entrar a una nueva etapa de su historia, al contar con mejores y modernas instalaciones, quedarán resueltas algunas de esas deficiencias, pero falta que su personal responda a los nuevos retos y exigencias de una población que necesita de sus servicios, de su calidad médica y de un trato humano, cálido y comprensivo de los problemas descritos en este trabajo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ARIAS, Marín Alán. Proyecto Nacional y Democracia. La Democracia en el Discurso de la Izquierda Mexicana. México. U.N.A.M. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales No. 130. Año XXXIII, Nueva Época. Oct-Dic. de 1987.
- BARQUIN, C. Manuel, Dirección de Hospitales. Organización de la atención Médica. México: Nueva Editorial Mexicana, 1983. (4a. edición).
- BOLETIN, Médico del Hospital Infantil de México, Suplemento No. 5. Informe de Labores 1943-1968, XXV Aniversario. México: Ediciones del Hospital Infantil de México. Marzo-Abril, 1968.
- BUSTAMANTE, Miguel C., Cinco Personajes de la Salud en México. México: Miguel Ángel Porrúa Editores, 1987. (1a. Edición).
- COMISION, Nacional en Favor de la Infancia, Programa Nacional en Favor de la Infancia 1995-2000. México: octubre de 1995.
- COMISION de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, Hacia un sistema nacional de salud. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1983.
- CHAVEZ, G Ana María, Migración y Desigualdad Social, en BEJAR, Navarro Raúl y HERNANDEZ, Bringas Héctor, Coordinadores. Población y Desigualdad en México. Cuernavaca, Mor. UNAM- CRIM.
- IMSS-COPLAMAR, Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000. Salud. México: Siglo XXI-Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Reprimidas y Grupos Marginados. 1989. (4a. Edición).
- KRUSE, Herman C., Cuestiones Operativas del Servicio Social. Argentina: Editorial Humanitas, 1980. (2a. Reimpresión).
- MARTINEZ, Evangelista, Historia del Trabajo Social en México. Tesis Profesional. ENTS-UNAM. México, 1993.
- ORTIZ, Quezada Federico, La Medicina y El Hombre. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Col. Molinos del Viento No. 35, 1986.
- RODRIGUEZ, Hernández Francisco, Desigualdad Regional y Distribución de los Recursos para la Atención de la Salud en México. en BEJAR, Navarro Raúl y HERNANDEZ, Bringas

Héctor, Coordinadores Poblacion y Desigualdad en México. Cuernavaca, Mor. UNAM-CRIM

ROJAS, Soriano Raúl, Sociología Médica. México: Plaza y Valdés Editores, Coleccion Folios Universitarios. 1988. (3a. Edición).

ROJAS, Soriano Raúl, Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica. México: Plaza y Valdés. Editores 1993 (1a. Edición).

SECRETARIA de Salud, Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. 1 Num. 1, México, 1984.

SECRETARIA de Salud, Enfoque sobre la Beneficencia Pública. Oficialia Mayor, México, 1984.

SECRETARIA de Salud, La Atención Materno Infantil. "Apuntes para la Historia". Mexico: Secretaria de Salud, 1993.

SECRETARIA de Salud, Ley General de Salud. México: Secretaria de Salud, Dirección General de Asuntos Jurídicos, 6 de Septiembre, 1984.

TORREGROSA, Ferraez Luis, La Pediatría, en SOBERON, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna, José (Compiladores), La Salud en México. Testimonios 1988. Vol. IV. Especialidades Médicas en México. Vol. I y II, Biblioteca de la Salud. México: F.C.E. 1989.

TOUSSAIN, Aragón Eugenio, El Hospital Infantil de México, 1943-1983. México: Ediciones del Hospital Infantil de México, 1983.

TOWLE, Charlotte, El Trabajo Social y las Necesidades Humanas Básicas. México: Ediciones Cientificas, La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984. (Reimpresión)

HEMEROGRAFIA

GARDUÑO, Espinosa Roberto, Posible Pérdida de Logros en Salud, Educación y Vivienda por la Crisis. Periódico La Jornada. México, miércoles 1º de noviembre de 1995.

PEREZ, Rul Rocío, Clave, Redimensionar al Sector Paraestatal en Educación y Salud. Periódico Excelsior, Sección Financiera. México. Martes 23 de Octubre de 1990.

