

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
MÉDICA EN EL ÁREA DE URGENCIAS Y
PRECONSULTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTAN:

**JIMÉNEZ CRUZ EDUARDO
PATIÑO GONZÁLEZ ILIANA MARGARITA**



DIRECTOR DE TESIS: LIC. T. S. ADRIANA ORNELAS BERNAL



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos:

Ya que cada uno de ellos en su momento me brindo su apoyo y confianza.

Papá y Mamá: que han sido un ejemplo de fortaleza genuina.

Marcos: mi hermano incondicional del que admiro su nobleza y lealtad de sentimientos.

Manolo: al cual agradezco me permitiera ver detrás de esa aparente dureza que existe un hombre de gran sensibilidad, además de ser otro de los pilares en los que yo me apoye.

Lizett: que con su alegría y esa forma diferente de ver la vida a matizado la mía de esperanza y orgullo.

A Misol:

Quien es uno de los principales motivos de existir y de avanzar día con día y por ser quien a su corta edad me dio la pauta para seguir adelante en esta carrera, sin su seguridad, confianza y apoyo me hubiera sido más difícil lograrlo.

A Eduardo:

Que de tiempo atrás y hasta la fecha a constituido una de las partes vitales de mi existir, de mis proyectos, de mis sueños e ilusiones. Gracias por realizar y concluir juntos este proyecto tan importante de nuestras vidas. Te agradezco por creer en mi, por permitirme amarte tan profundamente y por corresponder a este amor.

A ti abuelita:

Que eres fuente de inspiración constante, tu experiencia y sabiduría han dado sosiego a mi vida.

A mis amigos:

Que creyeron en mi.

Luis: que siempre ha tenido palabras de aliento en los momentos menos afortunados y por seguir mis pasos aún a distancia.

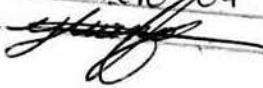
A todos ellos sinceramente Gracias.

Iliana Margarita Patiño González

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

NOMBRE: Iliana Margarita Patiño González

FECHA: 20-enero-04



AGRADECIMIENTOS

Quiero dar mi más sincero y sentido agradecimiento a las siguientes personas que han contribuido de muchas y diferentes maneras para mi formación tanto personal como profesional, permitiéndome llegar hasta donde estoy y ser lo que soy.

A ti padre por tu cariño, apoyo, consejos, comprensión, paciencia, aliento y guía; por saber ser un amigo, consejero, hombro, bastión y padre en mi educación como ser humano y profesionalista, sin ti yo no hubiera podido llegar tan lejos.

A mi hermano porque ha estado conmigo en momentos difíciles y hemos compartido alegrías inmensas, me has enseñado tu visión del mundo, gracias por permitirme ser tu amigo.

A ti prima Vero, por ser como un ángel que apareció en el momento que más necesitaba y por ayudarme a entender mejor el mundo y compartir tu vida conmigo.

A ti Padrino Jaime por quererme, cuidarme y preocuparte de mi así como por formar parte muy importante de mi familia.

A ti Emi, que has sabido ser como una madre aceptando nuestros defectos, dando cariño y compartir tu vida y tu familia conmigo.

A ti Iliana por ser compañera, amiga y pareja, que sin tu esfuerzo y dedicación no hubiéramos podido concluir este trabajo.

A todos mis amigos, compañeros y maestros que contribuyen con sus opiniones y afecto hacia un servidor.

Por último pero no menos importante, no quiero dejar de mencionar a quienes ya no están conmigo, pero formaron parte fundamental en mi formación y desarrollo como ser humano.

A ti abuelito Roberto gracias por todo

A mi tío Nacho, donde este gracias

Y a ti madrina Tere que se te sigue extrañando mucho.

Mi más sincero y profundo agradecimiento

Eduardo Jiménez Cruz

Para finalizar queremos también mencionar de manera conjunta a los maestros que de alguna manera han tenido mayor relevancia sobre nuestra formación académica y personal, si bien todos los maestros a lo largo de la carrera fueron importantes, no podemos negar que algunos impactaron con mayor fuerza y de manera positiva en nuestras vidas:

En primer lugar queremos agradecer inmensamente a nuestra maestra de Investigación Social y asesora de tesis Lic, TS. Adriana Ornelas Bernal por todo su apoyo, consejos, paciencia, disposición, prestancia, objetividad y amistad que nos ha brindado a lo largo de este tiempo desde el momento de ser sus alumnos hasta la conclusión de este trabajo, esperando que este lazo que se ha creado no se pierda con el tiempo.

No podemos dejar de mencionar a la Lic. TS. Norma A. Gómez Ríos profesora a lo largo de un año de las prácticas comunitaria y regional con la cual vivimos un proceso que marco nuestras vidas como estudiantes y como personas, en el cual tuvimos la oportunidad de aprender la práctica del Trabajo Social y sus múltiples campos de intervención así como sus más grandes tristezas y alegrías.

Un agradecimiento muy especial al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" por las facilidades, apertura, disposición y confianza que depositaron en nosotros para la realización de este trabajo, así como a su personal Director General Dr. García Marín, al Jefe del Departamento de Trabajo Social Lic. TSP Fernando Salinas, Coordinadora de Trabajo Social en Urgencias Lic. TSP. Catalina González , a la Jefa de Enfermería Lic. Teresa V. Y muy especialmente al A la Lic. TSP. Marta Saucedo.

A la Lic. TSP. Marta Saucedo, gracias por que fuiste maestra, amiga y confidente de una etapa difícil en mi vida. Iliana.

A mi maestra de práctica institucional y al Instituto de Neurología donde tuve la oportunidad de reencontrarme a mi mismo.

Al maestro de estadística aplicada a la investigación social por compartir sus conocimientos y amistad. Eduardo.

No quisiéramos dejar de mencionar a tantos otros que se escapan de la mente y en el tiempo como: Sergio Ortiz Leroux, Guillermo Campos, Edgar Flores, iñigo, Magdalena Iglesias Q.E.P.D., Araceli Rosas, Alberto Menéndez, CIJ.

Así como a nuestro jurados: Dr. Manuel Sánchez Rosado, Adriana Ornelas Bernal, Ana Cecilia Sánchez, Gumaro Arellano y Marta Saucedo.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

INVESTIGACIONES Y MODELOS DE CALIDAD DE TENCIÓN MÉDICA	1
Investigación a nivel Internacional	2
Un acercamiento al modelo de A. Donabedian	3
Investigaciones en México	4
Primer estudio en México	5
Estrategias para la evaluación de la Calidad en los Distritos Sanitarios del Distrito Federal	6
Aspectos de la forma	7
Hoja de Evaluación Médica	9

CAPÍTULO II

SALUD PÚBLICA	10
Conceptos y bases de Salud y Salud Pública	12
La Salud en la Constitución	14
Salud – Enfermedad	18
Salud Pública y Medicina Preventiva	19
Los modelos de organización de la Salud Pública	20
El Sistema de Salud	20
El Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta MASPA	22
Antecedentes	22
Sistema Nacional de Salud	24
Objetivos y propósitos	25
Programa Nacional de Salud	26
Plan Nacional de Desarrollo	27
Salud en el Distrito Federal	29

CAPÍTULO III

TRABAJO SOCIAL	31
Antecedentes históricos del Trabajo Social	31
Antecedentes del Trabajo Social en América Latina y en México	35
Trabajo Social en la UNAM	35
Funciones de Trabajo Social	37
Actividades de Trabajo Social	38
Trabajo Social y Salud Pública	40
Objetivos del Trabajo Social en el ámbito de la Salud	41
Trabajo Social en el ámbito hospitalario	42
El Trabajador Social como miembro del equipo de Salud	45
Funciones de Trabajo Social en el ámbito de la Salud Pública	46
Trabajo Social en el ámbito Psiquiátrico	46
Antecedentes	46

CAPÍTULO IV	
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA	50
Área de urgencias	53
Manual de la Unidad de Urgencias de la Dirección de Servicios Clínicos	54
Descripción de la Unidad de urgencias del INP	55
Organigrama de Urgencias	57
Paciente	58
Derechos del Paciente	59
Paciente psiquiátrico	61
Pacientes psiquiátricos de todo tipo	62
Depresión	63
Esquizofrenia	65
Ansiedad	65
Psicosis maniaco-depresiva (trastorno bipolar)	66
CAPITULO V	
RESULTADOS	67
Objetivos	69
Objetivos específicos	70
Hipótesis	70
Metodología	70
Criterios de aplicación del instrumento	71
Resultados de la aplicación del instrumento	72
Apartado de perfil	72
Apartado de registro de pacientes	78
Apartado del área de enfermería	86
Apartado del área médica	87
Apartado del área de Trabajo Social	91
Apartado de aspectos generales	93
Opinión en general del servicio	95
Conclusiones de los resultados	97
CAPÍTULO VI	
PROPUESTAS DE TRABAJO SOCIAL	99
Fortalezas	99
Debilidades	100
Cumplimiento de objetivos e hipótesis	101
Propuestas	104
Propuestas de los usuarios	105
Propuestas de los usuarios, aportaciones y propuestas de los investigadores	108
Propuesta de creación de plaza de Trabajo Social para Urgencias	110
Posibles Funciones y actividades de Trabajo Social en Urgencias	111
Conclusiones Generales	114
Anexo 1	116
Anexo 2	117
Anexo 3	118
Bibliografía	119

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las instituciones que brindan servicios de salud en cualquier nivel de atención y a cualquier tipo de población se han venido preocupado por la calidad de los servicios que ofrecen a los usuarios.

Esta medición se ha llevado a cabo a través de investigaciones y métodos cuantitativos, que sí bien no podemos negar que han funcionado hasta el momento, han dejado de lado las investigaciones y métodos cualitativos, los cuales proporcionan un análisis más completo e integral.

Este abandono es debido en gran medida a la falta de tiempo y personal que se requiere para llevar a cabo este tipo de investigaciones, a la gran carga de trabajo que tiene el personal que labora en las instituciones públicas, a consecuencia del aumento en la población usuaria, así como a la creciente demanda de los servicios.

Es en este contexto donde el Trabajador Social encuentra su razón de intervención y el ámbito propicio para hacer una aportación en el campo de la salud a la sociedad desarrollándose y aplicando todos los conocimientos adquiridos durante su formación profesional con la intención de obtener un trabajo original, inédito y que sirva de precursor y guía para futuras investigaciones en la materia.

El Trabajador Social es un ser sensible a las problemáticas sociales, capaz de emitir opiniones objetivas y constructivas para el mejoramiento en cualquier ámbito.

Enseguida presentamos un panorama general de los capítulos que se incluyen en esta investigación.

En el primer apartado abordamos al autor más relevante a nivel internacional en lo que a investigaciones de calidad médica se refiere rescatando su modelo de investigación Estructura – Proceso –Resultado que servirá de base metodológica para el presente trabajo posteriormente realizamos un recorrido por las investigaciones más importantes en México.

En el siguiente capítulo nos adentramos en todo lo que consideramos de mayor importancia en lo que a materia de Salud Pública se refiere como son conceptos, instituciones, objetivos, programas, modelos entre otras cosas tanto a nivel federal como estatal.

A continuación se presenta la historia, actualidad y vinculación del Trabajo Social con Salud Pública y específicamente con Psiquiatría.

El apartado siguiente refiere al Instituto Nacional de Psiquiatría abordando el área de urgencias así como de los principales tipos de pacientes y padecimientos que se atienden con mayor frecuencia en la institución.

En el quinto capítulo se muestra la parte metodológica que da orden, forma y dirección a esta investigación aunado a los resultados cuantitativos y cualitativos preliminares.

Para finalizar se plasman las conclusiones de los resultados en base a su interpretación, seguido de las propuestas tanto de los usuarios como de los investigadores constituyendo esto parte medular de toda investigación las cuales servirán para mejorar la calidad de la atención médica.

CAPÍTULO I

INVESTIGACIONES Y MODELOS DE CALIDAD DE ATENCION MÉDICA

Adentrarse al estudio de la calidad de los servicios médicos, supone estudiar a la administración pública central, ya que ésta considera entre sus propósitos fundamentales, responder con eficacia y eficiencia a las demandas económicas, políticas y sociales de la población.

En este sentido el Sistema Nacional de Salud ha instrumentado programas para el acceso universal a los servicios bajo criterios de equidad, calidad y calidez; al respecto existen dos grandes vertientes a partir de las cuales se evalúan los servicios de salud, que comprenden el proceso evaluativo: el primero, se refiere a la evaluación de programas, y se basa en indicadores cuantitativos que se obtienen a partir de los datos que se generan en las instituciones que prestan servicios de salud; el segundo se dirige a la evaluación de la calidad de la atención médica y se realiza a partir de encuestas y supervisiones directas. En una evaluación integral es necesario contemplar ambos aspectos ya que resultan complementarios.

En la primera vertiente del proceso evaluativo, existen grandes avances, ya que todas las instituciones de salud cuentan con sistemas de información a partir de los cuales se pueden generar indicadores ya que existe cierto consenso para la medición de los alcances y la efectividad de la misma.

La segunda vertiente ha sido menos explotada, a pesar de que a principios de la década de los cincuentas se iniciaron los esfuerzos tendientes al establecimiento de metodologías que permitieran evaluar la calidad de la atención médica, y no es sino hasta los años 70's donde se empiezan a ver verdaderos resultados concretos, dentro de los investigadores más importantes a nivel internacional podemos mencionar al Dr. Avedis Donabedian, y a los doctores Cordera Pastor y González Posada en México.

Como ya hemos mencionado, el tema de la calidad de la atención médica, es preocupación central desde hace más de un siglo, ya que se inicia en los últimos 20 años del siglo XIX.

A lo largo del tiempo las poblaciones transitan por diferentes patrones de enfermedad y muerte, en un proceso no siempre lineal; por ello la calidad de la atención médica, es una antigua necesidad, inquietud y promesa, que asume hoy un rol creciente de complejidad en su estudio. Además es causa de preocupación en el campo de la investigación, tanto en la medicina de prestación pública como en la privada.

Los sistemas de salud en el mundo han intentado responder de manera congruente a las crecientes y dinámicas necesidades, para adaptar estrategias, satisfacer demandas y anticipar tendencias, que en muchas ocasiones son previsibles; en lo que a salud se refiere, hoy existe un importante número de investigaciones tanto a nivel internacional como nacional, que enfocan sus experiencias y métodos al mejoramiento de la calidad de la atención médica.

Investigación a nivel Internacional

A continuación, presentamos la investigación considerada como la más relevante, desarrollada por el Dr. A. Donabedian (1982), de la Universidad de Michigan, considerado como una autoridad mundial en la materia, quien ha producido una serie de escritos en el campo de la investigación de calidad de la atención médica, siendo su aportación más importante el modelo de evaluación propuesto, denominado "Estructura - Proceso – Resultado", y su propuesta de que la investigación debe ser más *continua*, es decir, deberá haber un monitoreo de la calidad de la atención, entendida como una necesidad implícita dentro del proceso administrativo.

Además ha postulado como esencia de la calidad de la atención médica, el que se continúe con las proposiciones hechas por O. L. Peterson, en cuanto a las variables relacionadas con las características físicas de la institución, características personales del prestador de servicios y la satisfacción del usuario, calificadas por este mismo.

A. Donabedian, refiere que aún dentro de todas estas investigaciones que tratan sobre la calidad de la atención médica, en el nivel de "Estructura – Proceso – Resultado", existen todavía un cúmulo de inquietudes y problemas de los cuales se destacan dos, en donde considera que se debe tener más atención.

En primer lugar, entender la naturaleza de los comportamientos en el sistema de atención a la salud, en segundo lugar, dar mayor atención a las causas de los mismos y a la manera de producir los cambios deseados.

Esto ha sido conceptualizado por Freebory Greenling (1983), como un sistema de monitoreo de la calidad de la atención médica, que implica actividades de vigilancia permanente, a través de indicadores de salud y de sus servicios.

Avedis Donabedian sostiene que la calidad se caracteriza por 3 factores integrales:

- 1) La atención técnica: la cual define como la aplicación de la ciencia y la tecnología de las ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud y que sea capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgo-beneficio; por otro lado.
- 2) El manejo de la relación interpersonal (medico-paciente): que refiere a la atención proporcionada por el médico al paciente, contemplando la calidez y oportunidad, y por último.
- 3) El ambiente físico: en donde se desarrolla el proceso de atención, lo que el mismo autor denomina como "amenidades" lo cual alude a las características físicas, tangibles y comprobables del espacio físico.

Avedis Donabedian establece el método integral, el cual consiste en la revisión periódica de la estructura, el seguimiento continuo del proceso, y el examen sistemático del resultado.

Un acercamiento al modelo de A. Donabedian

El modelo de evaluación propuesto por el Dr. Avedis Donabedian, "estructura – proceso – resultado" que se fundamenta en la teoría de sistemas, servirá de guía para el sustento teórico de este trabajo el cual pretendemos enriquecer desde la perspectiva del Trabajo Social; este modelo propone tomar en cuenta la estructura de la institución, ya que cada institución es diferente y así mismo su estructura: "así como las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan, el concepto de estructura incluye los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos que se necesitan para proporcionar atención médica"¹; otro concepto importante es el de proceso, el cual será entendido como los procedimientos internos que se

¹ Donabedian Avedis, *La Calidad De La Atención Médica*, Ed. La Prensa Mexicana, México, 1984. p.203

llevan a cabo en la institución, y de manera general, como la serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes; sin embargo el Dr. Avedis Donabedian nos transporta a un conocimiento más elaborado y enriquecedor para el conocimiento más profundo de lo que esto es señalando que: "proceso es el objeto primario de la evaluación, la base para el juicio de la calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar."²

El resultado es otro de los enfoques que contempla este modelo de evaluación, en donde: "resultado significa un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica."³

Siempre que hablamos de resultados trátase del ámbito del que se trate se alude a las consecuencias y efectos de un hecho que viene a significar una modificación a alguna situación determinada.

Consideramos que la evaluación la tiene que realizar el asistente al área de urgencias y preconsulta, es decir el usuario del servicio, de donde según el Dr. Donabedian proviene la mejor información acerca del mismo.

Investigaciones en México

En lo que se refiere a investigaciones de la calidad de la atención médica en nuestro país, e independientemente de que ésta ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de medicina de prestación pública y privada, no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizar dicha calidad.

Sin embargo, a través de los diferentes mecanismos de evaluación, se ha hecho énfasis en establecer juicios de valor relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de salud, en función de la consecución de objetivos, logro de metas y administración racional de los recursos asignados.

² IDEM p.206

³ IDEM p. 210

La evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el establecimiento de criterios en aspectos de la calidad, eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación.

Al revisar y analizar los esfuerzos independientes que se han llevado a cabo en las diferentes instituciones del Sector Salud, se encuentra un número importante de trabajos y publicaciones que abordan aspectos muy variados en relación con el tema.

Primer estudio en México

Se considera que uno de los primeros estudios tendientes a mejorar la calidad de la atención médica en nuestro país, ha sido el realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1956, a través del hospital de La Raza, en el cual se inició de manera extraoficial la revisión de expedientes clínicos.

Al año siguiente, esta misma institución se dedicó ya no sólo al expediente, sino a formar una comisión de supervisión médica, que evolucionó, para convertirse en 1972, en un área de Evaluación Médica, cuyo fin fue sistematizar éstas y otras actividades de evaluación y seguimiento programático.

Los Institutos Nacionales de Salud (Cardiología, Psiquiatría, Neurología, etc.), en su función de unidades hospitalarias de alta especialidad, en los últimos veinte años han establecido sistemas de evaluación de la calidad de la atención prestada en dichas unidades.