ZUÑIGA, Juan Antonio. Se Duplicó la Tasa Abierta de Desempleo en un Año: INEGI. Reportaje Periódico La Jornada. Lunes 23 de Octubre de 1995.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALMADA, Bay Ignacio, Salud y Crisis en México. Textos para un debate, México: Siglo XXI Editores, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades-UNAM, 1990.
- ANDER-EGG, Ezequiel, Ideología, Política y Trabajo Social, Argentina: Editorial Humanitas 1986.
- CASTELLANOS, Luis, Manual de Trabajo Social, México: Prensa Médica Mexicana, Ediciones Científicas, 1988. (4a. Impresión).
- CHAVEZ, Ignacio, México en la Cultura Médica, México: Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional de Salud Pública, Biblioteca de la Salud, 1987 (1a. Edición).
- INFANTE, Castañeda Claudia, El Enfoque Sociológico en el Estudio de la Prevención de los Problemas de Salud. Acta Sociológica, México: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, mayo-agosto de 1994. Num. 11.
- LOPEZ, Acuña Daniel, La Salud Desigual en México, México: Siglo XXI Editores, 1989. (Octava Edición).
- ROJAS, Soriano Raúl, Capitalismo y Enfermedad, México: Plaza y Valdés Editores, Folios Universitarios 1988. (4a. Edición Corregida y Aumentada).
- SECRETARIA de Salubridad y Asistencia, La Salud Pública en México. 1959-1982, México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.

ANEXO 1

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

Encuesta "El trabajo social en el Hospital Infantil de Mexico"

1 - Datos Generales

1.1 Nombre _____

1.2 Domicilio _____

1.3 Estado Civil _____ 1.4 Edad _____

1.5 Número de hijos ____ Edades | | | | | | | | | |

2 - Escolaridad

2.1 ¿Cual es su grado máximo de estudios? _____

2.2 ¿Qué tipo de escuela es? _____

Técnica Profesional Otra Especificar _____

2.3 ¿Dónde realizó sus estudios? _____

3 - Vocación Profesional

3.1 ¿Por qué estudió la carrera de Trabajo Social? _____

3.2 ¿Qué es lo que le gusta de su trabajo? _____

3.3 ¿Qué es lo que no le gusta? _____

3.4 ¿El trabajo que desempeña es acorde con su formación profesional?

SI NO ¿Por qué? _____

3.5 ¿Qué sugerencias haría Ud. para que la formación académica corresponda al trabajo que desempeña? _____

4 - Trabajo Profesional

*NOTA IMPORTANTE Esta información es de carácter confidencial y su uso solo será para fines académicos.

4.1 ¿Por qué ingreso al hospital? _____

4.2 ¿Cómo ingreso al hospital? _____

4.3 ¿Que antigüedad tiene? _____

4.4 ¿Ha trabajado en otra institución?

SI NO ¿Dónde? _____

5 - Apoyo Institucional

5.1 ¿Cuenta con apoyo del hospital para realizar sus funciones?

SI NO ¿Por qué? _____

5.2 ¿Considera suficiente el apoyo que proporciona el hospital a los familiares y a los pacientes?

SI NO ¿Por qué? _____

5.3 ¿Cuáles son las limitaciones más frecuentes que enfrenta Ud. para desempeñar sus labores? _____

5.4 ¿Qué otro tipo de acciones sugeriría Ud. para mejorar el trabajo del hospital en relación con el apoyo a los familiares y a los pacientes? _____

6.- Trabajo Extra-Hospitalario

6.1 ¿Realiza actividades fuera de su horario normal de trabajo relacionadas con la ayuda a los pacientes?

SI NO ¿Cuáles y qué resultados ha obtenido? _____

6.2 ¿Cómo y en qué actividades considera Ud. que deba participar el hospital para reforzar estos trabajos? _____

7 - Participación y Organización

7.1 ¿Participa o promueve algún tipo de organización para ayudar en la atención de los pacientes?

SI NO Describa la organización y las funciones que desempeña _____

7.3 ¿Qué logros ha obtenido? _____

8 - Calidad y Atención Médica

8.1 ¿Cómo considera Ud. los servicios médicos que se otorgan en el hospital?

Excelentes Buenos Regulares Malos

¿Por qué? _____

9 - Comunicación con familiares

9.1 ¿Considera adecuada la comunicación de los médicos con los familiares?

SI NO ¿Por qué? _____

9.2 ¿Cuáles son, a su juicio, los factores que intervienen en esa comunicación? _____

9.3 ¿Cree Ud. que la información que se les otorga a los familiares es adecuada para comprender los padecimientos de los enfermos? _____

10 - Costos de la Atención Médica

10.1 ¿Cómo considera Ud. las cuotas de recuperación establecidas en el hospital?

Elevadas Razonables Accesibles Simbólicas

10.2 ¿Sugeriría Ud. algún cambio en esas cuotas o en las políticas para el cobro de los servicios médicos?

SI NO ¿Cuáles y por qué? _____

10.3 ¿Agregaría Ud. alguna otra opinión que pudiera coadyuvar al mejoramiento de las funciones que realiza el área de trabajo social en el hospital?

SI NO ¿Cuáles y por qué?

Fecha	Día	Mes	Año
--------------	------------	------------	------------

Si el espacio para las respuestas no es suficiente, por favor anexar las hojas que considere necesarias.

ANEXO 2

Estado civil

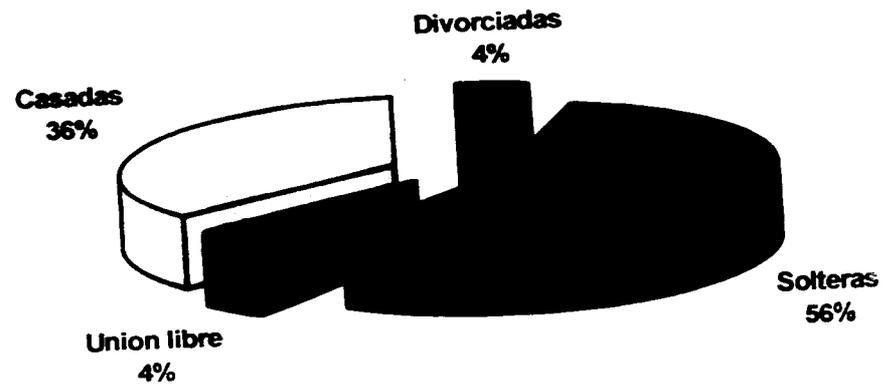


Fig. 1

Edad de hijos

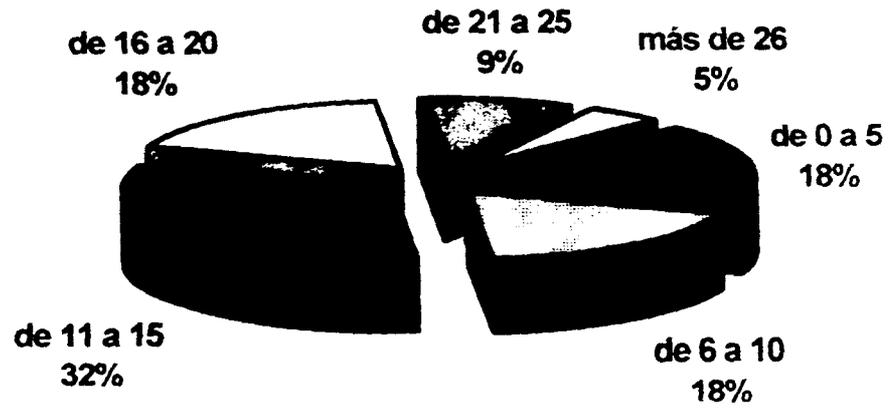


Fig. 2

Edad de la trabajadora social

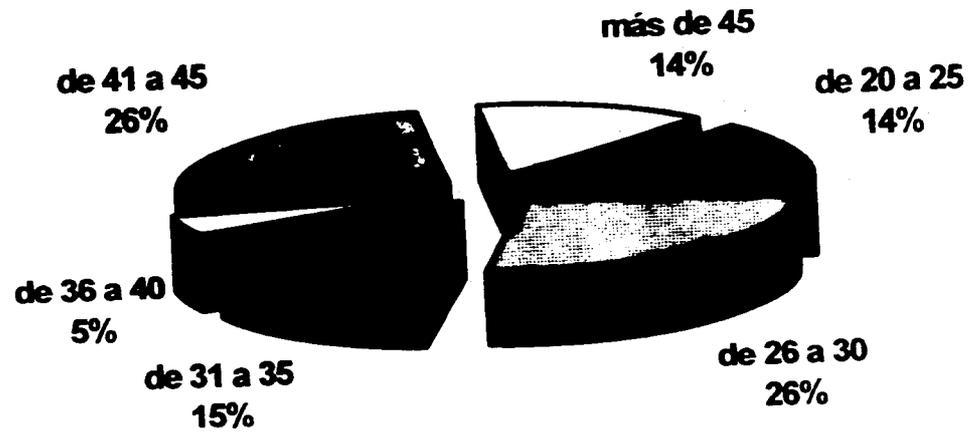
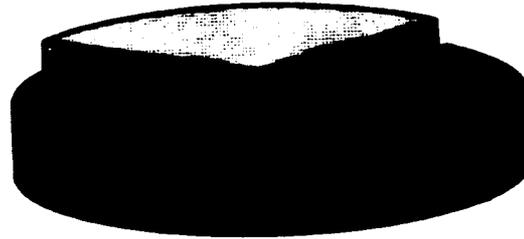