El Sistema de Evaluación Institucional de la Secretaría de Salud, enfocado a la evaluación de la consolidación nacional de la Salud, en la parte correspondiente al análisis de los servicios, incluye la integración de indicadores que puedan revelar, en términos generales, algunos puntos relativos a la calidad de la atención, como por ejemplo, el número de egresos por acto quirúrgico, el promedio de días de estancia en el hospital y por servicio, etc., pero existe la conciencia de que la evaluación de la calidad sólo es factible cuando existe una acción sistemática y regular dentro de la propia unidad de salud, y supervisada por el nivel jerárquico inmediato superior.

Hace algunos años, el interés oficial por la calidad de la atención médica, tomó un inusitado auge, a partir de la campaña presidencial de Carlos Salinas de Gortari, en la cual se enarbó por

primera vez los conceptos de "calidad y calidez", reforzando así la necesidad de poner atención en nuestro Sistema Nacional de Salud, sobre la dimensión interpersonal de la calidad, esto es, entre usuarios y prestadores de servicios.

En este contexto, la Secretaría de Salud, ha publicado una norma técnica para la evaluación de la calidad (1993), integrándose a estos esfuerzos el sector privado, a través de la Asociación Médica de Hospitales y la Cámara Nacional de Hospitales, las que estudian el proceso para analizar los mecanismos de verificación de sus hospitales, cabe destacar, también los proyectos y acciones de los diferentes programas de calidad, tales como "círculos de calidad, costo beneficio, costo efectividad y otros.

Estrategia para la Evaluación de Calidad en los Distritos Sanitarios del Distrito

Federal

Y en este mismo contexto, podemos mencionar el Manual de Instructivos para la Organización y Funcionamiento de los Distritos Sanitarios y Centros de Salud en el Distrito Federal publicado en 1990, donde se establece utilizar como estrategia de evaluación la supervisión interna, y determina que uno de sus objetivos, es conocer el grado de cumplimiento de los diferentes programas puestos en marcha; pero conocer solamente la cuantía del cumplimiento es conocer parcialmente el resultado y se hace indispensable detectar la calidad del trabajo ejecutado. Es por esto, que en el trabajo realizado por los médicos en los Centros de Salud, además del número de consultas dadas, es complemento indispensable tener información de la calidad de los servicios prestados al público, información que en buena medida podrá obtenerse, haciendo un análisis cualitativo de las historias clínicas elaboradas por ellos.

Con este propósito la Dirección General de Salubridad en el D. F., ha elaborado *La Hoja de Evaluación Médica* para aplicarse en los servicios de los Centros de Salud, con la función primordial de que el cuerpo directivo de Centro de Salud asesore al médico para que el servicio que proporcione sea de la mejor calidad posible. Es indiscutible que dicho documento pueda estar sujeto aún a modificaciones, pero se aspira a tener en él una guía general que permita conocer el trabajo realizado por el clínico y motivar la asesoría en cada caso particular por el personal responsable del Centro de Salud.

Los valores asignados a cada uno de los renglones estudiados son convencionales y para su calificación se toman en cuenta los procedimientos propedéuticos actualmente aceptados; se destaca en esta evaluación el valor que a las acciones de medicina preventiva se le confiere, lo cual está en consonancia con las funciones del Centro de Salud y con el deliberado propósito de interesar al médico en la mística sanitaria, en las actividades de educación para la salud y en las de manejo adecuado de los procedimientos de protección con productos biológicos, que son actividades básicas en los Centros de Salud.

Esta **Hoja de Evaluación Médica** podrá ser llenada por el Director del Centro de Salud, el epidemiólogo, el Jefe del Servicio o el médico que asigne el Director de la Institución de manera rotativa y alternada de igual manera se propone que se realice una evaluación por médico, con todos sus pacientes cada semana, debiendo darse a conocer al interesado el resultado de este estudio a la brevedad posible, para dar oportunidad de orientar en lo que proceda al médico consultante.

A continuación se presentan los aspectos que contiene La Hoja de Evaluación que se muestra más adelante.

Aspectos de la forma

Centro de Salud.- Nombre de la institución donde se realiza el trabajo.

Servicio.- En el que labora el médico cuyas historias se estudian.

Nombre.- El de el médico.

Mes y año.- Correspondiente a la fecha en que se realiza el estudio.

Numero del Expediente.- Se pondrá el número, que corresponda al expediente por evaluar, en cada casillero de este renglón.

Estudio clínico, tratamiento, medicina preventiva, documentos.- Cada casillero deberá ser llenado por el evaluador con un número que indique la calificación obtenida por cada aspecto de la historia clínica evaluada debiendo sumarse para obtener los subtotales por áreas, éstos a su vez

se sumarán para obtener el total de puntos por historias, los subtotales de cada área y de cada historia, se sumarán al final del mes horizontalmente para obtener el subtotal respectivo.

El promedio se obtiene dividiendo el subtotal entre el número de historias clínicas estudiadas.

El porcentaje, se obtiene de la relación entre dicho promedio y la puntuación óptima asignada al renglón correspondiente.

Con estos datos, el evaluador está informado de las calificaciones que el médico obtiene en las diferentes áreas analizadas de la historia clínica, lo que le permitirá influir en caso necesario en se corrección o ajuste, la calificación de cada historia se obtendrá de la suma de los subtotales de cada área estudiada.

CALIFICACIÓN MENSUAL.- Se pondrá el promedio obtenido de la suma de la calificación total de las historias clínicas evaluadas, entre el número de ellas, y el porcentaje es la relación de la calificación mensual entre 100.

Estas hojas de Evaluación deberán ser firmadas por el médico que hizo el estudio de los expedientes, el médico evaluado y el Director de la oficina respectiva.

Dichos documentos, deberán ser conservados con el propósito de que puedan ser examinados por el personal médico de esta Dirección General y el resultado mensual por médico, deberá ser consignado en la columna respectiva de "CALIFICACIÓN MENSUAL" , que existe en la hoja de informe de consultas impartidas por médicos.

Hoja de Evaluación Médica

CENTRO DE SALUD _____ SERVICIO _____
 NOMBRE DEL MEDICO _____ MES DE _____ AÑO _____
 CALIFICACIÓN TOTAL _____

NUMERO DEL EXPEDIENTE	%									
1.- ESTUDIO CLINICO										
a) Interrogatorio y exp.										
Antecedentes	4									
Padecimiento actual	5									
Exploración física	5									
Subtotal	14									
b) Solicitud de exámenes										
2.- Laboratorio y evolución										
Laboratorio	4									
Gabinete	4									
Interconsulta	4									
Notas de evolución	4									
Subtotal	16									
3. DIAGNÓSTICO										
Probable	7									
Definitivo	7									
Subtotal	14									
4. TRATAMIENTO										
Medicamentos	4									
Dosis	4									
Duración	4									
Dieta	4									
Subtotal	16									
3. MEDICINA PREVENTIVA										
Educación higiénica	15									
Vacunaciones	15									
Subtotales	30									
5. DOCUMENTOS										
Completos	5									
Legibles	5									
Subtotal	10									
T O T A L E S	100									
6. HORAS CONSULTA										
7. CONSULTA S POR HORA										

EL DIRECTOR _____ EL MEDICO EVALUADO _____ EVALUO _____

CAPÍTULO II

SALUD PUBLICA

Antes de comenzar con los conceptos de salud pública, consideramos necesario mencionar los antecedentes históricos de las organizaciones internacionales más importantes que los promueven.

Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Antecedentes – En 1851 se llevó a cabo La Primera Conferencia Sanitaria Internacional reunida en París, con el propósito de promulgar un código internacional que protegiera a las poblaciones contra las enfermedades pestilenciales; En 1892 catorce países firman el Primer Convenio Internacional que establece la reglamentación rigurosa contra la propagación del cólera; En 1902 se crea la Oficina Sanitaria Internacional en Washington que en 1923 pasa a ser la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). En 1907 se crea la Oficina Internacional de Higiene Pública en París con la misión básica de vigilar y notificar los brotes de enfermedades pestilenciales y garantizar la eficaz y correcta aplicación de los convenios sanitarios internacionales; en 1920 la Sociedad de las Naciones crea la Comisión de Epidemias y en 1923 una Organización de Higiene para ocuparse de las epidemias y efectuar estudios epidemiológicos.

En 1945 se aprueba en San Francisco la carta de la Naciones Unidas, donde Brasil propone se introduzca en la misma que la salud es uno de los factores indispensables para la estabilidad y el bienestar así como para la paz del planeta; al finalizar la Segunda Guerra Mundial, el mundo inició un esfuerzo por reorganizar sus sistemas de producción y desarrollo; así en 1948 en una Conferencia Internacional de Naciones Unidas se crea la OMS, que inicia su acción en el mismo año con la Primera Asamblea Mundial de la Salud, su sede se instala en Ginebra Suiza y para lograr sus propósitos con respecto a la salud, colabora con los gobiernos de los países miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías y coordina las actividades que se llevan a cabo en relación con problemas comunes de salud pública.

La OMS tiene por objetivos:

- ◆ Robustecer los servicios nacionales de Salud Pública.
- ◆ Establecer y mantener servicios de epidemiología y estadística.
- ◆ Combatir las enfermedades endémicas y epidémicas.

- ◆ Mejorar la salud de la madre y del niño.
- ◆ Velar por la salud mental.
- ◆ Fomentar la armonía de las relaciones humanas.
- ◆ Fortalecer la higiene pública extendiendo la asistencia médica, preventiva y curativa.

Los estudios y experiencias de la OMS a lo largo de más de medio siglo han dado las pautas para la implementación de los programas sanitarios más importantes que se aplican hoy en día. La particularidad de las normas y líneas de acción que propone, es la de ser aceptadas universalmente, adaptándose a las características y recursos de cada nación, por ejemplo: el programa de inmunización propuesto por la OMS, se aplica en todo el mundo con variantes que dependen de las características sociales y los recursos de cada país, pero en términos generales las vacunas, las dosis, las vías de aplicación y los intervalos entre aplicación de estas medidas son similares entre países.

La OMS no sólo propone programas de acciones concretas, sino también sustentos teóricos y metodológicos emanados de las vivencias de sus expertos, para la organización y operación de los sistemas de salud.

La OMS es la principal organización en tratar todos los temas relacionados con la salud a nivel mundial, mientras que en el continente Americano existe una organización dedicada exclusivamente a ese territorio, y es la Organización Panamericana de La Salud (OPS.), a continuación una breve reseña de su conformación.

En 1902, en ocasión de celebrarse en México la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, la cuarentena y el saneamiento ambiental constituyeron importantes puntos de la agenda, en este año en Washington se creó la Oficina Sanitaria Internacional (O. S. I.) con la función de proporcionar la mejor ayuda y su experiencia para obtener la mayor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones, en 1923 pasó a denominarse Oficina Sanitaria Panamericana; en la 12va Conferencia Sanitaria Panamericana de Caracas, Venezuela, se practicó una reorganización, pasando a ser la O. S. P. (Oficina Sanitaria Panamericana) el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana; en 1949, por el acuerdo celebrado entre la O. S. P. y la OMS. Se determinó que aquella representara a la OMS como oficina regional para las Américas.

Finalmente, la 15va Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en San Juan de Puerto Rico, decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud, reconocida por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) como la entidad especializada Interamericana para la Salud.

Su objetivo principal es:

- ♦ La promoción y la coordinación de los esfuerzos de los países del continente para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.

Conceptos y bases de Salud y Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) definió en 1946 a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades"⁴. Se caracterizó así la salud por otro concepto teórico: el bienestar social equivalente, según el Diccionario de la Academia española, a "comodidad, vida holgada y abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad"⁵, de donde se desprende su relación con la producción y distribución de bienes y servicios en una sociedad determinada, lo cual a su vez implica reconocer a la salud como un fenómeno social.

Posteriormente en ocasión de la III Reunión de Ministros de Salud en 1973, convocada por la Organización Panamericana Sanitaria (O. P. S.), representante de la OMS en las Américas, se señaló que "la salud es un fin, un objeto permanente de preocupación individual, porque le permite a cada uno realizarse... la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona... es un proceso sutil, ininterrumpido, salvo por la aparición de enfermedades de etiología diversa que reflejan la desaparición del ambiente interno y del que nos rodea, es un medio también porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social."⁶

Sin embargo, a pesar de ser la OMS la organización más reconocida a nivel mundial en materia de salud, no todos están de acuerdo en sus formulaciones y postulados, entre los críticos

⁴ Kisnerman Natalio, *Salud Pública y Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1990, p.3.

⁵ *Diccionario De La Lengua Española, Real Academia Española XXI*, Ed. Espasa Calpe, Madrid España, 1997, Tomo II p. 1983

⁶ OPS / OMS, *Plan Decenal De Salud Para Las Américas*, Documento Oficial, No 118, Enero De 1973.

mas reconocidos de la definición de salud de la OMS destaca el epidemiólogo norteamericano Milton Terris, quien señala que ésta tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es sentirse bien, el aspecto objetivo es la capacidad de funcionar; de la definición de la OMS menciona Terris, habría que eliminar la palabra "completo", ya que la salud no es un absoluto, hay distintos grados de salud. El término enfermedad debería sustituirse por "malestar" ya que es posible que la salud (sentirse bien) y la enfermedad coexistan. Por último es necesario definir la salud tanto en términos funcionales como subjetivos. Una versión modificada de la definición de la OMS propuesta por Milton Terris sería así:

"Salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente ausencia de malestar o dolencia."⁷

Cabe mencionar que dentro del orden jurídico positivo, existe el derecho social, que se ha definido como "el conjunto de normas jurídicas que establecen principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos desfavorecidos económicamente, con el fin de lograr una convivencia armónica con las diferentes clases sociales"⁸. Por otro lado Jorge Gaxiola Moraila define al derecho social como "el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico. Por esta razón se ha afirmado que el derecho social no conoce individuos, personas particularmente consideradas, sino grupos, patrones y trabajadores, obreros y empleados, campesinos, jóvenes o adultos, necesitados, ancianos y enfermos."⁹

El derecho social procura siempre proteger de la miseria a todo ser humano. Se ha señalado que es un derecho de clase porque se dirige a proteger a quienes sólo cuentan con su trabajo personal como fuente de ingresos, porque los protege en la enfermedad, la invalidez, la desocupación y la vejez.

Al elevarse el derecho a la protección de la salud a nivel constitucional, se origina la necesidad de reglamentar esta garantía social, a través de leyes, reglamentos y demás

⁷ Hernández, Martínez Enrique, *Introducción a La Salud Pública*, Ed. Centro De Investigación De Ciencias De La Salud, Universidad de Tabasco, 1996, p. 12.

⁸ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los Usuarios de los Servicios De Salud*, Ed. UNAM, III, México, D. F. 2001, p.3

⁹ IDEM, p 4.

disposiciones jurídicas, que tienen por objeto definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecer la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general que constituyen, en su conjunto, el llamado derecho de la salud.

La Salud en la Constitución

Ahora bien, haciendo referencia a nuestra Carta Magna específicamente en la reforma por la cual se incorpora *el derecho a la protección de la salud* como garantía social en el proceso de descentralización y en la participación de los Gobiernos Federal y estatales en los servicios de salud, conviene recordar que el artículo 118 de la Constitución de Apatzingán de 1814, facultaba al Congreso para aprobar los reglamentos que condujeran a la sanidad de los ciudadanos, esta facultad quedó en el olvido y no es sino hasta 1917, con la Constitución que nos rige, que se recupera dicha atribución al Congreso para legislar en materia de salud, ya que en la fracción XVI del artículo 73 vigente se establece dicha facultad, así en 1983 se eleva al nivel constitucional *el derecho a la protección de la salud*, mediante una adición al artículo 4º de la Carta Magna; y con base en esta iniciativa de adición del tercer párrafo al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se hizo una exposición de los motivos del derecho a la protección de la salud que perfilan sus principales características:

1. "Acceso y Cobertura. El Sistema Nacional de Salud pretende hacer factible que en el mediano plazo todos los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud. Correlativamente, se pretende lograr la mayor cobertura a través de facilitar el acceso de toda persona a los servicios.
2. Integración y Coordinación. Para dar cabal efectividad al derecho social de la protección a la salud, el sistema adopta la estructura sectorial. Bajo la responsabilidad de un coordinador, las instituciones públicas que proporcionan servicios de salud, coordinan sus programas y acciones en busca de un uso más efectivo de los recursos con que las dota la sociedad, evitando las duplicaciones y contradicciones en su empleo, de esta manera se pretende dar un uso más eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud.
3. Descentralización. La descentralización significa el deslinde de la responsabilidad entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; transfiriendo los servicios de salud a los estados cuando las circunstancias lo permitan, lo que impulsará la formación y funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

4. Planeación. El Sistema Nacional de Salud es parte del Sistema Nacional de Planeación Democrática que, a su vez, tiene su base en el Plan Nacional de Desarrollo. Las entidades federativas y los municipios se integran al Sistema Nacional de Salud por la vertiente de coordinación; los sectores sociales y privados a través de las vertientes de concertación e inducción."¹⁰

Un derecho que contempla la "PROTECCIÓN DE LA SALUD " es disfrutar de los servicios de salud y de asistencia social lo más eficaz y oportunamente posible. Como mencionamos anteriormente la Ley General de Salud rige al Sistema Nacional de Salud, y ésta se aplica en toda la República, y sus disposiciones son de orden público e interés social, ha sido reformada y adicionada en cuatro ocasiones, dos en 1987, en junio de 1991 y en mayo de 1997, tan solo mencionaremos que el título quinto referente a la Investigación para la salud, menciona que "se busca promover nuevos métodos y mayores conocimientos para hacer más efectiva la prestación de servicios de salud, tomando en consideración los adelantos científicos; así como prevenir acciones que contribuyan a la investigación en materia de salud y las bases de acuerdo con las cuales éstas deban desarrollarse"¹¹, título que sirve como base jurídica para este trabajo; de igual forma la Ley General de Salud establece en el artículo 23º , que los servicios de salud son aquellas acciones en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Los servicios básicos de salud a los que tenemos derechos son:

- ◆ La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- ◆ La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- ◆ La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- ◆ La protección materno-infantil.
- ◆ La planificación familiar.
- ◆ La salud mental.
- ◆ La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.

¹⁰ Herrera Madrigal, Ma. Isabel, *La Salud*, Ed. CEE., D. F., México, 1988, pp. 45, 46

¹¹ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud*, Ed. UNAM, III. D. F. México, 2001, p. 31

- ◆ La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.
- ◆ La promoción del mejoramiento de la nutrición.
- ◆ La asistencia social a los grupos vulnerables.

Estos servicios de salud pueden ser de dos tipos: de atención médica o de salud pública:









- ◆ De atención médica: son los que se le proporcionan a las personas con el fin de proteger, promover y restaurar su salud mediante actividades preventivas, curativas y de rehabilitación (Arts. 24° y 32°).
- ◆ De salud pública: este servicio puede ser de cuatro tipos:
 1. Servicios públicos a la población en general.
 2. Servicios a derechohabientes.
 3. Servicios sociales y privados.
 4. Los gobiernos de las entidades federativas.