Fig. 3

Formación académica

**Profesional
28%**



**Técnica
72%**

Fig. 4

Procedencia

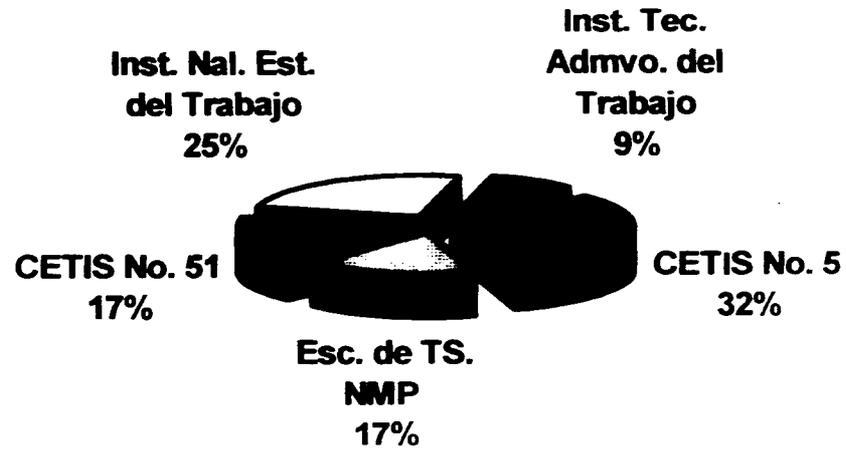


Fig. 5

Vocación profesional

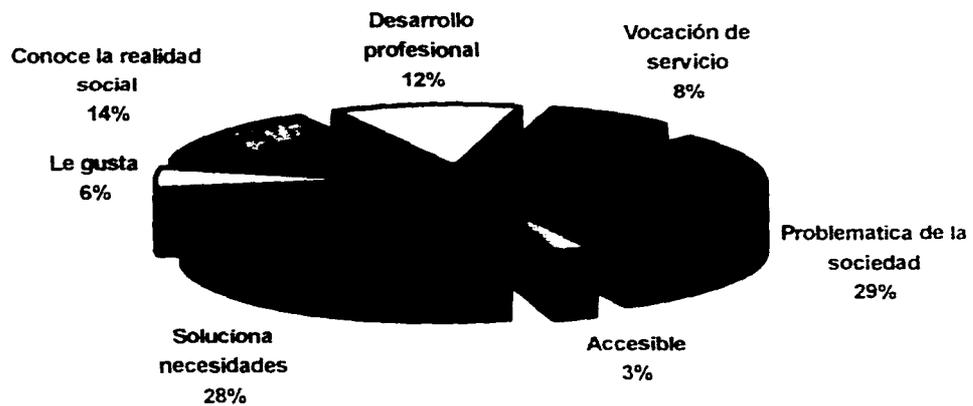


Fig. 6

Lo que les gusta de su trabajo

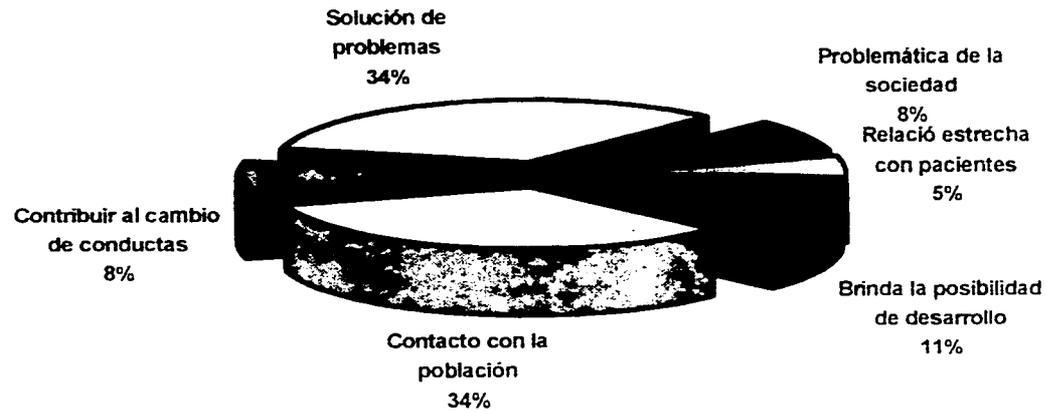


Fig. 7

Lo que no les gusta de su trabajo

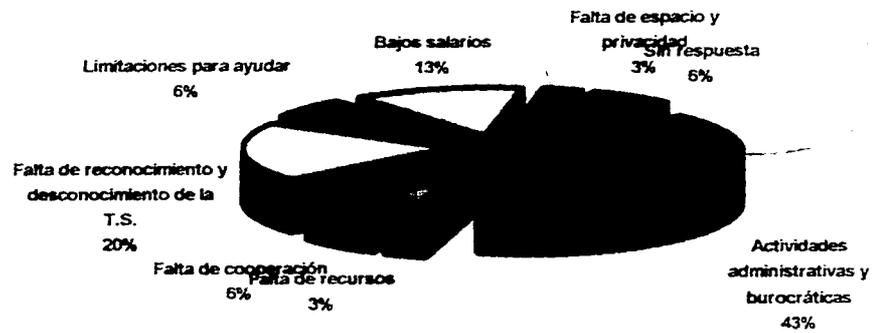
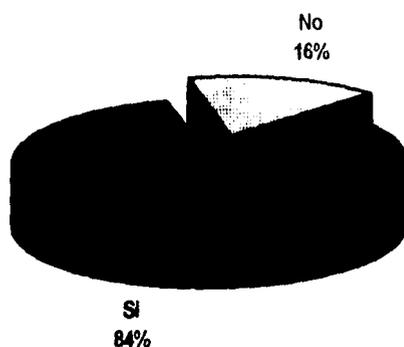


Fig. 8

Concordancia entre la formación académica y el quehacer profesional



Si		No	
Se ayuda a enfrentar problemas	12%	No se realiza trabajo con la comunidad	34%
Las funciones corresponden a la profesión	32%	La realidad social es rebasada por la problemática	22%
Trabajo en equipos interdisciplinarios	8%	Desaprovechamiento de experiencia	22%
Libertad y apoyo para trabajar	8%	Prevalencia de trabajo administrativo y técnico	22%
Desarrollo profesional	8%		
Participa en la problemática de la familia	16%		
Campo de acción limitado	8%		
Sin respuesta	8%		

Fig. 9

Motivo de ingreso

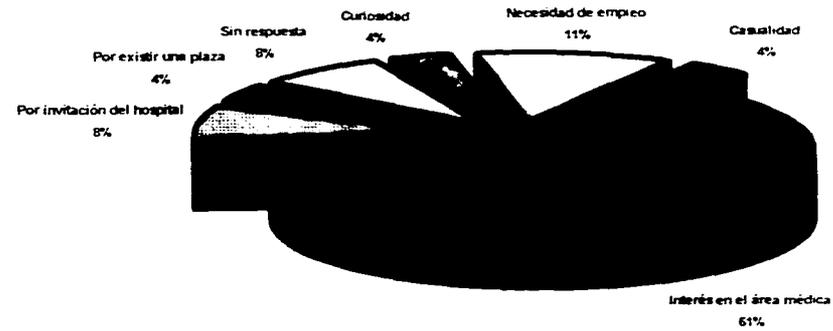


Fig. 10

Forma de ingreso

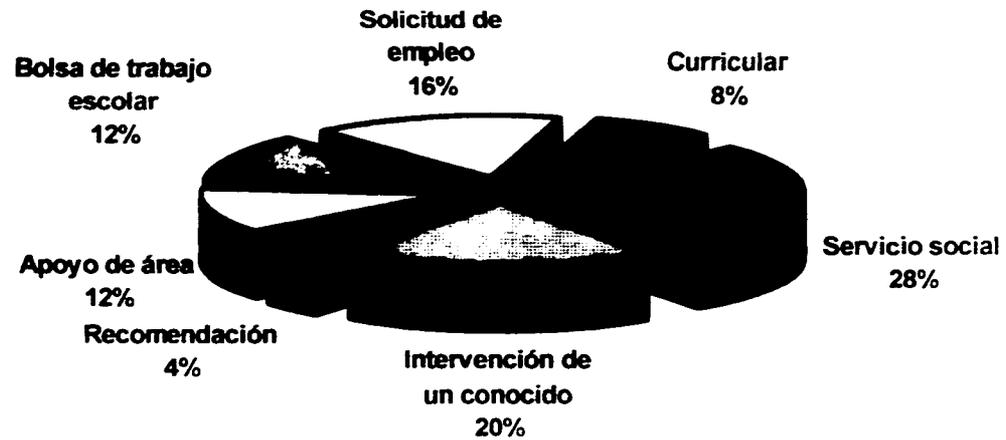


Fig. 11

Años de servicio

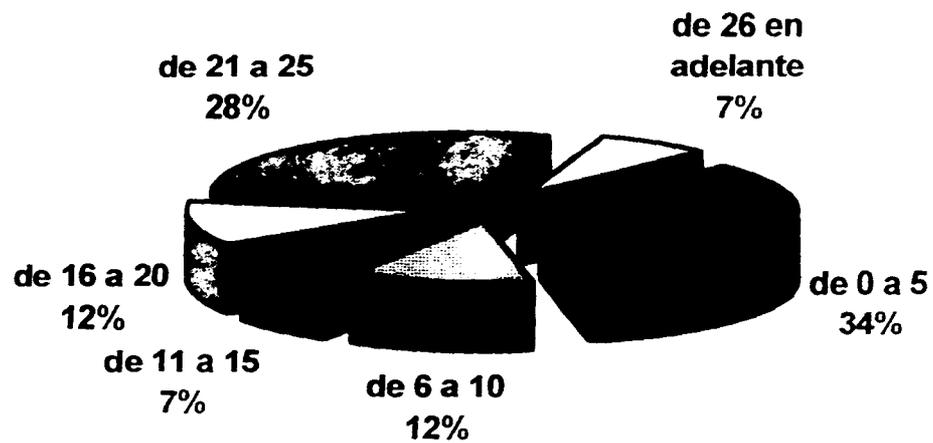
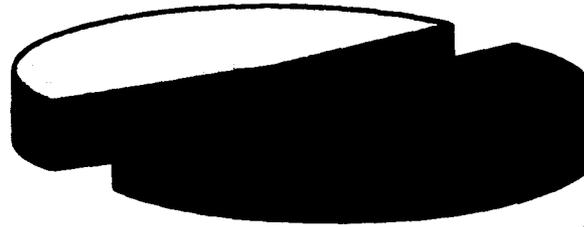


Fig. 12

Experiencia laboral

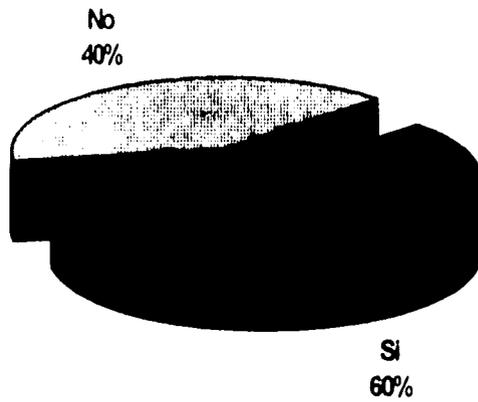
**Con
experiencia
46%**



**Sin
experiencia
54%**

Fig. 13

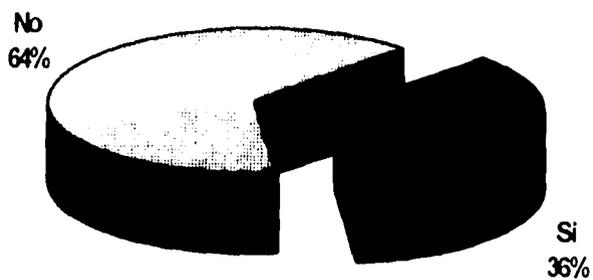
Apoyo institucional



Si		No	
Trabajo más dinámico y con cooperación.	9%	Es limitado por la falta de materiales	56%
Apoyo del área de trabajo social	35%	Falta de espacio	17%
Apoyo de autoridad	21%	Falta de tiempo	5%
Cuenta con recursos necesarios	26%	Se depende de otras instancias	5%
Sin respuesta	9%	Falta de reconocimiento	16%

Fig. 14

Apoyo del hospital a familiares



Si		No	