Además del concepto de salud propuesto por la OMS, mencionado anteriormente, la seguridad social mexicana considera a la salud no sólo como un bien necesario, sino también como un factor indispensable para un buen desarrollo económico y social. A esta consideración vale la pena agregar que la salud debe considerarse un medio y a la vez un fin en sí misma. Por esta razón podemos sostener que "la salud es uno de los valores fundamentales y constitucionales del individuo, pero también lo es de la colectividad, pues sin una comunidad sana es difícil alcanzar el desarrollo social, (y sin desarrollo social la comunidad difícilmente puede aspirar a la salud). Así, la necesidad de proteger la salud individual y colectiva es de tal magnitud e importancia que se ha considerado, junto con la educación, uno de los indicadores que gradúan el desarrollo de una nación."¹², luego entonces se sostiene la innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud con el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, etc., por ello Mariano Palacios sostiene en *El régimen de garantías sociales en el constitucionalismo mexicano*, que "el mejoramiento de la salud es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan la justicia y seguridad social" y definimos a la seguridad social como "el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que contemplan, ordenan y determinan las modalidades, cuantías y duración de la concesión de determinadas prestaciones

¹² IBIDEM, p. 6.












que se pueden agrupar bajo comunes denominadores en virtud de las características particulares que las homogeneizan."¹³

En dicho marco, las prestaciones mencionadas hacen referencia a ocho programas fundamentales:

 Enfermedad	 Maternidad
 Vejez	 Riesgos profesionales
 Invalidez	 Asignaciones familiares
 Muerte	 Desempleo

Salud pública se refiere a la serie de acciones por parte del Estado encaminadas a proporcionar a la población en general un estado de bienestar integral.

Las bases de la salud pública están constituidas por el aporte de un conjunto de disciplinas que tienen el carácter de asociadas y no simplemente de auxiliares, en tanto recibe de ellas conocimientos que le permitan su avance y entrega, a su vez, los hallazgos realizados; ellas son:

 Biología	 Ecología	 Agronomía
 Anatomía	 Patología	 Veterinaria
 Fisiología	 Estadística	 Derecho
 Genética	 Demografía	 Ciencias Sociales

Estas últimas, entendidas como el conjunto de disciplinas centradas en el estudio del individuo como ser social, cultural, económico y político, facilitando el conocimiento acerca de los factores socioeconómicos, culturales y políticos que generan enfermedad; los comportamientos de personas situadas diferencialmente en la estructura social; de las subculturas profesionales en salud y las pautas de conducta que las caracteriza; de los roles sociales, liderazgo, aspiraciones, necesidades y expectativas de la población; de la red de relaciones sociales en la que están inmersos grupos humanos y como generan salud y también enfermedad así como de la **evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios y recursos de salud.**

¹³ IBIDEM p. 7

El campo de la salud pública abarca las siguientes actividades principales:

1. Actividades sobre personas o atención médica.- son el conjunto de actividades y medidas integradas que se cumplen en los servicios o establecimientos de salud y en el seno de la comunidad con el fin de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud.
2. Actividades sobre el medio ambiente o saneamiento ambiental.- son el conjunto de actividades y medidas sobre el ambiente a fin de eliminar o controlar los factores físicos, químicos y biológicos capaces de determinar o favorecer la aparición y el desarrollo de enfermedades.

Toda la acción sanitaria como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir cinco funciones básicas: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y reubicación social de los enfermos. En cualquiera de ellas existe el intento de prevenir, evitando la ocurrencia de un riesgo que ocasione incapacidad o muerte.

Salud – enfermedad

En la década de los años sesentas cuando se dio una rigurosa revisión crítica de la definición de salud de la OMS, cuestionándosele a través del enfoque de las ciencias sociales, aparece el concepto de salud – enfermedad como proceso dinámico conformado por dos polos opuestos en constante movimiento determinado por la interrelación de los elementos de la triada ecológica, este concepto se afirma en los 70's y ha venido fortaleciéndose de manera que ha trascendido a la definición de la OMS.

Se reconoce así que la enfermedad es un desajuste entre individuo y ambiente y se indica que la salud es un medio para lograr la supervivencia individual y colectiva puesto que los individuos no viven aislados.

Como problema y hecho concreto, salud – enfermedad configuran una unidad como partes de un mismo proceso vital que excede lo individual, que es responsabilidad de todos en una sociedad en la medida de que ésta crea las condiciones favorables o desfavorables para el desarrollo integral de los individuos.

En este sentido, salud – enfermedad es un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico y abarca la comunidad como conjunto, aunque se exprese en individuos concretos. Así surge la Salud Pública como disciplina que apoyada en el conocimiento médico y en el aporte de otras disciplinas para el estudio de la realidad social, se define como el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país (de ahí el carácter de “pública”) para promover, prever y recuperar la salud en una sociedad.

Se ha señalado en numerosas declaraciones que la salud es un derecho natural a todo ser humano, en tanto ésta tienda a la conservación de sí y a la de la especie humana, y un derecho primario, porque el mantener la salud, es asegurar la convivencia en una sociedad, (en los orígenes de la vida humana la conservación de la vida y la salud fue una reacción instintiva, consolidada como costumbre por su uso hasta transformarse en derechos y obligaciones) y una obligación en el sentido de responsabilidad que compete a los individuos de preservar y mantener la salud. Aquí cabe señalar que en contadas ocasiones el ser humano nace carente de salud por lo que no se puede considerar como un derecho natural del individuo aunque en lo que sí coincidimos es en el derecho natural a la búsqueda, protección y conservación de la misma, sin embargo no siempre se dan las condiciones estructurales que aseguren la salud a la población y que, por lo general, los individuos suelen formar conciencia de su valor cuando precisamente les falta.

Salud Pública y Medicina Preventiva

Aunque es difícil definir a la Salud Pública una aproximación podría ser: "Un problema de salud se convierte en responsabilidad pública, sólo si es de tal carácter o extensión como para ser susceptible de solución, solamente, por medio de la acción social sistematizada. Su importancia relativa varía con el riesgo para la población expuesta. Éste puede ser cualitativo, en términos de incapacidad o muerte; puede ser cuantitativo, en términos del monto de la población afectada; puede ser real, o puede ser potencial"¹⁴ esta aproximación, establece lo que constituye un problema de salud pública. Por otro lado, Winslow conceptualiza a la Salud Pública de la siguiente manera: "Es la ciencia y arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud a través del saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades y el desarrollo de un

¹⁴ Mustard, S. Harry, *Introducción a La Salud Publica*, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1965, p15.

mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel adecuado para la conservación de la salud."¹⁵

Muchas personas tienden a usar los términos "salud pública" y "medicina preventiva" como sinónimos. Consideran la prevención de la enfermedad como la única responsabilidad del servicio de salubridad, desaprobando cualquier interés oficial en la "medicina curativa".

La medicina preventiva puede ser considerada como el cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen a la prevención de la enfermedad, ya sea en el individuo o en la colectividad.

La salud pública puede ser considerada como el cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud de la colectividad, ya sea por medidas preventivas, curativas o por ambas.

Los modelos de organización de la Salud Pública

Los modelos de organización de la salud pública responden básicamente a 2 criterios: el productivo y el distributivo. El productivo se centra en la eficacia de los servicios, sin una preocupación fehaciente por posibilitar el total acceso de la población a los servicios de salud; el criterio distributivo, en cambio, asegura la protección a la salud como un derecho de toda la población de un país mediante un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales en cantidad suficiente y calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de toda una comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles, esta concepción surge en Europa y se da en la gran mayoría de los países y configuran lo que se llama un Sistema Nacional de Salud; en este sistema, cada habitante dispone cerca de su domicilio de un médico y un centro de salud para consulta y atención médica.

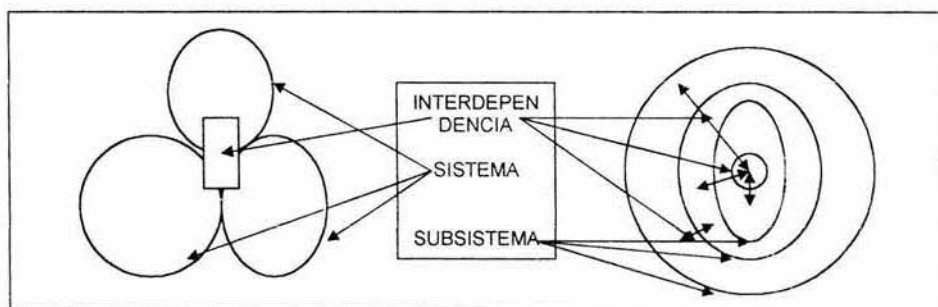
El Sistema de Salud

Un sistema de salud es un modelo de organización en el que se conjugan ciencia y tecnología con la cultura y la historia de un país. Es el conjunto de actividades técnicas integradas, regulativas y operativas de atención médica. Son regulativas las actividades de normatizar,

¹⁵ Hernández, Martínez Enrique, *Introducción A La Salud Pública*, Ed. Centro De Investigación De Ciencias De La Salud, Universidad de Tabasco, 1996, p. 12.

controlar y verificar el funcionamiento de las instituciones de salud y competen al organismo centralizador que atiende la salud pública. Son operativas las actividades que se cumplen, con el fin de promover prevenir, recuperar y rehabilitar la salud, actuando sobre los individuos y el ambiente.

Se llama sistema a un conjunto de unidades interrelacionadas para el logro de un objetivo común, cada unidad como parte mínima distinguible es, a la vez un sistema concreto, inserto en el sistema mayor y ejecuta un proceso particular al cual también se le llama subsistema. Las relaciones entre subsistemas están dadas por la mutua dependencia existente entre ellas como partes de un todo llamado sistema.



Con la finalidad de lograr un ordenamiento mas adecuado de los servicios de atención médica a nivel nacional en el Sistema de Salud, existe el criterio de niveles de complejidad de atención que comprende básicamente 3, los cuales son:

Primer nivel de atención

En este nivel se encuentran pequeños establecimientos de atención médica, desde la casa de salud atendida por alguna persona de la propia comunidad previamente capacitada, pasando por los consultorios privados hasta los centros de salud urbanos, únicamente con consulta externa, atendidos por médicos generales, enfermeras, trabajadores sociales y promotores integrados en equipos de salud para atender un máximo de 500 familias o 3,000 habitantes.

Segundo nivel de atención

En este nivel se cuenta con establecimientos de atención médica externa e internación en servicios clínicos básicos (medicina interna, pediatría, cirugía, gineco-obstetricia); son considerados de segundo nivel los hospitales generales, establecimientos con camas censables con las especialidades básicas ya mencionadas, con auxiliares para el diagnóstico como radiología, laboratorio, farmacia. Según su complejidad se llega a contar con otras especialidades de apoyo como dermatología, urología, gastroenterología, psiquiatría, cardiología, etc.

Tercer nivel de atención

En este nivel están las unidades de mayor complejidad del sistema con alto grado de especialización y tecnología médica, por lo regular están dedicadas exclusivamente a una sola especialidad ya sea pediatría, cardiología, psiquiatría, entre otras, o bien a contener a todas las especialidades médicas, incluyendo las subespecialidades consideradas "superiores" como la neurología, medicina nuclear, cirugía torácica, por mencionar algunas. Estos centros son escuelas de formación de recursos humanos en salud y de posgrado y por su capacidad de alta tecnología y alto grado de especialización son las únicas que contemplan la investigación como parte de sus actividades.

Una vez revisado lo anterior, y con la precaución de no ser repetitivos, reiteramos que esta investigación se lleva a cabo en una institución de 3er nivel de atención, para población desprotegida, abierta o no derechohabiente, por lo que revisaremos este modelo de atención un poco más a fondo.

El Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta

Antecedentes

La desigual distribución en la prestación de los servicios de salud prevaleciente en las décadas pasadas en nuestro país, creó la necesidad de buscar nuevas estrategias para dar acceso a los servicios a más comunidades, sobre todo rurales.

De esta manera la Secretaría de Salubridad y Asistencia puso en marcha en las áreas rurales los programas de extensión de cobertura y comunitario rural, que al cabo de unos años se integraron en el programa de salud rural.

Por otra parte, en 1978 en Alma Ata, URSS los países miembros de la OMS, entre ellos el nuestro, suscribieron el compromiso de "Salud para todos en el 2000", para lo cual se estableció como estrategia fundamental la "Atención primaria de salud".

Con esta base y para dar una respuesta organizada a las demandas planteadas por las condiciones de salud de la población, el Gobierno Federal propone el establecimiento, a principios de los ochentas, de un Sistema Nacional de Salud, que representa un compromiso fundamental del Plan Nacional de Desarrollo y pretende integrar funcionalmente a todas las instituciones de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud a fin de optimizar los escasos recursos y evitar duplicidad de funciones.

La Secretaría de Salud, además de ser responsable de regular los aspectos concernientes a la salud y prestar atención directa a la salud, le corresponde prestar atención médica directa a la población en general.

Sin embargo, en lo que se refiere a la atención directa, su universo específico, está integrado por los trabajadores no sujetos a una relación formal de trabajo y por los familiares dependientes de estos; esta población se ocupa en general, de actividades que les proporcionan un ingreso igual o inferior al salario mínimo.

De ahí que pueda afirmarse que el universo de atención de la Secretaría está formado básicamente por la población de escasos recursos, tanto del área urbana como rural.

Para diferenciar los universos asignados a la institución, se ha optado por llamar "población amparada o derechohabiente", a las protegidas por las instituciones de seguridad social; y "población abierta", a la que no tiene derecho a los servicios médicos de la seguridad social.

En el marco de las estrategias convenidas, sectorialmente, la Secretaría de Salud, inició en 1980, los trabajos conducentes a reorganizar la prestación de los servicios en 3 niveles de atención.

Esta organización quedó oficialmente establecida, por el Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MASPA), que a partir de 1985 rige formalmente la operación de los servicios pertenecientes a la institución.

El Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MASPA), tiene como antecedente el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, más conocido como IMSS-COPLAMAR y en los servicios propios de las entidades federativas, constituye la estrategia para ejecutar el Programa Nacional de Salud y consolidar el Sistema Nacional de Salud. (Posteriormente este programa de IMSS-COPLAMAR se transformó durante el sexenio del presidente Salinas en IMSS-SOLIDARIDAD y actualmente se denomina IMSS-OPORTUNIDADES)

El Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta permite en un primer nivel de atención proporcionar servicios de salud integrales dirigidos a atender los padecimientos de mayor frecuencia y cuya resolución es factible mediante la atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica, constituyéndose así en la puerta de entrada a los servicios.

En un segundo nivel se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel, cuya resolución requiere la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal técnico y profesional especializado.

Y en el tercer nivel se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en usuarios referidos por niveles inferiores, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica.

Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se constituye con la finalidad de cumplir con los propósitos del derecho a la protección de la salud garantizado por la Constitución. Nace como producto de la necesidad de integrar los servicios de salud, dar un uso más productivo de sus recursos, ampliar el acceso de los mexicanos a los servicios y así garantizar, para todos el derecho a la salud. Es un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática que está regulado por la

Ley de Planeación (como lo menciona Moctezuma Barragán en su obra ya citada) y pretende armonizar los programas de servicios de salud que realice el Gobierno Federal con los que lleven a cabo los gobiernos de los estados y sus municipios y los sectores social y privado que presten servicios de salud; a fin de dar cumplimiento al creciente derecho a la protección de la salud, la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría del ramo y su organización y funcionamiento se rige por la Ley General de Salud.

Así el Sistema Nacional de Salud, está integrado por:

- a. Las entidades federales del Sector Salud, a las cuales se aplica la obligatoriedad.
- b. Los gobiernos de las entidades federativas, que se vinculan a través de la coordinación con el Gobierno Federal.
- c. Los sectores social y privado, que se incorporan mediante la concertación e inducción con apoyo en la consulta popular.

Objetivos y propósitos

De acuerdo con el artículo 6° de la Ley General de Salud el Sistema Nacional de Salud tiene siete objetivos; a continuación la idea central de cada uno de ellos:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos.
2. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
3. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social.
4. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad.
5. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
6. Impulsar el sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar los servicios de salud.
7. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presenten para su protección.

El Sistema Nacional de Salud opera a través del Programa Nacional de Salud cuyos propósitos son:

De atención médica:

- ◆ Proporcionar servicios médicos, preventivos y terapéuticos a la población con especial énfasis en el primer nivel de atención, mejorar y homogeneizar la calidad básica de los mismos, atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que causan y condicionan los daños a la salud.
- ◆ Abatir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades, así como los accidentes.

De Salud Pública:

- ◆ Promover la salud y prevenir la enfermedad de la población disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados con especial preocupación por los grupos más vulnerables.
- ◆ Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población general.
- ◆ Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de la familia, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de la población materno infantil.
- ◆ Para algunos la Salud Pública comprende la atención individual a través de la atención médica, las acciones hacia la colectividad principalmente de educación, promoción y prevención de las enfermedades y la asistencia social

De asistencia social:

- Contribuir al bienestar de la población al proporcionar asistencia social principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados, minusválidos, madres gestantes de escasos recursos, así como a indigentes, a fin de proporcionar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

Programa Nacional de Salud

Asimismo, con el objeto de establecer los diversos criterios, estrategias y procedimientos que el sistema requiere para su operación, se instrumentó el "Programa Nacional de Salud" que es de aplicación sectorial y contempla como estrategias las siguientes:

- *"Sectorización":* que consiste en la integración organizada de las instituciones de salud, para la coordinación de programas, presupuestos y operación que permitan hacer eficaz y eficiente la labor conjunta.
- *Descentralización:* consistente en la transferencia de los servicios de salud a los gobiernos estatales y municipales para que éstos asuman gradualmente la responsabilidad y la administración de los mismos a través del establecimiento de sistemas estatales y municipales de salud.
- *Modernización administrativa:* entendida ésta como la conformación de una administración sanitaria más simple, expedita y eficaz que permita corregir los desequilibrios e insuficiencias existentes y contribuir con ello al establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud y su adecuada coordinación.
- *Participación comunitaria:* consiste en procurar que la propia comunidad constituya un complemento de los Programas, asignándole tareas para que participe en la gestión de sus servicios, con el fin de lograr un mejoramiento de sus niveles de salud.
- *Coordinación intersectorial:* pretende vincular el propósito fundamental y los objetivos del sector salud con los correspondientes a los demás sectores con el objetivo de producir un cambio en la calidad de vida de la comunidad"¹⁶

El Sistema Nacional de Salud reconoce que no solamente es un sistema prestador de servicios. Sabe que la enseñanza y la investigación son aspectos fundamentales para su renovación y para la introducción de procesos innovadores, por lo que los concibe como elementos insustituibles para garantizar la calidad de los servicios.

Plan Nacional de Desarrollo

Actualmente el Plan Nacional de Desarrollo menciona en materia de salud que "la educación y el desarrollo de los mexicanos dependen de la salud que posean. La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México"¹⁷, en este mismo texto se reitera el compromiso que tiene el Gobierno de la República de seguir desarrollando los sistemas de salud, de tal forma que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos ahorren recursos y prevengan las enfermedades, donde las estrategias que se plantean, buscan unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el apoyo para el

¹⁶ IDEM, p. 59.

¹⁷ *Plan Nacional De Desarrollo 2001-2006*, Gobierno De Los Estados Unidos Mexicanos – Presidencia De La República, D. F. México, 2001, p. 49

mejoramiento de las instalaciones, equipamientos y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. **El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población** (la atención médica "es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y restaurar su salud"¹⁸; en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la prestación de servicios es otorgada a los llamados demandantes, es decir "toda persona que para sí o para otro solicite la prestación de servicios de atención médica."¹⁹)

De igual forma se plantea que **"para evaluar los resultados** de las metas fijadas se utilizarán indicadores como la rendición de cuentas, **la calidad del trato a los usuarios** de los servicios públicos."²⁰

Para poder hacer realidad la democratización de la atención a la salud, México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas.