Falta de albergue	20%	Falta de apoyo integral a los pacientes por carencia de recursos	53%
Trabajo asistencial en coordinación con otras instituciones	10%	Exceso de intervenciones quirúrgicas	4%
Cuenta con lo necesario	20%	Falta de albergue para pacientes foraneos	27%
Se proporciona buena atención y apoyo de medicamentos	30%	Falta de coordinación con otras dependencias	8%
Cuotas accesibles	10%	Falta de estudios de diagnóstico especiales	8%
Sin respuesta	10%		

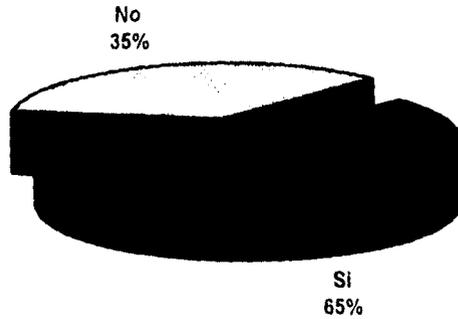
Fig. 15

Limitaciones



Fig. 16

Trabajo extra-hospitalario



Actividades	Porcentaje
Apoyo a eventos culturales y educativos	13%
Establecer relaciones con instituciones para obtención de recursos para pacientes	58%
Promoción y formación de grupos de apoyo a niños	8%
Visitas domiciliarias y entrevistas con familiares	13%
Formación de talleres de desarrollo humano para familias	8%

Fig. 17

Participación y Organización

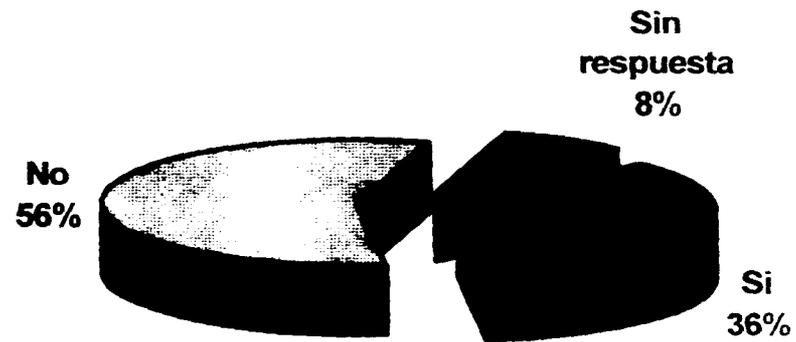
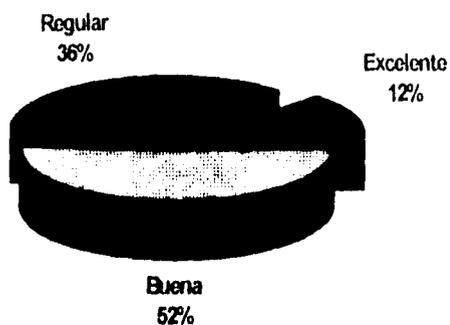


Fig. 18

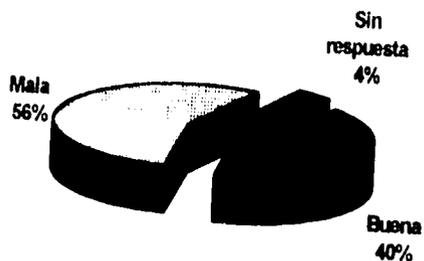
Calidad y atención médica



Buena		Regular	
Carencia de médicos y personal	7%	La atención es buena pero se carece de recursos	25%
Carencia de materiales para tratamiento de pacientes	15%	Falta de trato humano y calidez	31%
Falta de trato humano y comprensión a problemas	28%	Estancias innecesarias de pacientes	12%
Buen tratamiento y adecuado manejo	15%	Exceso de cargas de trabajo	19%
No se realiza clínica	4%	Tardanza en las consultas subsecuentes	13%
Disminución de la calidad de los médicos	8%		
Saturación de servicios	7%		
Existencia de médicos calificados	8%		
Por ser un hospital de atención de tercer nivel	8%		

Fig. 19

Comunicación con los familiares



Buena		Mala	
Existe interes de la familia	18%	Uso de terminos médicos	28%
Participa la trabajadora social	12%	Falta de disponibilidad y comprensión de los médicos	15%
Los médicos otorgan confianza a los familiares	29%	Exceso de cargas de trabajo	32%
Calidad humana del médico	18%	Falta de tiempo	14%
Disponibilidad de tiempo	17%	Falta de espacio adecuado	7%
Se otorga información a través de folletos	6%	Angustia de familiares	4%

Fig. 20

Costos de la atención médica

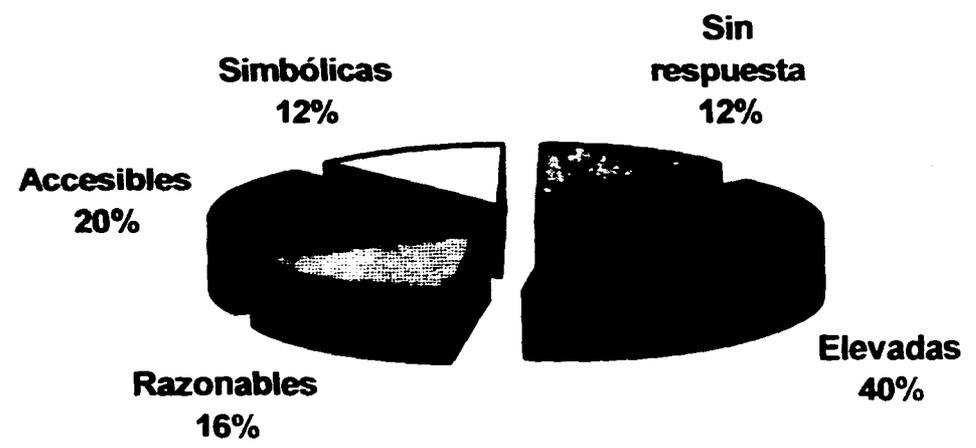
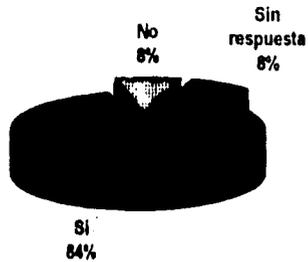


Fig. 21

Cambios en las cuotas de recuperación



Propuestas	Porcentaje
Que los catalogos de cuotas se hagan en función de los salarios mínimos vigentes	12%
Tomar en cuenta situación de pobreza de la población usuaria	40%
Actualizar catalogo de cuotas	12%
Reducción de cuotas para pacientes crónicos	18%
Flexibilidad de las cuotas	10%
Cobrar tarifas altas a recomendados	8%

Fig. 22

ANEXO 3

Informe situacional.