Para poder enfrentar cada una de las expectativas antes mencionadas, la presente administración se ha planteado cuatro objetivos principales:

- ◆ Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- ◆ **Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud** (servicios de salud por los cuales se entiende "todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad"²¹, y a fin de evitar duplicidades y omisiones y mejorar la calidad básica de los servicios de salud, la Ley establece que éstos se estructurarán conforme a criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de servicios).
- ◆ Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- ◆ Fortalecer el sistema de salud.

¹⁸ IBIDEM, p. 12

¹⁹ IBIDEM, p. 53

²⁰ IBIDEM, p.53.

²¹ IBIDEM, p. 11

El Programa Nacional de Salud establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades y que a medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también.

Señala como objetivos los retos que enfrenta en la actualidad el Sistema Nacional de Salud y que comprenden el de la equidad, cuyo objetivo es el de abatir las desigualdades en salud; **el de calidad, cuyo objetivo es de mejorar la salud de las mexicanas y los mexicanos y garantizar un trato adecuado**; y el reto de la protección financiera, cuyo objetivo es asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

Salud en el Distrito Federal

Y por último en lo que a materia legal en salud se refiere en el Distrito Federal, encontramos la Ley general de Salud para el Distrito Federal como principal rectora jurídica, de la cual podemos sustraer lo más importante, que se encuentra en el artículo 1º Bis que dice "Para los efectos de la presente Ley, el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I.- El bienestar físico, mental y social del individuo, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II.- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III.- La protección y la promoción de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la promoción, preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V.- El disfrute de servicios de salud que satisfagan eficazmente y oportunamente las necesidades de la población.
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento para la utilización de los servicios de salud.
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 2º. Para los efectos de esta Ley se entiende por:

- I.- Ley General, a la Ley General de Salud.
- II.- Secretaría, a la Secretaría de Salud del ejecutivo Federal.
- III.- Gobierno, al jefe de gobierno del Distrito Federal.
- IV.- Delegación, al órgano político-administrativo de las demarcaciones territoriales.
- V.- Secretaría del Distrito federal, a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

- VI.- Sistemas de Salud del Distrito Federal, al conjunto de unidades administrativas, órganos desconcentrados y descentralizados del gobierno y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones que se suscriban con dependencias o entidades de la Administración Pública Federal.
- VII.- Usuario del servicio de salud, a toda persona que requiera y obtenga los servicios de salud que presten los sectores públicos, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta ley y demás disposiciones aplicables.
- VIII.- Servicios de salud, a todas aquellas acciones que se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; estos se consideran como servicios públicos de la salud a la población en general, cuando se presten por establecimientos públicos de la salud a la población en el Distrito federal que así lo requiera, regidos por criterios de universalidad, equidad y gratuidad."²²

²² *Ley Orgánica de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y Ley de Salud para el Distrito Federal*, Ed. Cooperación Mexicana de Impresión, D. F., México, 1999, pp. 45, 46.

CAPÍTULO III

TRABAJO SOCIAL

Evidentemente para que un Trabajador Social pueda ejercer su papel, es necesaria la presencia de un individuo, un grupo, comunidad o sociedad que demanden sus servicios frente a una situación vivida como problemática. Llamamos situación a todo lo que constituye la realidad para los individuos, es decir, el conjunto estructurado de elementos, hechos, relaciones y condiciones en un tiempo y espacios concretos.

Esa situación problemática es siempre social en tanto involucra explícita o implícitamente a seres humanos en interrelación, afectados por la misma. De ahí que nunca sea estrictamente individual, si bien puede ser un individuo quien la exprese. Pero la persona siempre es portavoz, directa o indirecta, de un grupo afectado por la realidad, ya sea por carencia de trabajo estable, de vivienda, etc., el Trabajador Social no restituye la salud ni tiene viviendas para otorgar ni posibilidades de dar trabajo efectivo a las personas; el quehacer del Trabajador Social tendrá que ver con la definición o indefinición que haga de su tarea.

Nosotros entendemos que el Trabajo Social procura crear una actitud crítica en los individuos acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada, preventiva y transformadora que los supere.

Para ello, el Trabajo Social deberá:

- a) Conocer científicamente esos problemas.
- b) Determinar cómo los individuos los enfrentan y qué alternativas de solución les dan.
- c) Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

Antecedentes históricos del Trabajo Social

Consideramos importante entender como se desarrolló la profesión de Trabajo Social a lo largo de la historia.

Como bien se sabe, la ayuda a los necesitados es tan antigua como la humanidad. En las sociedades primitivas la ayuda a los necesitados y desvalidos era asumida por la familia, la tribu o el clan, como un aspecto del apoyo mutuo que se prestaban entre sí; los vínculos que unían a la familia, linaje, tribu o clan constituían la principal motivación para la ayuda mutua y su ámbito de realización.

Después, los individuos se movieron por impulsos humanitarios y religiosos que los llevaban a socorrer a quienes no pertenecían a su círculo inmediato. Mucho más adelante en la historia de la humanidad, con la aparición de las grandes religiones (Judaísmo, Islam y Cristianismo), se establecen normas morales y religiosas, en las que se encuentran las primeras y más rudimentarias formas de ayuda y de asistencia a los necesitados y carenciados; sin embargo no sólo en las grandes religiones se configuró por primera vez las formas más rudimentarias de ayuda social, existen otros precedentes como "El código de Hammurabi", en el que se establecen algunas normas sobre la ayuda al necesitado y sobre la ética de las relaciones sociales por ejemplo: en la antigua China, las enseñanzas de Confucio y de su discípulo Mencio difundieron en China el ideal de la beneficencia; el Budismo, conceptualizado como una técnica para librarse de la ignorancia, el sufrimiento y conseguir la felicidad de la mente, propagado en China, Japón y el Tíbet, contiene elementos que constituyen la base o motivaciones de acciones de preocupación por los otros.

En Grecia, bajo la hegemonía de Atenas, la ayuda al desvalido (enfermos, inválidos, viudas, huérfanos), fue una práctica establecida por el mismo Estado, ya sea bajo la forma de pensiones (equivalentes a lo que se necesitaba para el sustento) o como forma de distribución de alimentos que habían sido ofrecidos para los sacrificios.

Otro antecedente interesante de ayuda a los necesitados es el sistema alimentario instituido en Roma a fines del siglo I, por el emperador Marco Nervea, posteriormente en Roma se establecieron otras instituciones de beneficencia y existieron lo que hoy denominaríamos los "responsables" o "agentes" de la beneficencia, posiblemente estos administradores, fueron los más lejanos antecedentes de los actuales Trabajadores Sociales.

No cabe duda que el cristianismo produce una profunda y radical revolución en las relaciones entre los individuos; prójimo, es cualquier persona necesitada de ayuda, el amor al

prójimo es lo que da la medida del amor a Dios y el grado de vida cristiana. Este amor no sólo debe abarcar a la familia, a los amigos y a las personas del propio país, sino que debe alcanzar a todos los individuos, incluso a los extranjeros y a los enfermos, estas ideas y todo lo que configura el pensamiento cristiano, dieron un nuevo marco y un nuevo impulso a las diferentes formas de ayuda a los pobres; en un análisis más profundo de la historia del desarrollo del Trabajo Social, podemos encontrar que en los principios del cristianismo se crearon "servicios de asistencia" llamados diaconías, que tenían la misión de organizar y canalizar las limosnas y ayudas privadas. Hacían el registro de necesitados, organizaban colectas, recogían donativos y ofrendas y luego las distribuían entre los pobres y enfermos.

Durante siglos, en la Europa cristiana, la doctrina del mérito religioso de la limosna influyó como incentivo para la ayuda al necesitado y alentó las fundaciones de los hospicios, sin embargo no sirvió para resolver problemas humanos y sociales, aún cuando alivió muchos sufrimientos y atenuó muchas hambres.

En lo que hoy es América Latina, situación que más adelante se amplía su análisis, durante el periodo precolonial, las comunidades indígenas tenían diferentes formas de ayuda mutua y de prestación de servicios colectivos, en virtud de los cuales se realizaron trabajos de interés comunal, y que aún hoy se mantienen vigentes.

Estas formas de ayuda mutua y de prestación de servicios de carácter social eran acordes a los valores de una cultura centrada en el interés colectivo y la producción de valores de uso.

Las principales formas de ayuda a los necesitados, las cuales marcan un cambio en el tratamiento de la pobreza dentro del mundo cristiano, son tres:

a.-) La ayuda pública- prestada fundamentalmente a través de las órdenes religiosas o, si se quiere, a través de los hospitales que aparecen casi simultáneamente con los primeros monasterios. A partir del siglo XV, la acción de las ordenes religiosas fue decisiva, y culmina, de alguna manera, en la obra de San Vicente de Paúl en el siglo XVII que, a partir de las obras de caridad, da nueva forma e impulso a las tareas de asistencia y ayuda.

b.-) La ayuda mutua- prestada en las corporaciones entre los miembros de la misma. Dentro de las cofradías de los gremios, se organizaron nuevas formas de asistencia social.

c.-) La limosna- que era una acción de carácter individual, que las personas realizaban como deber religioso y medio de salvación, constituía la forma de ayuda más generalizada.

Podemos entonces decir, que el desarrollo del Trabajo Social se resume en cinco etapas básicas, donde la evolución del mismo ser humano, en el área política, económica o religiosa, fueron preparando el terreno para la siguiente como lo menciona Elí Evangelista en su libro *Historia del Trabajo Social en México*; mencionando las siguientes etapas:

- 1.- Caridad.
- 2.- Beneficencia
- 3.- Filantropía
- 4.- Asistencia social.
- 5.- Servicio Social

Si se hace referencia a la primera sistematización del modo de actuar para brindar ayuda a los necesitados, tenemos que hablar del humanista español Luis Vives (1492 – 1540), quien es el precursor de la asistencia social organizada y del Trabajo Social en cuanto a forma de actuación, éste se ha transformado en un lugar común en toda referencia histórica a los antecedentes de esta profesión por su libro *De subventione pauperum*, (Socorro de los pobres), en este libro Vives "supo combinar la responsabilidad pública, la actividad de la iglesia, la ayuda mutua primaria y la acción individual, todo ello complementado con propuestas concretas de cómo hacer (los aspectos técnicos/operativos) y con qué hacer (los aspectos materiales y financieros)"²³, por eso con justicia se puede afirmar que su obra es la primera sobre la acción social con una expresa intencionalidad de atender el problema de la pobreza.

En la historia, como en la sociedad y en la naturaleza, no existe fenómeno o hecho alguno producido por una sola causa. El desarrollo del proceso histórico es tan complejo que se ve reflejada en su policausalidad. No hay pues, una cadena evolutiva lineal. Sin embargo, dentro de este proceso, es posible señalar algunos hitos fundamentales en el intento de explicar cómo la ayuda social se transformó en lo que hoy conocemos como Trabajo Social, es en este marco donde no podemos dejar de mencionar a una autora y a un libro que constituyen un punto esencial de referencia de esta profesión, se trata de Mary Ellen Richmond y su obra titulada *Social*

²³ Ander Egg, Ezequiel, *Introducción Al Trabajo Social*, Ed. Ateneo, México 1993 p.53

Diagnosis, publicado en 1917, considerado como la primera sistematización del método de intervención individual del Trabajo Social.

Antecedentes del Trabajo Social en América Latina y en México

En América Latina el proceso de evolución del Trabajo Social es igual que en el resto del mundo, ya que predomina en su gestación la influencia belga y católica. El médico Alejandro del Río, creó en Chile la Asistencia Pública (1911), el Hospital Arriarán, la Escuela de Enfermeras, la Casa de Socorros de Puente Alto y la Escuela de Servicio Social (1925), la primera en esta parte del continente Americano, dependiente de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Santiago. Trabajo Social aparece así como una carrera paramédica, criterio que junto al parajurídico imperó en América Latina hasta comienzos de la década de los años sesentas.

Con lo que respecta a México, podemos decir que es el país del mundo que hasta la fecha tiene el mayor número de escuelas de Trabajo Social (incluyendo públicas, privadas, a nivel técnico y superior). Para algunos la primera Escuela de Trabajo Social en el país fue creada en 1933, bajo el impulso de doña Julia Nava de Ruiz de Sánchez, luego de un viaje que realizara a los Estados Unidos para conocer lo que se hacía para formar Trabajadores Sociales, estos conocimientos adquiridos fueron propuestos en la Escuela de Economía Doméstica, dependiente de la Secretaría de Educación Pública cambiando algunas asignaturas de la currícula; al hacer la propuesta a la Secretaría de Educación Pública de fundar una escuela de Trabajo Social, ésta no fue aceptada. Posteriormente ella fue designada como directora de la Escuela de Economía Doméstica, a la que le agregó: "*y de Trabajo Social*", llamándose entonces: Escuela de Economía Doméstica y de Trabajo Social. En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se hablaba de implementar la carrera de Trabajo Social a nivel técnico, pero con una mejor preparación que la que tenían las Trabajadoras Sociales de la Escuela de Enseñanza Doméstica y de Trabajo Social.

Trabajo Social en la UNAM

El surgimiento de la carrera de Trabajo Social a nivel técnico en la UNAM, se remonta a 1937, año en el que se convocó en la Escuela Nacional de Jurisprudencia (hoy Facultad de Derecho) a un curso especial para trabajadores y funcionarios de los Tribunales para Menores del Departamento de Defensa y Previsión Social de la Secretaría de Gobernación; los profesores viendo la necesidad de preparar Trabajadores Sociales para sus programas de bienestar, pusieron

a consideración del Director de la Escuela Nacional de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, un plan de estudios para la creación de la carrera de Trabajo Social, argumentando la escasa preparación de las Trabajadoras Sociales egresadas de la E. E. D. y T. S. dependiente de la SEP ya que apenas tenían estudios a nivel primaria. Así la carrera de Trabajo Social en la UNAM fue fundada oficialmente en Abril de 1940, estableciéndose como requisito de ingreso el certificado de secundaria o título de maestra, enfermera o equivalente. Duraba tres años de estudios específicos, técnicos y prácticos, examen profesional y tesis para obtener el título de Trabajador Social

En 1968, el Consejo Técnico de la Facultad de Derecho de la UNAM, formado por estudiantes, profesores y profesionales en Trabajo Social, aprobó el 4 de Abril el proyecto de modificación del plan de estudios de la carrera, argumentando la necesidad inaplazable en la actualización de los estudios del Trabajador Social, ya que el papel de éste era trascendental en el desarrollo de México.

La Escuela Nacional de Trabajo Social, se fundó el 4 de Octubre de 1973, ya que el Consejo Universitario consideró que la carrera debía tener su propio plantel independiente de la Facultad de Derecho.

El Trabajo Social en México, surge ligado estrechamente al fortalecimiento, expansión y modernización del Estado posrevolucionario, fundamentalmente por las necesidades crecientes en la matriz social del mismo, para consolidar un marco institucional necesario para concretizar las demandas sociales de la revolución, aparece primero como una labor profesional, reconocida y legitimada dentro de las instituciones sociales y de los espacios comunitarios, desarrollada por mujeres para posteriormente dar paso a la creación de una carrera formadora de ese personal técnico y curiosamente como casi siempre pasa en el ámbito social, "las funciones profesionales de Trabajo Social van a ser reconocidas por las instituciones antes de que el mismo Trabajo Social sea reconocido oficialmente como profesión y carrera"²⁴.

Actualmente la carrera de Trabajo Social es definida en la guía de carreras de la UNAM, como:

²⁴ Evangelista Eli, *Historia Del Trabajo Social en México*, Ed. UNAM-ENTS, Plaza y Valdez, D. F., México, 1998, p.133

“Una disciplina que a través de los conceptos y métodos de las Ciencias Sociales analiza e interpreta la realidad social, a fin de desarrollar acciones para la solución de necesidades y problemas sociales vinculados a sujetos sociales en diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupo e individuos.”²⁵

Funciones de Trabajo Social

Dentro de las funciones que puede realizar el Trabajo Social de acuerdo con su competencia, mencionamos las siguientes que pueden clasificarse en seis categorías:

- a.-) Investigador social (diagnóstico social)
- b.-) Planeación y Programación social
- c.-) Administración
- d.-) Educación social.
- e.-) Supervisión
- f.-) Evaluación

Sin embargo en la práctica cuando se realizan actividades concretas, estas funciones suelen entrecruzarse.

Respecto a la función de implementador de políticas sociales, su acción comprende la prestación de servicios sociales específicos que benefician a los individuos, a cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e instrumentos que dispone la sociedad y que, a través de organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias. Esto se hace mediante la distribución de bienes y servicios con fines de socorro, prevención, rehabilitación y promoción.

Estos servicios que implementan una política social pueden ser:

- ◆ Generales o polivalentes: destinados a toda la población en general sin ser concebidos para atender problemáticas sociales concretas.
- ◆ Sectoriales: dirigidos a grupos colectivos o sectores con una problemática social específica y en función de sus realidades y problemas diferenciales.

²⁵ Guía de Carreras de la UNAM, UNAM, 1998, p.3.

Desde el punto de vista del enfoque operativo de la implementación, este puede tener diferentes alcances:

*acción preventiva: tiende a actuar sobre causas inmediatas o génesis de los problemas específicos para evitar la aparición de los mismos o el surgimiento de los factores desencadenantes de dichos problemas.

*acción asistencial: procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes por un motivo u otro sufren una situación de marginalidad o de carencias básicas dentro de la sociedad.

*acción rehabilitadora: procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resuelto el problema y para evitar que éste se reproduzca.

En cuanto a la función de educador social informal y de animador-promotor que se le atribuye al Trabajador Social, podemos decir que ésta no es una función propia, específica y única de la profesión. A este respecto cabe advertir que esta actividad está presente en todas las funciones de implementación de las políticas sociales, por lo tanto la desarrollan todos aquellos profesionales vinculados con las Ciencias Sociales.

Lo sustancial de esta función consiste en impulsar y generar acciones que catalizen el desarrollo de individuos, grupos y comunidades, tendiendo a poner las condiciones para la participación activa de la población en la solución de sus propios problemas.

Ya sea que se le llame "promotor", "facilitador" o con cualquier otra denominación, de lo que se trata es de desatar un proceso de dinamización para el autodesarrollo, bien sea a nivel individual, grupal o comunitario.

Actividades de Trabajo Social

Con el término rol, se designa sociológicamente el comportamiento que, en una sociedad dada, debe esperarse de un individuo, tomando en cuenta su posición o status en esa sociedad.

En un sentido más restringido se habla de "roles profesionales" haciendo referencia a aquellas actividades que pueden desempeñar los profesionistas.

A continuación se presenta un listado de actividades o roles retomadas del libro *¿Qué es el Trabajo Social?* de Ezequiel Ander Egg que puede desempeñar un Trabajador Social, sin que el orden de presentación sea en cuestión de importancia:

- Investigador
- Identificador de situaciones
- Planificador
- Administrador
- Gestor
- Ejecutor de programas, proyectos y actividades
- Consultor – asesor – orientador
- Evaluador
- Proveedor de servicios
- Informador
- Reformador de las instituciones
- Educador social informal
- Animador
- Facilitador

El rol del Trabajador Social desde el punto de vista de las categorías ocupacionales, es un rol de servicios porque no produce bienes materiales.

En lo que respecta al Sector Salud (que es donde esta investigación se lleva a cabo), este servicio se desarrolla mediante las siguientes actividades:

- a) Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social o previniéndolos.
- b) Investigación, identificando los factores que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando a enfermos y minusválidos, **evaluando servicios** y recursos, actitudes y valores.
- c) Política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendientes a lograr una mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.
- d) Planificación, transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.
- e) Administración de servicios sociales, organizando, dirigiendo o coordinando departamentos de Trabajo Social.
- f) Capacitación de recursos humanos, sean o no profesionales.

Trabajo Social y Salud Pública

Como mencionamos anteriormente, este trabajo se desarrolla en el campo de la salud, así que a continuación profundizamos más en la vinculación de la profesión con esta área.

El Trabajo Social tiene un amplio campo de acción, tanto en lo referente a los problemas de salud colectivos como en los de carácter individual, incluyendo en cada uno los aspectos de investigación, administración y **evaluación**.

El Trabajador Social como profesional, basado en sus conocimientos y habilidades es capaz de reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud y debe ser un elemento que promueve el cambio de las actitudes desfavorables para la salud, por conductas que beneficien su fomento, conservación y restauración.

Otra función relevante de particular interés en la que el Trabajo Social debe jugar un importante papel es la coordinación de recursos, lo que redundará de inmediato en un mayor rendimiento de los esfuerzos. La falta de coordinación intra e interinstitucionalmente es un problema frecuente en el que debe ponerse un máximo esfuerzo para procurar su solución, porque resulta paradójico que haya desperdicio de recursos humanos y materiales, frente a múltiples necesidades que no se están satisfaciendo debidamente.

De igual forma el Trabajador Social debe ser un promotor permanente del trabajo en equipo, y la mejor forma de promoverlo es teniendo una actitud que fomente la acción solidaria entre el personal, así como de los distintos servicios de la institución; y tiene un gran significado para el desarrollo de los programas de salud.

Se puede considerar al Trabajo Social en los siguientes niveles de actuación en el área de la salud como menciona Manuel Sánchez Rosado "1° Normativo y de decisión, encargado de dictar las orientaciones y normas generales, y de elaborar los planes sobre las acciones a desarrollar por los servicios correspondientes. Aquí comprende también la posibilidad de promover cambios en las políticas sociales y de investigación de la problemática general. 2°, el segundo nivel, es fundamentalmente de control (supervisión y evaluación)" el cual queremos resaltar y

rescatar para nuestro trabajo, "y el 3er nivel corresponde al operativo, o sea al nivel de aplicación propiamente dicho, caracterizado por actividades de programación y ejecución de acciones. Por supuesto, en cada nivel habrá en proporción variable actividades promocionales, de asesoría, investigación, coordinación, supervisión, evaluación e información, alrededor de la función esencial señalada."²⁶

Desde luego, el Trabajador Social debe funcionar como un componente del equipo de salud, no como un elemento aislado; por lo tanto, sus actividades deben formar parte del conjunto de acciones que se realizan en el campo de la salud pública, y para esto debe tener muy en claro sus objetivos.

Objetivos de Trabajo Social en el ámbito de la Salud

El Trabajo Social es un quehacer profesional fundamental de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo en cualquier institución de salud.

Los objetivos de Trabajo Social en el ámbito de la salud se insertan en los objetivos generales de la institución de la que forma parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales, sin embargo mencionamos el principal que se debe buscar cumplir independientemente de la institución en la cual se encuentre:

- ◆ Contribuir al fomento de la salud a través de la participación consciente de la población que permita identificar las causas – efectos provocados por la enfermedad a fin de realizar actividades encaminadas a establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación y recuperación de la salud y a la asistencia social.

Así como los objetivos de la institución y los del Trabajador Social son tan complejos, deben buscarse ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir los generales que se refieren a promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud.

Estos objetivos específicos son:

²⁶ Sánchez Rosado Manuel, *Elementos De Salud Pública*, Ed. Méndez Cervantes, México, 1991, p.296.

a.- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificando los que favorecen a su logro.

b.- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

c.- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.

Trabajo Social en el ámbito hospitalario

Una vez teniendo en claro lo anterior, simplemente contextualizaremos la inserción del Trabajo Social en el área de la salud y específicamente en los hospitales.

Podemos mencionar como el fundador del Trabajo Social Hospitalario al Dr. Richard Clark Cabot, quién nació en Brookline, Massachusetts, se graduó de Médico en Harvard en 1892. Médico asociado de la Harvard Medical School desde 1899 a 1920 y titular en el Massachusetts General Hospital de Boston, murió en 1939. Es autor de múltiples trabajos y libros, dentro de los cuales destacan, *Trabajo Social y Ensayos de sus relaciones con la Medicina*, Boston, 1919, es autor también de *La Función de la inspectora a domicilio*, en él reseña los motivos que lo llevaron a crear la primera plaza de Trabajo Social en el hospital el 1º de Octubre de 1905, e indica funciones, tareas y atributos del Trabajador Social. Cabot trabajando en el hospital, se encontró con una dificultad para el conocimiento del paciente, donde se necesitaban conocimientos respecto a su hogar, su habitación, sus alimentos, su familia, sus costumbres, y demás detalles que no podían obtenerse solamente observándolo, debido a que el tiempo no era suficiente para ir al domicilio en busca de estos datos, y no tenía tampoco ninguna persona que pudiera hacerlo; así los diagnósticos debieron continuar siendo superficiales e incompletos.

Cuando era necesario instituir un tratamiento en estos casos y en todos aquellos en los que el examen físico solo no daba más que una mínima parte de los elementos necesarios para el diagnóstico, era cuando se sentía desanimado, frustrado; durante estos años de estudio en el

hospital, pudo darse cuenta de que en más del 50% de los casos, un tratamiento integral era imposible sin un conocimiento exacto de la situación económica del enfermo y, más aún, de su psicología, de su carácter, de su pasado mental y laboral, de todo lo que había contribuido a colocarlo en su situación presente.

Sus prescripciones estaban con frecuencia, fuera del alcance de los enfermos; fue entonces cuando Cabot se dio cuenta de la necesidad de una inspectora a domicilio, de una inspectora social, para completar sus diagnósticos, que estudiara más profundamente la enfermedad de sus pacientes y su situación económica para ejecutar el tratamiento adecuado, organizando los recursos de las instituciones benéficas, haciendo un llamado a la caridad voluntaria, utilizando las fuerzas de las diferentes asociaciones de caridad. En 1905 hizo entrar al hospital General de Massachussets una inspectora social retribuida, destinada a trabajar todo el día en colaboración con él y otros médicos. El objeto era, primeramente, profundizar y extender el conocimiento del enfermo con el fin de establecer un mejor diagnóstico y, en segundo lugar tratar de atender sus necesidades económicas, mentales y morales, siendo a través de ella o de alguna asociación caritativa. Una vez cumplido esto, el siguiente paso fue atraer recursos de las instituciones benéficas y aplicarlos a las necesidades de los enfermos después de un estudio llevado a cabo de común acuerdo por el médico y la inspectora social.

La primera inspectora social fue Miss Garnet Pelton (1869 – 1925) que, si bien era enfermera de profesión, se había destacado como pionera en la lucha antituberculosa en la que también participaba el Dr. Cabot.

Él creía que la función principal de la inspectora social era el de ocuparse atentamente de todas las necesidades del individuo, su actividad debía consistir en dar y recibir sin caer nunca en la dádiva. El acto de dar crea la dependencia porque atrofia la iniciativa moral y laboral. Con esto no niega la necesidad de dar frente a situaciones de emergencia, sin embargo él afirmaba que "el donativo más prudente que conozco, el que es más seguro que perpetúe, que germine como una semilla, es la enseñanza"²⁷, Cabot, determinó las dos funciones principales de la inspectora social (que con el paso del tiempo se trasformaría en el Trabajo Social) en el hospital, las cuales son la educación y la investigación; otra de sus aportaciones importantes fue la de observar que "es absolutamente indispensable que las visitas de la inspectora social no tengan por objeto único el

²⁷ Kisnerman Natalio, *Salud Pública y Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1990. p. 118

ser anotadas en su cuaderno, que debe incorporar sus observaciones a la historia clínica y hacerlas conocer al médico²⁸, y que debe enseñar enseñando, demostrando lo que indica, y que cuente la historia a su manera .

Algo en lo que no profundizó mucho el Dr. Cabot, fue en la relación Médico – Trabajador Social, sin embargo, dejó en sus obras los fundamentos sólidos para establecerla, señala, en primer lugar que es importante que la Trabajadora Social sea claramente reconocida como miembro importante de la institución de la que forma parte, pues es miembro del equipo de salud y uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento; pero para ello, la Trabajadora Social debe contar con conocimientos médicos básicos lo que no quiere decir que deba imitar al médico en sus exploraciones científicas, ni que emplee sus instrumentos de precisión ni prescribir; no es tampoco una enfermera, ni debe entrar en competencia con ella, ambas son como el médico, miembros del equipo de salud, pero cada uno con una tarea específica que debe respetarse y complementarse.

Por todo lo anterior, queda de manifiesto que el papel del Trabajador Social resulta de gran importancia ya que se convierte en el enlace más confiable y directo entre paciente y servicio contribuyendo a que éste último sea de mejor calidad.

Entre los atributos de un Trabajador Social, Cabot destaca un carácter agresivo frente a la enfermedad, una actividad mental de jefe y una educación especializada frente al enfermo; muchas de sus ideas aparecen compartidas con las que expresará Mary Ellen Richmond (1861 – 1928), en obras tales como *Social Diagnosis (1917)*, *Caso Social individual (1922)*, en los que se refiere concretamente al Trabajo Social Hospitalario, señalando que el Trabajador Social “es el intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población”²⁹. Y alude al auge que ha tomado el servicio, si bien se sobrecarga a los Trabajadores Sociales de obligaciones administrativas que no les competen y que la forma de jerarquizar los servicios radica en poseer conocimientos sólidamente arraigados; como Cabot rechaza la dádiva y promueve un Trabajo Social científico, fundado en la investigación social.

Cabot y Richmond, como representantes de la filantropía protestante en oposición a la caridad católica, señalan el paso al Trabajo Social profesional e institucionalizado. De la formación

²⁸ IDEM p. 119

²⁹ IBIDEM , p.120

a través de conferencias se pasará a la formación sistemática en escuelas y facultades, en cuyos contenidos programáticos el tema de salud ha tenido especial consideración.

El Trabajador Social como miembro del Equipo de Salud

Un equipo es un sistema, porque posee un conjunto interactuante de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en la cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

Si bien puede existir entre los distintos actores del equipo de salud una relativa coincidencia en cuanto a la necesidad de elevar los niveles sanitarios de la población, no siempre se logra una acción coordinada, convergente e integrada.

El Trabajador Social es un profesional que trabaja en equipo, y prestará servicios a individuos insertos en grupos; atacará, más que la enfermedad los factores que la generan. No esperará los problemas detrás de un escritorio, protegido en un despacho u oficina; tendrá que salir a buscarlos, penetrando en la comunidad donde se gestan. Estará al servicio de los usuarios, y no al servicio de su propio prestigio.

Ya que ninguna profesión tiene un campo de acción separado o aislado con respecto de las otras, todas se entrelazan. Un Trabajador Social en salud no puede contentarse con lo específico de su disciplina. Resultará inoperante si no lo inserta y operacionaliza en el sector salud, dominando aquellos contenidos básicos que permiten arribar a un código común en el trabajo en equipo, lo que de ninguna forma significará diagnosticar y curar enfermedades.

Entendemos que el Trabajador Social es un profesionalista de las relaciones interpersonales, un educador que se capacita y capacita a las personas afectadas por situaciones-problemas en el conocimiento de una realidad concreta, transfiriendo instrumentos (métodos técnicas, teoría, etc.) para que ellos puedan operar en la misma, ya que sólo el conocimiento que los individuos proporcionan al Trabajador Social, permite a éste comprender la raíz, la esencia de la problemática que esos individuos plantean.

Funciones de Trabajo Social en el ámbito de la Salud Pública.

Básicamente estas funciones son de atención de pacientes así como de las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios y, sobre todo, la educación sanitaria y salud pública dentro de los programas de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva.

Los servicios o programas de salud en los que puede participar el Trabajador Social son:

- atención primaria
- asistencia hospitalaria y ambulatoria
- rehabilitación de disminuidos temporales o crónicos
- reinserción social de ex-enfermos
- campañas de educación sanitaria
- psiquiatría y salud mental
- medicina y salud comunitaria.

Trabajo Social en el ámbito Psiquiátrico

Antecedentes

De manera breve incorporaremos a este trabajo los antecedentes de lo que a Trabajo Social en el ámbito Psiquiátrico se refiere; en las primeras décadas del siglo XX se iniciaron en Inglaterra y Norte América los primeros cursos a Trabajadores Sociales en el área de la psiquiatría, el primer país en Latino América en iniciar esta labor fue Argentina, es en 1905 cuando se inicia la incorporación a los equipos terapéuticos de profesionales de servicio social, en distintas clínicas norteamericanas, entre ellas el "Massachussets General Hospital" de Boston, el "Bellewe Hospital" de Nueva York, el "John Hopkins Hospital" de Baltimore y el "Manhattan State Hospital" de Nueva York. Luego a esta política la siguieron otros países, como Argentina que en 1941 fue incorporando el Trabajo Social, en el Hospital Nacional Neuropsiquiátrico.

En Argentina en 1967 se creó el curso de Servicio Social psiquiátrico, auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental, con un avanzado programa que cubrió una formación teórico-práctica.

Este curso se desarrolló normalmente por cuatro años, formando un total de 68 alumnos, incluyendo Trabajadores Sociales de Paraguay y Brasil, en 1971 este curso se suspendió. Actualmente al parecer no se ha renovado.

"En Chile en 1967 se estructura formalmente la formación de Trabajo Social Psiquiátrico, en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la clínica psiquiátrica universitaria de la Universidad Estatal de Chile."³⁰

En lo que respecta a nuestro país el primer curso para Trabajadores Sociales en el área psiquiátrica dio inicio en el año de 1976 en el departamento de Psicología médica, Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM a cargo de la doctora Lizbeth Popper, en los últimos 15 años este curso ha estado bajo la coordinación de la Lic. en Trabajo Social Psiquiátrico Magdalena Sánchez del cual han egresado más de 250 Trabajadores Sociales Psiquiátricos en sus 27 años de formación académica, este curso tiene duración de un año y se sigue impartiendo hasta la fecha.

Durante los últimos años y cada vez con mayor fuerza, la psiquiatría ha ido incorporando a su quehacer al Trabajador Social.

Dado el enfoque de la psiquiatría contemporánea, que entiende al enfermo mental dentro de un contexto y no como una abstracción, se hace imprescindible que la terapia se encare a través de un equipo interdisciplinario y no que quede limitada al médico psiquiatra.

En los comienzos, la tarea del Trabajador Social solo consistía en corroborar los síntomas y complementar el diagnóstico de los enfermos desde la perspectiva social, pero progresivamente su acción fue extendiéndose hasta participar en la solución de los innumerables problemas planteados por las enfermedades mentales.

La tarea fue asumiendo gran complejidad y responsabilidad en los tratamientos, lo que fue agudizando la carencia de Trabajadores Sociales especializados en psiquiatría.

"El desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico está íntimamente ligado a la práctica de la higiene mental y la psiquiatría moderna y en su visión biopsicosocial del paciente que ha requerido de un equipo interdisciplinario de salud mental donde el Trabajo Social se constituye en un enlace

³⁰ *Primera Reunión de Trabajo Social Psiquiátrico*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1996

entre el paciente y su entorno social, basando su acción profesional en el uso de técnicas específicas e inherentes a su profesión y en conocimientos psiquiátrico, psicológico y antropológico.³¹

Con la incorporación del Trabajo Social a la Psiquiatría, ésta ha ganado no sólo en experiencia de trabajo interdisciplinario a nivel intramuro, sino que también ve extendida (consideramos a esto como el aporte más importante) el área de su influencia terapéutica y preventiva a sectores de la comunidad que le eran inalcanzables.

Una acción de salud no puede entenderse si no está referida a las necesidades y capacidades del individuo, y el individuo en particular no será entendido sin la referencia a su ambiente y al contexto social en el cual actúa.

El problema consistía en cómo integrar el quehacer psiquiátrico y el del Trabajador Social, de manera tal que se unificaran en una labor trascendente al individuo en sociedad; sin embargo, esto parece tener su respuesta en el devenir histórico del Trabajo Social, en un primer momento de forma primitiva la investigación con fines de tratamiento tanto clínica como social, estudiaron al individuo de manera aislada, con el paso del tiempo se fueron modificando y transformando nuevas estrategias de intervención, dentro del ámbito de la Psiquiatría, así nos unimos al postulado de que no se puede hablar de un individuo enfermo, sino que hay que hablar de un grupo familiar enfermo. Ackerman dice "La familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud"³². Hoy en día el Trabajo Social Psiquiátrico en México forma parte importante en el Instituto Nacional de Psiquiatría (lugar en el cual se lleva a cabo esta investigación) donde los Trabajadores Sociales que ahí laboran ven reconocido su trabajo ya que forman parte activa de la atención y recuperación del enfermo obteniendo en su mayoría una mejor calidad de atención y de vida del paciente psiquiátrico y de la familia; una muestra de ello son los grupos psicoeducativos que se llevan a cabo en las diferentes clínicas de trastornos mentales como la de TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo), la de esquizofrenia, la de adolescencia, donde el tratamiento terapéutico cobra significado al trabajar de manera integral e interdisciplinaria; integral en el sentido de que el trabajo es con el paciente mismo (por parte de los psicólogos y psiquiatras) y con la familia (ellos son atendidos por Trabajadores Sociales) e interdisciplinario por obvias razones.

³¹ Segunda Reunión Trabajo Social Psiquiátrico y Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 2000.

³² Becerra, Rosa María, *Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico*. Ed. Ecro, Buenos Aires Argentina, 1987 p.12.

Uno de los objetivos de Trabajo Social psiquiátrico, consiste en crear las condiciones que hagan posible que las personas mentalmente enfermas puedan aceptarse a sí mismas y logren mejorar sus relaciones con las otras personas que los rodean, teniendo en cuenta esta segunda parte (ayudar a los pacientes a mejorar sus relaciones interpersonales) se hace evidente la necesidad que tiene el Trabajador Social de prepararse integralmente a nivel personal y profesional.

CAPÍTULO IV

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

Como ya se mencionó anteriormente en el capítulo de Salud Pública la Secretaría de Salud, inició en 1980, los trabajos conducentes a reorganizar la prestación de los servicios de salud en 3 niveles de atención ya mencionados.

Esta organización quedó oficialmente establecida en el ya referido MASP, que a partir de 1985 rige formalmente la operación de los servicios de salud.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente se creó como Instituto Mexicano de Psiquiatría por decreto presidencial el 26 de diciembre de 1979.

Su fundador el doctor Ramón de la Fuente, convencido de la importancia de crear una institución dedicada a la atención e investigación de los problemas de salud mental en nuestro país, lo invistió de la infraestructura necesaria para cumplir con las funciones para las que fue creado, que son las siguientes:

- **Realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental.**
- **Formar al personal capaz de llevarlas a cabo.**
- **Adiestrar a profesionales y técnicos.**
- **Hacer un estudio integral de los enfermos psiquiátricos.**
- **Fungir como asesor de otros organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia.**

El Instituto Nacional de Psiquiatría es uno de los 10 Institutos Nacionales de Salud coordinados por la Secretaría de Salud; es un organismo de carácter público, descentralizado, con presupuesto y gobierno propios el cual brinda sus servicios a la población *abierta, desamparada o no derechohabiente*.