Nombre: P.F.G.
Registro: 715216
Responsables: P.S.A.G.
F.G.Y.
Parentesco: Padres
Servicio: Cardiología
Fecha de ingreso: 23 de marzo de 1995
Fecha de egreso: Se ignora hasta el momento
Diagnóstico: Doble vía de salida
Tratamiento quirúrgico: Blalock Taussing: cerclaje de arterias pulmonares
Caso remitido para: Autorización de exención de pago
Trabajadora social: S.V.H.
Supervisora: T.C.F.

Previa visita domiciliaria, se elabora el presente informe situacional con la finalidad de dar a conocer a las autoridades del hospital, la situación socioeconómica de la familia a la que pertenece G.

El paciente ingresó al hospital el 23 de marzo de 1995 con :

Diagnóstico de doble vía de salida. Sin embargo, su evolución es tórpida y se traslada el día 6 de abril a la unidad de terapia intensiva pediátrica, donde presenta bronconeumonía intrahospitalaria. Por el tiempo prolongado de intubación, es necesario realizar traqueostomía. Ante la mejoría del menor, el equipo médico decide el 26 de junio trasladarlo nuevamente al servicio de cardiología para su manejo y cirugía. El caso se presenta en sesión

clínico-quirúrgica ese mismo día y con los estudios preliminares concluyen diagnóstico de atresia pulmonar con comunicación interventricular, origen ductal y aórtico, patología bronquial y como plan quirúrgico, blalock taussing izquierdo, o bien, cercaje de arterias pulmonares. Cabe señalar que esta situación ha generado desgaste económico, emocional y físico de los familiares por lo que aumenta su angustia y tensión.

Situación social.

Se trata de paciente masculino de 7 meses de edad, producto de la segunda gesta planeado y deseado. Hace un año falleció el primogénito por presentar bronconeumonía al no ser atendido con oportunidad. G. forma parte de familia nuclear, organizada y aparentemente funcional. La integran ambos padres, quienes viven en unión libre desde hace 4 años. Las relaciones de pareja que se observan en la actualidad son favorables. Existe apoyo, comunicación y confianza, y ejercen roles tradicionales. El factor económico es cubierto por el padre. Trabaja como ayudante de albañil, percibe un ingreso mensual de \$640.00 con lo que cubren de manera básica las necesidades del hogar. La situación económica de la familia se ha visto deteriorada ante la larga estancia hospitalaria del menor, al afrontar gastos por concepto de transporte al hospital, así como de alimentación la cual realizan en las inmediaciones del mismo, dado el estado delicado del paciente. Los padres carecen de apoyo de familiares colaterales. La familia habita en casa prestada, propiedad del abuelo paterno. Consta de un cuarto de 3 metros cuadrados, construido de paredes de madera, techo de lámina de cartón, piso de tierra y medio baño. El mobiliario está conformado por una cama matrimonial, cajas de cartón para guardar la ropa, refrigerador, estufa de gas, mesa y cuatro sillas de madera.

Planteamiento del problema.

Con base en el estudio socioeconómico y al seguimiento del caso, se detectó que la situación de la familia se ha deteriorado por los gastos normales y básicos, como son transporte, alimentación, entre otros. Aunado a ello, han cubierto a la institución por concepto de hospitalización, hasta el 14 de mayo, cirugía de traqueostomía, estudios de cateterismo y ecocardiograma la cantidad de \$1,493.10. El Departamento de Trabajo Social ha valorado dicha situación y ha planeado e instrumentado acciones para el tratamiento de la familia, y se promueve la coparticipación de los padres para continuar con el tratamiento médico. Ellos han pedido apoyo a conocidos sin obtener respuesta alguna. Incluso para el pago de la cirugía, solicitaron un préstamo al patrón del padre.

Por lo antes expuesto y por considerar que no cuentan con recursos extrafamiliares para cubrir el costo por cirugías paliativas blalock taussing izquierdo y blalock taussing derecho, es necesario brindar apoyo institucional mediante la exención de estas mismas, que tienen un costo de \$2,140.00 cada una.¹

Firman: La jefe del departamento de trabajo social y la trabajadora social de ese servicio.

Una vez concluido este procedimiento, las autoridades del hospital aprueban la exención de pago al área de trabajo social y ellas a su vez, lo hacen del conocimiento del departamento de tesorería de la institución para los efectos procedentes.

¹ Fuente Departamento de Trabajo Social del HIMFC Noviembre de 1995.