La estructura administrativa del instituto parte de una Dirección General a cargo del Dr. Gerardo Heinze, como Director de Servicios Clínicos el Dr. José García Marín, como una dependencia de esta subdirección encontramos el departamento de Psicología a cargo de la Dra. Gabriela Galindo, a su vez la subdirección de Hospitalización se encuentra bajo la dirección de la Dra. Marta Ontiveros y debajo de esta ubicamos el departamento de Trabajo Social bajo la jefatura

del Lic. TSP Fernando Salinas. (para mayor información consultar anexo 2 de organigrama administrativo INP).

El Instituto es un organismo de tercer nivel de atención, coordinado por la Secretaría de Salud, cuyas funciones están encaminadas, principalmente, a la investigación, la enseñanza y la atención a pacientes psiquiátricos.

Sus líneas de investigación abarcan tres áreas: las neurociencias, la clínica y la epidemiológica.

La enseñanza comprende diferentes niveles entre los cuales se encuentra la docencia en posgrado, con programas de maestría y doctorado en las áreas de psiquiatría clínica y salud mental pública. En el Instituto se prepara a los médicos especialistas por medio de un programa de residencia en psiquiatría de cuatro años de duración. También se ofrecen otros cursos de educación continua para profesionistas del área de la salud y recientemente se inició un programa de teleconferencias para apoyar la educación continua a distancia.

Actualmente se está llevando a cabo investigaciones en áreas tan diversas como la psicometría en los trastornos alimentarios y la genética en la anorexia nervosa. En este sentido se han colaborado con la realización de varias tesis de especialidad para médicos psiquiatras, y de licenciatura para nutriólogos, psicólogos y trabajadores sociales.

El Instituto ofrece a los investigadores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y demás personal del campo de la psiquiatría y la salud mental, los medios técnicos y científicos necesarios para su adiestramiento y perfeccionamiento profesional.

El Instituto tiene, además, un área de diagnóstico con equipos modernos de imágenes, como la tomografía axial computarizada y el SPEC, y otros estudios de mapeo cerebral, que con lo anterior lo convierten en la primera institución del país en el campo de la psiquiatría.

En septiembre de 1989, El Instituto puso en operación los Servicios Clínicos, cuya función es el estudio integral y el tratamiento de enfermos mayores de 15 años con enfermedades y trastornos psiquiátricos.

La Dirección de Servicios Clínicos cuenta con los siguientes departamentos

- Urgencias
- Consulta externa

En los Servicios Clínicos se atiende a pacientes enviados por otras instituciones, hospitales y centros de salud o que asisten por cuenta propia. Un sistema de cómputo facilita el registro y la asignación de médico y de citas. En la asistencia intervienen en forma interdisciplinaria profesionales diversos: especialistas en psiquiatría, residentes en psiquiatría, trabajadores sociales psiquiátricos, psicólogos clínicos, psicólogos especializados en neuropsicología y médicos neurólogos e internistas como interconsultantes. En función del trastorno que presenten y grupo étnico al que pertenezcan, los pacientes son incorporados a estudios diagnósticos y de tratamiento en las diferentes clínicas especializadas.

El Instituto cuenta con modernos equipos y tecnología de punta para explorar en forma no invasiva tanto la anatomía como las funciones del cerebro viviente.

Dentro de los servicios con que cuenta para la realización de estudios cerebrales están:

- | | |
|------------------------|--|
| + Resonancia Magnética | + Medicina Nuclear |
| + Tomografía Computada | + Postprocesamiento y Fusión de Imágenes |

También cuentan con el tratamiento de Psicoterapia, la cual abarca las siguientes modalidades: Psicoterapia individual, Psicoterapia de grupo, Psicoterapia familiar Psicoterapia conyugal, Terapia ocupacional .

Financiamiento: Los recursos financieros del Instituto provienen en su mayoría, de aportaciones del Gobierno Federal. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología financia una parte de los proyectos y del equipo con el que operan los laboratorios de investigación.

El Programa Universitario para la Investigación en Salud, que ha sido una fuente auxiliar de financiamiento, también ha aportado recursos para adquirir materiales y equipo. Algunas instituciones privadas aportan becas, reconocimientos y estímulos para médicos residentes y varias firmas farmacéuticas contribuyen con becas para la formación de clínicos e investigadores.

Algunos proyectos de investigación se llevan a cabo por convenio con otras instituciones, como el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, El Colegio de México, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, y la Secretaría de Educación Pública. La Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han apoyado algunos de los proyectos.

Dentro de este Instituto se atienden aproximadamente a 12,000 personas mensualmente en los diferentes servicios en tres turnos, Matutino de Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00hrs, turno Vespertino de 14:00 a 20:00hrs. y el tercer turno denominado como guardias que cubre el horario nocturno así como sábados, domingos y días festivos; para proporcionar el servicio de urgencias se cuenta con el área de preconsulta y urgencias donde acuden un promedio mensual de 100 usuarios (más del 90% acude en el turno matutino) donde se atienden enfermedades que afectan a un 10% de la población en general como son Depresión, Angustia, Esquizofrenia, Epilepsia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Alzheimer, Demencia, Psicosis, principalmente; esta área de preconsulta y urgencias cuenta con una característica única y particular, ya que administrativamente es una, pero en realidad son dos áreas físicas separadas que comparten a una Trabajadora Social.

Área de Urgencias

Es así como nuestra investigación se centra en el área física de urgencias por considerarla un área tan importante como las demás, pero donde el proceso de recepción y el tiempo que transcurre, pre y durante la atención es de mayor importancia ya que se trata de una emergencia; en esta área se atienden sólo a pacientes, con expediente clínico completo dentro del instituto, ya que de no ser así deben pasar forzosamente por el proceso de usuario de 1ª vez del Instituto, en el cual se realiza una valoración, el estudio socioeconómico y la apertura de expediente, una vez cumplido este requisito el usuario solicitante del servicio de urgencias debe pasar a registro de pacientes (recepción) a registrar y solicitar su consulta, en donde le deben informar los trámites a seguir (pasar a caja a pagar), proceso en el cual no debe tardar más de 10 minutos en concluir, posteriormente de efectuar el pago debe pasar a la sala de espera a entregar su carnet al Dr. y esperar para pasar a consulta en no más de 20 minutos como máximo, una vez que pasa a consulta, ésta durará lo que el médico considere necesario para la atención del paciente sin que sea menor a 10 min. ni mayor de 30 minutos, durante los cuales el médico debe:

- + Presentarse personalmente con el paciente y/o su acompañante.
- + Preguntarle al paciente y/o su acompañante sobre sus molestias.
- + Proporcionar un diagnóstico como resultado de la consulta.
- + Informar sobre las causas del padecimiento motivo de la consulta.
- + Proporcionar un tratamiento a seguir.

Una vez finalizada la consulta queda a criterio del médico solicitar la intervención de la enfermera, de la Trabajadora Social o si el paciente debe pasar a la sala de observación para su total recuperación.

Una vez explicado todo lo anterior, mencionamos que este procedimiento y las variables antes referidas serán entendidas como variables cuantitativas, ya que se pueden contestar con un sí o con un no, sin que la subjetividad del paciente intervenga en su respuesta, sin embargo en esta investigación también se tomaron en cuenta variables cualitativas para lograr una evaluación integral como son: un trato amable, un lenguaje claro y fácil de entender, limpieza de las diferentes áreas donde tiene contacto el paciente con el personal así como su arreglo personal.

Por último pasamos a la descripción administrativa del área de urgencias y algunos conceptos importantes para su funcionamiento.

Manual de la Unidad de Urgencias de la Dirección de Servicios Clínicos

Criterios de Admisión – Estancia – Egreso

“La atención de urgencias se clasificará en dos grupos.

a.- Urgencias inmediatas: Aquel usuario cuya atención requiera intervención oportuna y sin demoras dado que su vida o la de otras personas se encuentran en riesgo vital.

b.- Urgencias mediatas: Aquellos usuarios que requieren tratamiento urgente pero, en que unos minutos de espera no agravan significativamente el padecimiento ni ponen en peligro la vida del usuario o la de otras personas.

Del usuario de servicio:

El servicio de urgencias mantendrá el siguiente horario: las 24 horas, los 365 días del año en turno matutino, vespertino y guardias.

ADMISIÓN:

Se atenderán a todos aquellos usuarios (con expediente) que demanden atención en un periodo no mayor de 24 horas, sin necesidad de técnicas y procedimientos complejos.

ESTANCIA

El usuario permanecerá en la unidad sólo el tiempo indispensable para resolver el problema crítico que fue la causa de la atención. Si hay complicaciones permanecerá únicamente hasta que se controlen éstas, según el criterio del responsable de la unidad.

EGRESO:

El egreso se realizará por las siguientes causas:

Traslado interno: cuando el usuario amerite internamiento hospitalario este será trasladado al servicio de hospital previo acuerdo del jefe de hospital.

Traslado a otra institución: serán transferidos aquellos usuarios que por su padecimiento y gravedad del mismo requieran de servicios médicos asistenciales propios de otra especialidad que no se brinden en el instituto, se deberán realizar los trámites administrativos establecidos para ello, el servicio de Trabajo Social se encargará de los trámites necesarios con las instituciones involucradas y los familiares para su traslado cuidando que la nota de salida sea firmada por el jefe de la unidad.

- los que así lo soliciten expresamente.
- los usuarios que sean derechohabientes a los diversos organismos de seguridad social.
- donde se disponga por parte del seguro de gastos médicos y/o familiares.

Egreso por mejoría: aquel usuario al que se haya resuelto o controlado en el motivo de ingreso a la unidad.

Egreso por defunción: en caso de defunción se llenarán los trámites administrativos correspondientes y el acta de defunción oficial requisitada debidamente.

Descripción de la unidad de urgencias del INP

Ubicación : el servicio de urgencias se encuentra ubicado en la planta de la División de Servicios Clínicos en el pasillo central de estos con puerta de acceso a la izquierda.

Acceso: para tener acceso a la unidad de Urgencias se asiste por el pasillo lateral izquierdo Consulta externa o el pasillo lateral derecho del Hospital de la División de Servicios Clínicos.

Recursos humanos cuenta con el siguiente personal:

- + Un jefe de la unidad de urgencias
- + Un médico residente de 4to. Año turno matutino
- + Un médico residente de 3er. Año turno vespertino y nocturno
- + Un médico residente de 2do. Año turno vespertino y nocturno
- + Una enfermera especialista para cada turno: matutino, vespertino y nocturno
- + Una Trabajadora Social Psiquiátrica en el turno matutino compartida con preconsulta
- + Una Trabajadora Social en el turno vespertino y sábados
- + Una persona de intendencia

Recursos Físicos, dispone de:

- ▣ Dos consultorios, una sala de espera
- ▣ Un bloque de descanso para monitoreo
- ▣ Un bloque de cinco camas para observación
- ▣ Una central de enfermeras con sistema integrado a la red de la División de Servicios Clínicos
- ▣ Un cuarto de medicamentos, con gavetas de entrepaño y mueble pastillero
- ▣ Un cuarto de tisanería con tarja de acero inoxidable

Recursos materiales y equipos: la unidad de urgencias dispone de los siguientes equipos y materiales.

Cinco camas de observación

Dos escritorios

Una camillas con barandales

Un sillón de escritorio

Un juego de barandales

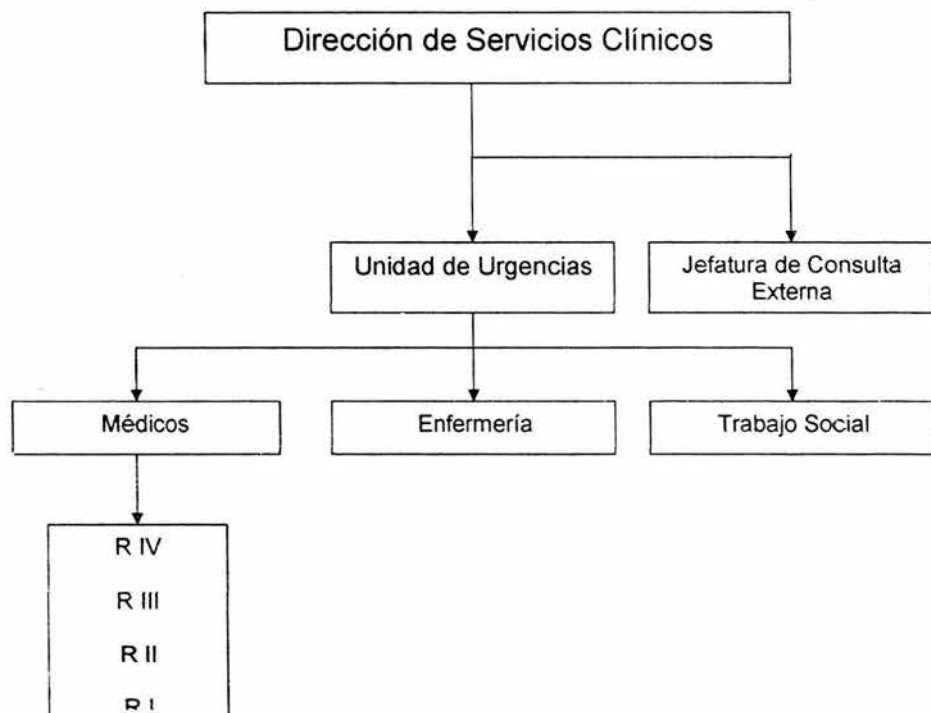
Seis sillones de hongo

Dos bancos de altura

Cuatro sillas apilables negras.³³

³³ Manual de la Unidad de Urgencias de la División de Servicios Clínicos del INP.

ORGANIGRAMA DE URGENCIAS



Paciente

Un paciente es una persona que espera ser sometido a tratamiento médico y cuidado. La palabra paciente procede de un término latino que significa sufrir o tolerar. Tradicionalmente, toda persona que recibe cuidados se ha venido denominando como paciente, normalmente, se alcanza el grado de paciente cuando la asistencia es necesaria por enfermedad o por la intervención quirúrgica.

Algunos servidores públicos del área de la salud piensan que la palabra paciente implica la aceptación pasiva del individuo tanto de las decisiones que se tomen a su respecto, como de los cuidados que se le presten.

Por otro lado, los médicos, enfermeras, Trabajadores Sociales y demás personas del equipo interdisciplinario del sector salud, interactúan entre los miembros de la familia y otras personas significativas, además de con los individuos que está recibiendo cuidados en ese momento. Por este motivo, el equipo de salud, cada vez con más frecuencia se refiere a los receptores de los cuidados de salud, como "*clientes*" denominando a éste como una persona que requiere los consejos o servicios de aquellos que están calificados para proporcionarlos: el término cliente presenta al receptor como un colaborador en lo que respecta a su propia salud y no como un ser pasivo; es decir, el cliente (paciente) es la persona que también se responsabiliza del cuidado de su salud.

En algunas otras ocasiones se le maneja como usuario, este concepto alude a las personas que hacen uso ordinariamente de una cosa, instalación o servicios.

Como ser humano, el enfermo posee los derechos que la ley le reconoce y le otorga; empero, sus derechos deberían ser preponderantes respecto a los del individuo sano, pues el enfermo se encuentra en una situación de desventaja.

Sin embargo el aspecto económico también juega un papel muy importante dentro de la historia de las enfermedades y sus tratamientos así como de quienes proporcionan éstos; Occidente es una sociedad capitalista y ha dejado su huella en el ejercicio médico al transformar progresivamente a la salud en una mercancía, en un bien de consumo, en factor de producción, en un instrumento político de control social, y a la persona se le ha reducido a ser un elemento de

fuerza de trabajo, lo anterior se puede entender mejor con la siguiente cita: "la persona enferma ha sido entendida como un *insumo* médico (dentro del ámbito hospitalario) cuyo producto final es: paciente curado, mejorado, incapacitado o muerto."³⁴

Derechos del paciente

La Segunda Guerra Mundial hizo reflexionar al mundo entero acerca de la dignidad humana vejada por el holocausto. Por consiguiente se redactó la Declaración de los Derechos Humanos, emitida el 10 de diciembre de 1948, que en sus artículos 22 y 23 señala –entre otros- el derecho a la seguridad social y a la salud de las personas. Estas normas obligan moral y no jurídicamente a los países firmantes, pero se sientan las bases del reconocimiento moderno del derecho del ser humano a gozar de salud en forma libre, igualitaria y dignamente .

En México, el paciente, ser humano enfermo y que sufre, se acoge desde luego a estos derechos, de los cuales el autor Mario Timio retoma en uno de sus libros, y propone un decálogo para el médico, que subraya los deberes que éste tiene con el paciente (por lo tanto sus derechos), hoy en día se han hecho correcciones y reformas, de tal forma que actualmente los derechos de los pacientes son:

- 📖 "El paciente tiene derecho a una atención respetuosa y considerada.
- 📖 El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información referente a su tratamiento, pronóstico, diagnóstico y posibles causas, todo ello con una terminología fácil de entender. Cuando no es médicamente posible darle esta información, se debe recurrir a una persona apropiada que desee beneficiar al paciente. Tiene derecho a saber el nombre del médico responsable de la coordinación de su atención.
- 📖 El paciente tiene derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento consciente antes de que inicie cualquier procedimiento y/o tratamiento. Excepto en los casos urgentes, dicha información debe incluir, aunque no se limite exactamente a ello, los riesgos médicos significativos que están implicados y la duración prevista de la incapacidad, Cuando existan otras alternativas importantes a la atención y tratamiento, el paciente tiene derecho a saberlo. Asimismo debe conocer el nombre de la persona responsable del procedimiento y tratamiento.
- 📖 El paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento según los límites permitidos por la ley y a que le informen de las consecuencias médicas de esta determinación.

³⁴ M. Barquin, *Dirección De Hospitales*, 4ª. Ed., Nueva Editorial Interamericana, México 1981, p 149.

- 📖 El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad en el programa de cuidados. La discusión del caso, las consultas, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben manejarse con discreción, aquellas personas no implicadas directamente en los cuidados necesitan un permiso del paciente para estar presentes.
- 📖 El paciente tiene derecho a suponer que todos los datos e informes que pertenecen a sus cuidados se traten como confidenciales.
- 📖 El paciente tiene derecho a esperar que un hospital, dentro de sus posibilidades, cubra todos los servicios necesarios. El centro debe proporcionar la evaluación, los servicios o las referencias según indique la urgencia del caso. Cuando médicamente es aconsejable, a un paciente se le puede cambiar de centro sólo si éste posee la información completa y una razón para ello. La institución receptora deberá aceptar primero al paciente.
- 📖 El paciente tiene derecho a estar informado de cualquier relación entre el hospital y las instituciones sanitarias y educativas en la medida en que estén implicados en sus cuidados.
- 📖 El paciente tiene derecho a conocer la información referente a la existencia de cualquier relación profesional entre los individuos que le están tratando.
- 📖 El paciente tiene derecho a que se le avise si el hospital tiene el propósito de implicarle o realizar protocolos de investigación médica. Asimismo tiene derecho de negarse a participar en tales proyectos científicos.
- 📖 El paciente tiene derecho a esperar una cierta continuidad en los cuidados, tiene el derecho de conocer con anterioridad a qué horas y qué médicos están disponibles y en dónde. Tiene derecho a que el hospital le proporcione un mecanismo a través del cual su médico le informe sobre su estado de salud.
- 📖 El paciente tiene derecho a examinar y recibir datos sobre las facturas sin tener en cuenta la fuente de pago.
- 📖 El paciente tiene derecho a conocer qué reglas y normas del hospital afectan a su conducta como paciente.* ³⁵

El conocimiento público sobre los derechos civiles, cada día más extendido, ha creado conciencia en la población y se ha ido perfeccionando. En el terreno de la medicina, ahora es evidente que hay signos de práctica profesional deficiente y que algunos de los resultados médicos inadecuados se podrían haber evitado. Antes éstas y otras irregularidades que no eran evidenciadas, hoy la pujanza de la sociedad civil organizada en torno al reconocimiento a sus

³⁵ M. Trmío. *Clases Sociales y Enfermedad. Introducción a una Epidemiología Diferencial*, Ed. Nueva Imagen, México 1979, p.144

derechos, logró que se crearan tanto la Comisión Nacional de Derechos Humanos en 1992, cuya ley "tiene por objeto esencial la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos previstos en el orden jurídico mexicano"³⁶, como recientemente la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que tiene por objetivo contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

Las leyes deben establecerse en función de la parte más vulnerable o más débil, en el caso de la salud, la parte indicada corresponde al paciente. Sobre el interés del enfermo en lo individual, primariamente, y en lo colectivo, secundariamente.

Bien es dicho que "la condición del paciente resulta vulnerable cuando los valores que prevalecen en su atención son distintos de los estrictamente humanistas y, aunque la ley es importante, los derechos del paciente son frecuentemente cuestión de acuerdos informales, de políticas hospitalarias y de sensibilidades éticas de los prestadores de servicios. No todos los derechos del paciente están, por lo tanto explícitos en las normas legales o en declaraciones escritas."³⁷

Paciente Psiquiátrico

Los pacientes psiquiátricos son personas ordinarias que han llegado a un punto en su vida en el que tienen sentimientos y emociones que discrepan con su ambiente. Con írecuencia sus emociones llegan a niveles extremos y poco comunes para la mayoría de la población. Para ellos, esto puede ser una experiencia solitaria y terrible de incertidumbre y confusión en la que la vida adquiere un significado completamente fuera de la realidad.

Algunas veces ésta es una respuesta a problemas personales reales, y en otras, parece no existir una razón obvia en absoluto. Los pacientes utilizan los mismos patrones de conducta que cualquier otra persona, pero por la manera en que perciben su entorno y su situación de vida se comportan de un modo exagerado.

³⁶ Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 29 De Junio De 1992

³⁷ A. Lifshitz y D. Trujillo, *Los Derechos Humanos del Paciente Hospitalizado*, Comisión Nacional De Derechos Humanos, México, 1992, p. 9-10

Muchos de los paciente psiquiátricos parecen agresivos, pero en realidad sólo han perdido habilidad para integrarse a un patrón socialmente aceptable. Tal es el caso de los pacientes que permanecen mucho tiempo en el hospital, otros por supuesto son sumamente agresivos en respuesta a la incertidumbre que ellos mismos se han creado por su distorsión de la realidad. Dicho de otra manera, lo que creen que sucede contradice lo que su mente les indica que debería ocurrir.

Otra característica importante es que los paciente psiquiátricos con mucha frecuencia sufren de verborrea, es decir, el impulso incontrolable de hablar, por lo que el profesional que trabaje con este tipo de pacientes debe de tener la habilidad para comunicarse efectivamente, creando primeramente esa confianza básica que debe de darse entre el personal que trabaje en conjunto con ellos.

Pacientes Psiquiátricos de todo tipo

La personalidad del paciente psiquiátrico es la totalidad de las formas características de como responde a los estímulos internos y externos, es decir, sus métodos para mantener el equilibrio. Sus signos y síntomas están ligados en forma inesperable con las diferentes facetas de su personalidad y una verdadera comunicación es imposible, a menos de que el médico esté alertado acerca de todo lo que esto implica.

Las actitudes del paciente y las respuestas emocionales hacia su enfermedad, su médico y el personal del hospital, reflejan sus interacciones más tempranas con su familia, amigos, maestros, otros médicos y otras personas significativas en su vida. Sus peculiaridades y sus "reacciones desusadas" son más fáciles de entender y manejar terapéuticamente si algo se conoce y se entiende acerca de sus experiencias pasadas. La comprensión empática es generalmente y a menudo terapéutica entre sí.

Algunos pacientes parecen caer en categorías que los hacen difíciles o poco atractivos para trabajar con ellos. Detrás de un fachada poco atractiva, no obstante, hay por lo general una persona preocupada y emocionalmente confundida que está pidiendo ayuda en la única forma "segura" que conoce.

Otro tipo de pacientes son los "controladores" que tratan de controlar al médico fingiendo ser buenos, honestos, correctos o bien rehusándose sutilmente a cooperar hasta que sus deseos sean concedidos.

Los pacientes con frecuencia creen que tienen derecho por el sólo hecho de estar enfermos, a hacer rabietas y por desgracia crean sentimientos conscientes o inconscientes de ira hacia quienes están alrededor de ellos.

Las enfermedades o trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia se atienden en el Instituto Nacional de Psiquiatría son:

Depresión:

La depresión es un estado de ánimo, el término depresión puede utilizarse en tres acepciones. En primer lugar, como un uso coloquial al referir tristeza que se experimenta ante situaciones cotidianas, penosas o negativas; en una segunda acepción se utiliza el término para referirse a un síntoma o estado de ánimo anormal o patológico similar –pero no igual – a la tristeza cotidiana, y como término psiquiátrico puede ser vista como un síndrome que reúne una serie de síntomas que suelen presentarse conjuntamente e incluye el estado de ánimo depresivo pero también otros como la inhibición, insomnio, falta de apetito, cansancio, inapetencia sexual, desinterés e irritabilidad entre otros; esta última conceptualización será tomada como referencia para esta investigación.

"La depresión tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces mas frecuente en mujeres que en varones. Tanto en varones como en mujeres el índice es mas alto en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años mientras que desciende en las personas de más de 65 años."³⁸

Otro dato no menos importante a destacar es que durante las últimas tres décadas del siglo XX, "se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobretodo entre la población de los países

³⁸ Flores, Tomás, DSM IV, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, p. 83

industrializados. Las mujeres son el sexo favorito de la depresión y los niños, sus víctimas más recientes.”³⁹

Como mencionamos anteriormente existen estadísticamente dos mujeres depresivas por cada hombre registrado, esto puede explicarse según algunos investigadores por diversos motivos, ya que éstas consultan al médico con más frecuencia que los hombres; algunas opiniones señalan que, en realidad, “la depresión se da igualmente en hombres y mujeres, pero los hombres tenderían a ocultarla más (a los demás y a sí mismos), porque supondría reconocer conductas *poco masculinas* (llorar, sentirse inútil...). al margen de que, efectivamente, los estereotipos sexuales influyen en la petición de ayuda profesional y detección del problema.”⁴⁰

Cabe destacar en base a investigaciones internacionales referentes a la mujer y su sexualidad que “más de dos tercios de las mujeres con antecedentes de depresión grave tienen depresiones premenstruales significativas, también se sabe que existe una fuerte relación entre el ciclo menstrual y la depresión.”⁴¹

La depresión del ama de casa o síndrome del ama de casa es uno de los trastornos mas comunes, entre los síntomas que se presentan están: cansancio, abatimiento, agotamiento físico, malestar general, dolores de cabeza, tristeza continua pero no muy intensa, inapetencia sexual, insomnio, irritabilidad y distintas molestias psicósomáticas (nauseas, malas digestiones, estreñimiento, etc.).

Algunos autores señalan el por qué las mujeres se deprimen y como principal factor explicativo de este síndrome refieren la crisis vital que supone para este tipo de mujer el ver que su papel de madre va perdiendo sentido, los hijos se hacen mayores y van independizándose y necesitan cada vez menos de ella.

Sin embargo, esta crisis vital, para favorecer la depresión, ha de tener lugar en el terreno cultivado de una imagen de sí misma inestable, en realidad, lo que verdaderamente causa en estas mujeres la depresión es el ser concientes de su incapacidad para desarrollar una identidad

³⁹ Calderón Narváez, *Depresión, Sufimiento y Liberación*, Ed. Edamex, México, 1997, p. 48

⁴⁰ Hemangomez Criado, Laura, *¿Por Qué Estoy Triste?*, Ed. Aljibe, Malaga, España, 2000, p.60

⁴¹ Gold, S., Mark, *Buenas Noticias Sobre La Depresión*, Ed. Vergara, Argentina, 1987, p.112

sólida, un proyecto vital propio, separado o al menos, independiente al de sus papeles de madres y esposas.

Esquizofrenia

“La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por desintegración del funcionamiento mental y pérdida del contacto con la realidad, con una o más de las características siguientes: alucinaciones (auditivas, olfatorias y/o táctiles-visuales), delirios, cambios afectivos, trastornos del pensamiento formal y alteración psicomotora. Este es un trastorno común con una incidencia vitalicia del 1%. Se inicia generalmente en la vida adulta, antes de los 45 años y la edad promedio de inicio es menor en el hombre que en la mujer, pero considerándose la relación vitalicia de incidencia varón-mujer es aproximadamente 1:1.”⁴²

El comienzo de la esquizofrenia puede ocurrir entre los últimos años de la segunda década de vida y la mitad de la cuarta, siendo raro el inicio anterior a la adolescencia. “La esquizofrenia también puede empezar a una edad más avanzada de la vida. Los estudios realizados en hospitales sugieren una mayor tasa de esquizofrenia en varones, mientras que los estudios realizados en la población general han sugerido mayoritariamente una prevalencia igual para ambos sexos”.⁴³

Ansiedad

Esta emoción también denominada angustia es experimentada universalmente y está presente en la mayor parte de las alteraciones médicas y quirúrgicas, así como también en la totalidad de los trastornos psiquiátricos, entre las características de la ansiedad podemos mencionar el comienzo antes de los 30 años, y como síntomas: inquietud, sobresalto o intranquilidad, mejoría por la mañana, insomnio, pesadillas (sueños angustiosos), temor a la muerte y proyección al futuro (incertidumbre).

“La teoría del rol del sexo se ha utilizado para explicar el desproporcionado número de mujeres que experimentan agorafobia, estas teorías creen que las mujeres han sido sumisas. Esto a menudo resulta en mujeres adultas que son incapaces de asumir la responsabilidad de ellas mismas y que se ven como incompetentes y desamparadas. A menudo, los síntomas se refuerzan por los miembros de la familia que también han sido socializados para esperar que las mujeres

⁴² McGuffin, Peter, *Psiquiatría*, Ed. Limusa, México, D. F., 1995, pp.53-54.

⁴³ DSM IV PICHOT

sean desamparadas y dependientes. Así, el patrón de aislamiento puede continuar hasta que la mujer esté completamente dedicada a su casa."⁴⁴

Psicosis maniaco-depresiva (Trastorno bipolar)

La psicosis maniaco - depresiva es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza porque el paciente presenta periodos temporales indefinidos de alegría y tristeza intercalados.

Al periodo temporal indefinido de tristeza se le conoce como fase de depresión, este estado de ánimo triste puede llegar a ser excesivo y prolongado, sin embargo éste se combina con periodos en los cuales el estado de ánimo del paciente se torna excesivamente feliz y se le denomina fase maniaca, si ésta condición se exagera, es decir, llega a punto donde puede salir de control, afecta la socialización y puede provocar toma de decisiones fuera de la realidad por parte del paciente, estos son denominados episodios maniacos "en los episodios maniacos, el ánimo es anormal y persistentemente elevado, eufórico y expansivo, aunque en ocasiones irritable y tenso. En un principio la persona maniaca, por su alegría desmedida y su facilidad para socializar, puede lograr cierta complicidad en los acompañantes a quienes le resultará contagiosa su euforia. Sin embargo, a poco tiempo que los acompañantes pasan en contacto con el maniaco, su humor se hace invasivo, inadecuado y pesado"⁴⁵ y suelen ser el principal motivo de preocupación para los familiares que son los que usualmente presionan para que el paciente busque ayuda, sin embargo éste no la considera necesaria, ya que cree estar en perfecto estado y gozar de una buena salud.

Tradicionalmente conocido como psicosis maniaco-depresiva o bien actualmente como trastorno bipolar, éste se caracteriza por la aparición de uno o más episodios maniacos, a veces, tras la existencia de un episodio depresivo mayor, otras precediéndolo, o bien después de un periodo prolongado de ánimo normal; generalmente aparece al principio de los 30 años y tanto hombres como mujeres comparten el mismo porcentaje de riesgo.

Todo lo anterior ha sido abordado con la intención de caracterizar al paciente que llega al área de Urgencias del INP, el cual de manera indirecta es sujeto de estudio de la presente investigación

⁴⁴ Cook, J. S. *Enfermería Psiquiátrica* Ed. Mc Graw Hill, Madrid, España, 1993, pp. 325.

⁴⁵ IDEM p. 426

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A lo largo de todo el proceso de la práctica profesional la evaluación asigna valores a las acciones y establece un nexo entre marco teórico, objeto, objetivo, medios, condiciones existentes y resultados logrados. Tiene así en cuenta comparativamente la situación que existía como punto de partida y la actual luego de la intervención profesional, verificando los cambios producidos en hechos, conocimientos y comportamientos con el fin de realizar los ajustes necesarios en la planificación, nutrir la teoría y adoptar nuevas decisiones frente a una realidad concreta.

Cuando decimos evaluación suponemos un análisis cuántico-cualitativo de lo realizado, si bien hay que distinguir que lo cuántico está asociado a medición y lo cualitativo a evaluación propiamente dicha. Quedarnos en lo primero significaría entender la práctica profesional como cumplir con un determinado número de acciones en un plazo dado sin tener en cuenta su calidad. Haría del quehacer profesional una práctica mecanicista, y nada está más reñido con ello que el Trabajo Social.

En la actualidad podemos decir que el Trabajador Social en uno de sus tantos campos de intervención, ha olvidado de cierta forma la investigación, por desarrollar otras actividades no menos importantes, sin embargo alejadas del contacto directo con el ser humano, con el fin de obtener información del entorno social del individuo, con tanta precisión y con un enfoque que ningún otro profesional puede realizar, este olvido, aunado a la falta de práctica y de empuje, ha dejado a la investigación en segundo término o sin importancia; si tomamos en cuenta que dentro de la institución de salud y dentro del equipo multidisciplinario que labora en su interior, el único profesional capaz de llevar a cabo lo anterior con una metodología científica, que rescate datos escondidos, útiles u olvidados por otros investigadores, es el Trabajador Social, así que bajo este marco, es que decidimos poner en marcha este proyecto de investigación en donde destacamos la importancia ya conocida pero olvidada de integrar variables cuantitativas y cualitativas en un trabajo especialmente diseñado a un área nunca antes realizado, donde nosotros como pasantes de la carrera de Trabajo Social pretendemos, no solo entender y explicar un fenómeno, sino utilizar la información para detectar y proponer mejoras en un servicio, que forma parte de una de las necesidades básicas del individuos en su lucha constante por elevar su calidad de vida, como lo es la salud.

Como parte de toda investigación se requiere plantearse un panorama global acerca del problema elegido, es por ello que presentamos aquí esta perspectiva de manera general; asimismo por cuestiones operacionales de la investigación el concepto de evaluación de la calidad de la atención médica que si bien sabemos es imposible de encontrar en una definición estricta, será entendida como un proceso sistemático de análisis integral que incluye variables cuantitativas, como son: el tiempo de atención de un paciente, tiempo de recepción, tiempo de diagnóstico así como la información al paciente, proporcionar por parte del médico un tratamiento, tiempo de consulta, tiempo de espera; y variables cualitativas como: amabilidad en el trato, lenguaje utilizado por el personal, claridad de la información, limpieza del área y presentación de todo el equipo integrante (personal médico, enfermería, Trabajo Social, recepción (registro de pacientes), informes e intendencia) de la unidad de urgencias y preconsulta del Instituto, entendiendo que si todas las variables arrojan resultados positivos en comparación de los propios objetivos y procesos de la institución, denominaremos que el servicio que se presta al usuario tiene calidad.

Sin embargo no podemos dejar pasar por alto otra parte importante y complementaria de toda investigación en cuanto calidad médica se refiera que es la denominada parte técnica de los procedimientos médicos, es decir, la que corresponde a los pasos que el médico tiene que seguir en su proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente (elaboración y certeza del diagnóstico, la confirmación mediante estudios de laboratorio y gabinete y la medicación adecuada).

De esta manera para los fines de esta investigación habría que tomar en cuenta dos factores principales que intervienen para que esta parte no se incluya.

En primer lugar para poder llevar este seguimiento técnico haría falta un experto en medicina por parte de la Institución que tuviera los conocimientos necesarios para poder evaluar adecuadamente estos procedimientos, el cual no se encuentra dentro de las posibilidades y recursos contemplados para esta investigación. Por lo tanto no es una función que un Trabajador Social este capacitado para llevar a cabo de forma acertada.

En segundo lugar consideramos que para poder realizar una investigación de esta índole el planteamiento y el tipo de investigación sería un estudio longitudinal con población cautiva que si bien no es imposible de compaginar con el tipo de investigación planteada se presenta un

segundo obstáculo que es la restricción hacia la información necesaria es decir, en este sentido que los expedientes de los pacientes son estrictamente confidenciales y para uso exclusivo del personal médico del Instituto, por lo cual consideramos poco viable poderlo llevar a cabo.

Así siempre que hablamos de resultados trátase del ámbito del que se trate se alude a las consecuencias y efectos de un hecho que viene a significar una modificación a alguna situación determinada.

Consideramos que la evaluación la tiene que realizar el asistente al área de urgencias y preconsulta, es decir el usuario del servicio, de donde según el Dr. Donabedian proviene la mejor información acerca del mismo.

Una vez establecido lo anterior el planteamiento del problema en esta investigación, es el siguiente:

¿Según la percepción del usuario, existe calidad de la atención médica en los servicios que presta la unidad de urgencias y preconsulta, del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", en el periodo comprendido de Octubre 2002 a Marzo de 2003?.

Objetivos

Objetivos Generales:

- Conocer la percepción del usuario acerca de la calidad de la atención médica en el área de urgencias y preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
- Proponer posibles alternativas de mejoramiento en la calidad de la atención médica del área de urgencias

(La percepción será entendida como las impresiones sensoriales y de actitud que el usuario tiene por medio de la atención integral recibida dentro del Instituto).

Objetivos Específicos:

- Detectar el tiempo promedio de recepción de un paciente
- Describir cómo el usuario percibe la claridad de la información, proporcionada por el personal del área de urgencias y preconsulta del INP
- Determinar, a través de la percepción del paciente, el trato recibido en el área de urgencias y preconsulta del INP
- Identificar fallas en el sistema de atención del área de urgencias y preconsulta del Instituto

(Entendiendo estas fallas como el deterioro, deficiencia o carencia en las acciones referentes a la atención esperada por el Instituto hacia el usuario).

Hipótesis

Hipótesis Central

- Sí existe calidad según la percepción del usuario en general, en la atención médica del área de urgencias y preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

Hipótesis Alterna

- Los usuarios de primera vez perciben que la atención médica que se presta en el área de urgencias y preconsulta del Instituto no tiene calidad.

Metodología

En base al Modelo de evaluación propuesto por el Dr. Donabedian, la investigación se realizará con la aplicación de un instrumento "cuestionario", (instrumento definitivo⁴⁶) el cual servirá para recabar los datos cuantitativos y cualitativos.

El instrumento definitivo se aplicará a los asistentes al área de urgencias y preconsulta del Instituto que se encuentren en el momento en que se lleve a cabo esta etapa, por lo cual esta investigación es transversal, con una muestra accidental, donde nuestras conclusiones generales serán el resultado de la opinión de algunos usuarios del servicio (50% de usuarios bimestrales es decir 75 pacientes aproximadamente).

⁴⁶ Ver anexo 1

La investigación se realizará en 5 etapas principales que se describen a continuación:

- Elaboración del marco teórico, antecedentes y sustento de la investigación, a través de la revisión documental.
- Elaboración del instrumento, aplicación de prueba piloto y aplicación del instrumento final.
- Análisis de datos cuantitativos, a través del programa estadístico SPSS para Windows.
- Interpretación de datos cualitativos por los investigadores.
- Elaboración de resultados finales, conclusiones y propuestas.

Criterios de Aplicación del Instrumento

Criterios de Inclusión

- Cualquier paciente y /o familiar asistente al área de urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría " Ramón de la Fuente" al área de preconsulta y urgencias
- Que hayan concluido el proceso de consulta o que su familiar haya sido canalizado a hospitalización
- Mayores de 15 años
- Sexo indistinto
- Candidatos que acepten llenar el instrumento
- Candidatos que sepan leer y escribir

Criterios de Exclusión

- Cualquier familiar y /o paciente que no haya concluido por lo menos el proceso de consulta
- Candidatos menores de 15 años de edad
- Que no acepten contestar el instrumento
- Candidatos que no sepan leer ni escribir

Criterios de Eliminación

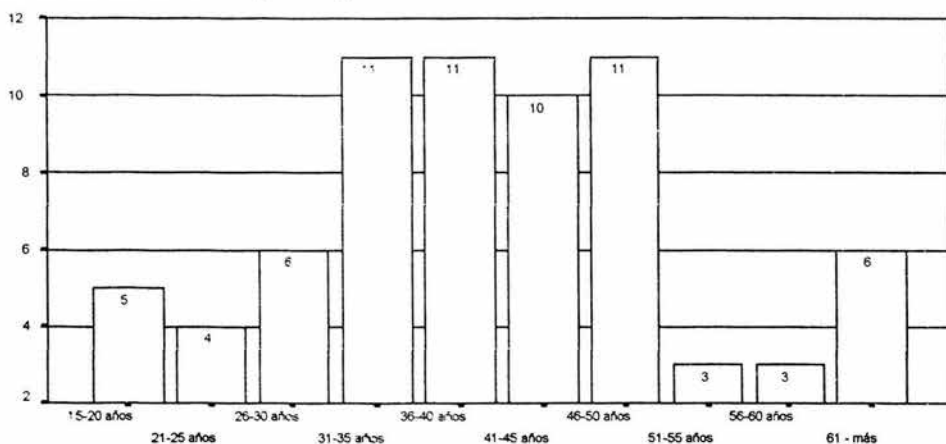
- Instrumentos que presenten información falsa
- Instrumentos que no contengan por lo menos $\frac{3}{4}$ partes de reactivos contestados

Resultados de la aplicación del Instrumento

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de 70 instrumentos, los cuales representan el 95% de la muestra planteada en la metodología (50 % de usuarios bimestrales) éstos fueron codificados para la creación de una base de datos en el programa estadístico SPSS y poder obtener las gráficas correspondientes, de igual manera al final de cada apartado se presenta el análisis correspondiente.

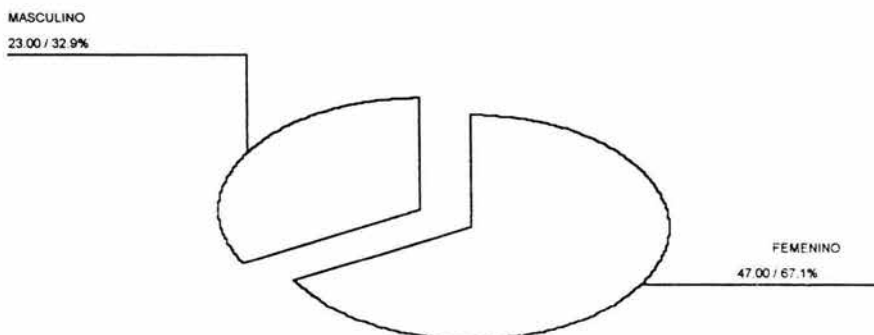
◆ Apartado de Perfil

Edad de los encuestados por rangos de 5 Años



Es importante observar que la población que oscila entre los 31 a los 50 años, representan más de la mitad de nuestra población, en contraste con una sexta parte correspondiente a los adultos mayores de 51 años; cabe destacar que la población más joven que el Instituto atiende representa un 7 % de nuestro total.

Sexo



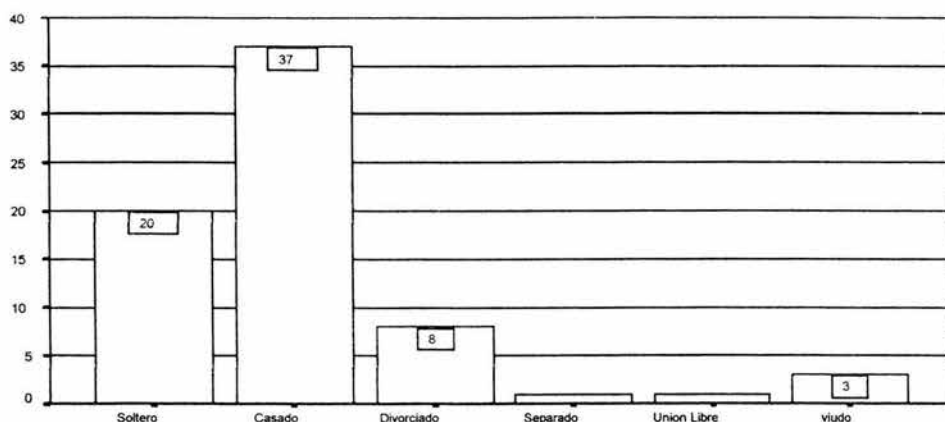
Como se puede observar dos terceras partes de nuestra población son del sexo femenino.

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	18	25.7
SECUNDARIA	17	24.2
CARRERA TÉCNICA	7	10.0
BACHILLERATO	16	22.9
PROFESIONAL	9	12.9
PROFESIONAL TRUNCO	3	4.3
Total	70	100.0

nos de la mitad de nuestra población encuestada cuenta con la educación básica (primaria y secundaria), seguida por la educación media superior con casi una cuarta parte de los encuestados, repartiéndose entre una educación superior y técnica la otra cuarta parte de los cuestionados.

Estado Civil



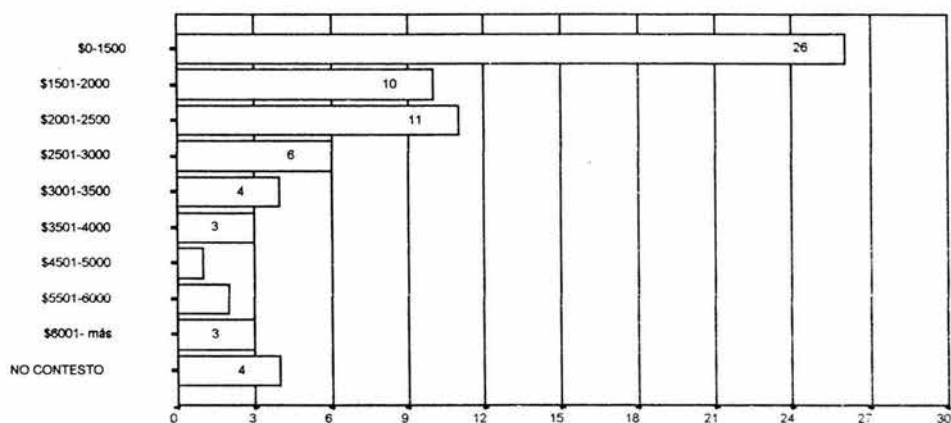
Un poco más de la mitad de nuestra población se encuentra unida con una pareja, prevaleciendo por mucho el matrimonio como forma de unión, y el resto de los usuarios del servicio se encuentran viviendo solos por diferentes razones dentro de las que destacan la soltería y el divorcio.

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	14	20.0
Hogar	37	52.9
Comerciante	2	2.9
Desempleado	5	7.1
Estudiante	4	5.7
Jubilado	3	4.3
Maestro	3	4.3
Burócrata	1	1.4
Cantante	1	1.4
Total	70	100.0

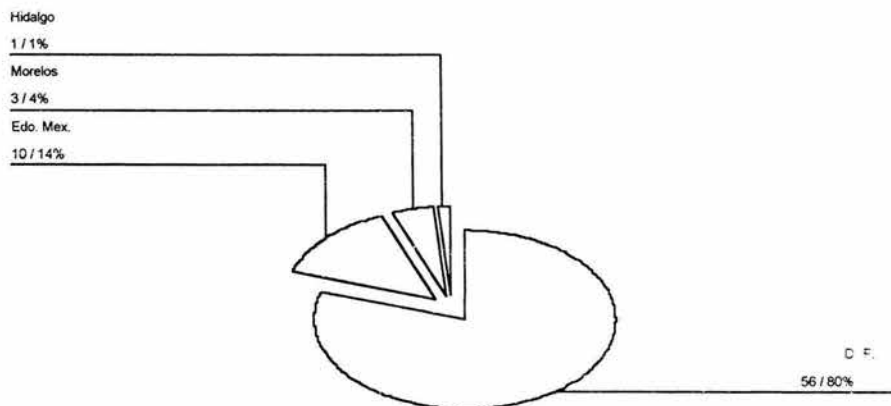
Los usuarios que asisten al servicio de urgencias del Instituto poseen una gran gama de ocupaciones, donde podemos observar que un poco más de la mitad de nuestra muestra se dedica al hogar, como segunda ocupación con poco menos de la tercera parte tenemos a los empleados que mantienen una relación obrero patrón o trabajan por su cuenta, y como tercer bloque a los desempleados con poco menos de la décima parte, quedando los estudiantes y jubilados con otra décima parte.

Ingreso



Más de la tercera parte de los encuestados reportan que obtienen un ingreso no mayor a los \$1,500.00 pesos mensuales equivalentes a un salario mínimo, otra tercera parte percibe una cantidad mensual aproximada de \$1,500.00 a \$2,500.00 pesos mensuales o bien de uno a dos salarios mínimos, repartiéndose la otra tercera parte con un ingreso mayor a los \$2,501.00 hasta los \$6,001.00 a más, es decir entre dos a cuatro salarios mínimos.

Lugar de residencia



La gran mayoría de los usuarios del servicio de urgencias del Instituto radican en el Distrito Federal con un 80%; la sexta parte vive en el Estado de México y el resto de los encuestados se reparten en los estados de Hidalgo y Morelos.

Parentesco

	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	3	4.3
Padres	11	15.7
Hermanos	2	2.9
Amigos	1	1.4
Paciente	48	68.6
Hijos	4	5.7
Primos	1	1.4
Total	70	100.0

En la aplicación de los instrumentos podemos mencionar que a dos terceras partes de la muestra fue el propio paciente el que contestó el cuestionario, solamente una tercera parte fue contestada por los padres, los hijos, los cónyuges, hermanos, amigos o primos que son quienes acompañan a los pacientes.

Padecimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	33	47.1
Esquizofrenia	13	18.6
Angustia	9	12.9
Depresión y angustia	5	7.1
Psicosis maniaco depresiva	1	1.4
Epilepsia	1	1.4
Ansiedad	3	4.3
TOC	3	4.3
Psicosis	1	1.4
Adicciones	1	1.4
Total	70	100.0

Encontramos que casi la mitad de los usuarios que asisten al servicio de urgencias padecen depresión, el siguiente padecimiento con mayor frecuencia es la esquizofrenia en casi una quinta parte, otra quinta parte padece angustia ya sea sola o combinada con depresión, y el otro 10 % se reparte en trastorno tales como Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno bipolar, epilepsia, psicosis y adicción a sustancias.

Análisis general del apartado de perfil

Más de 2/3 partes de los encuestados tienen de 25 a 50 años lo que refleja que se encuentran en una edad completamente productiva y autosuficiente; la mayor parte son mujeres que cuentan, principalmente, con la educación básica y algunas con educación media superior, generalmente se encuentran casadas y en un menor porcentaje encontramos solteras o

divorciadas dedicándose principalmente al hogar y muy pocas con un trabajo remunerado, por lo tanto estas mujeres tienen un ingreso familiar mensual no mayor a \$2,500.00. En su mayoría viven en el D. F. padeciendo principalmente depresión o esquizofrenia y en menor proporción angustia o angustia con depresión.

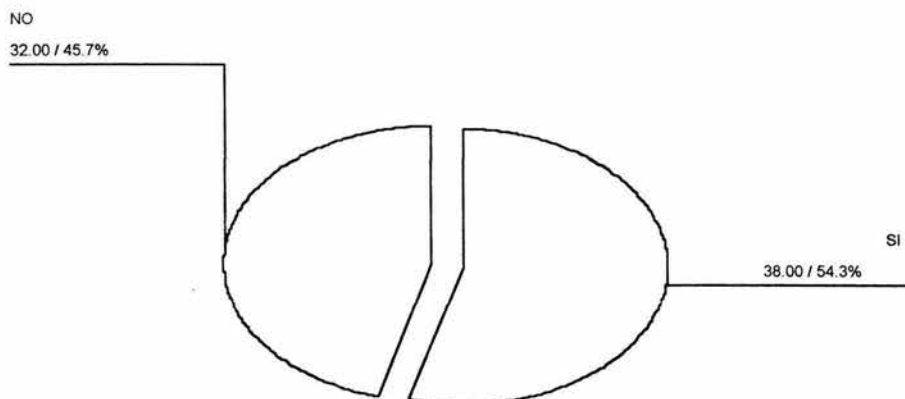
Contrastándola con la información obtenida de este padecimiento podemos confirmar que en efecto las mujeres tienden a padecer más depresión que los hombres, ya que se encuentran expuestas a cambios emocionales tales como no prever la posible existencia de cambios de rol en su vida y prepararse para ellos de forma integral, estos cambios para la gran mayoría, entre otros pueden ser la monotonía de encontrarse desarrollando una rutina permanente como lo es el hogar, la educación y cuidado de los hijos, y después de un tiempo enfrentarse a la realidad de que para quienes dedicaba su vida ya no la necesitan, además de no contar con un desarrollo a nivel personal y profesional propio fuera del hogar, de igual forma la presión económica que sufre la mujer al no desempeñar un rol activo en la aportación de dinero a la casa por el estereotipo machista de que la mujer debe estar en el hogar no permitiéndosele trabajar enfrentándose diariamente a no poder cubrir las necesidades básicas para el desarrollo familiar, y aún cuando consigue un empleo la remuneración económica es inferior a la del hombre por el simple hecho de ser mujer, todo lo anterior aunado con las variaciones hormonales que sufren en los periodos pre y post menstrual nos arroja una mayor incidencia de depresión en las mujeres

En la esquizofrenia encontramos que la proporción de padecer esta enfermedad es de 2:1 de hombres a mujeres respectivamente encontrándose en un rango de edad entre los 25 a 45 años presentando generalmente síntomas de alucinaciones auditivas, visuales así como delirios. En este punto solamente mencionamos la contradicción que se encuentra en el padecimiento de esquizofrenia ya que algunos estudios indican que la incidencia de este padecimiento en hombres y mujeres es de 1:1 y como se mencionó anteriormente en nuestros resultados la proporción obtenida es de 2: 1 respectivamente.

Asimismo podemos mencionar que como tercer padecimiento en incidencia reportado en la investigación encontramos la ansiedad la cual está presente de forma importante con la mayoría de los pacientes psiquiátricos ya que los entrevistados expresan el sufrir crisis de su padecimiento por diferentes motivos aunado con síntomas de ansiedad como sudoración, angustia, irritabilidad e inseguridad.

Apartado de registro de pacientes

Usuarios de 1ª. vez



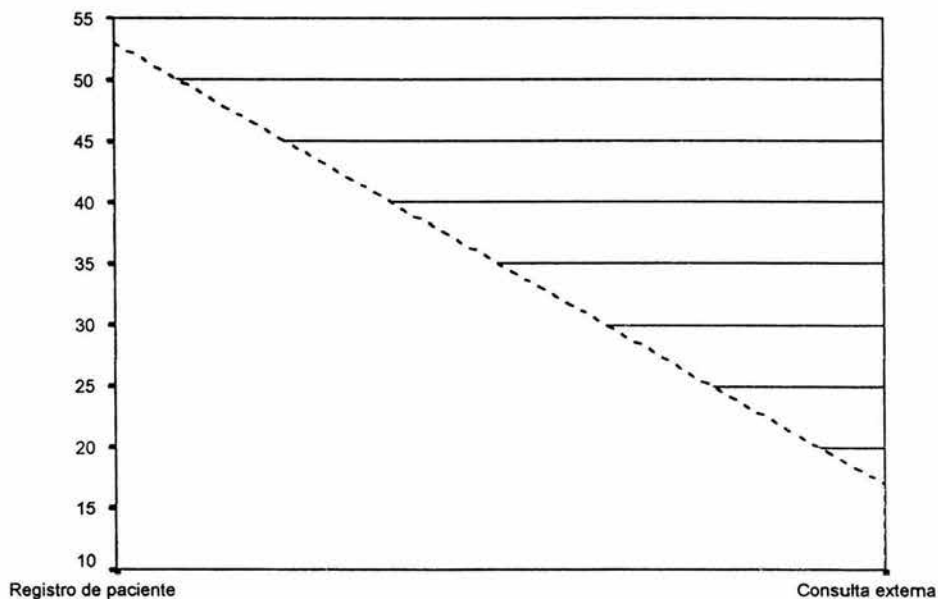
Un poco mas de la mitad de los encuestados son usuarios de primera vez, siendo los restantes usuarios subsecuentes.

Motivo de la consulta

	Frecuencia	Porcentaje
Crisis y consulta lejana	5	7.1
Crisis y no toma de medicamentos	3	4.3
Crisis y perdida de consulta	10	14.3
Crisis y no seguir el Tratamiento	6	8.6
Crisis (agudización de los síntomas)	44	62.9
Dejo de venir	1	1.4
NO CONTESTO	1	1.4
Total	70	100.0

Nos encontramos que el motivo más frecuente por el cual los usuarios asisten a consulta de urgencias es el de sufrir una crisis donde se agudizan los síntomas del padecimiento diagnosticado, en segundo lugar encontramos que en una sexta parte, el motivo es una crisis y la pérdida de la consulta programada y el 20% restante asisten por padecer una crisis y aunado a que su consulta programada esté muy distante o por haber suspendido el tratamiento.

Servicio que canalizó a urgencias



Tres cuartas partes de nuestra población encuestada fue referida al servicio de urgencias por medio de registro de pacientes y la otra cuarta parte por consulta externa.

Información en registro de pacientes (Trámites a realizar)

La gran mayoría de los encuestados coinciden en señalar que sí les informaron claramente los trámites a realizar para pasar a consulta de urgencia, solamente una décima parte niega haber recibido la información claramente.

Trámites que le informaron a realizar

	Frecuencia	Porcentaje
Contar con expediente	1	1.4
Pago por consulta	44	62.9
Checar vigencia de carnet	1	1.4
Pasar a Trabajo Social	1	1.4
Contar con expediente y pago de consulta	14	20.0
NO APLICA	7	10.0
NO CONTESTÓ	2	2.9
Total	70	100.0

Los trámites que se les informan a los usuarios en el servicio de registro de pacientes son: el de pago por consulta y contar con expediente, entre estos dos está la gran mayoría de lo que se informa, sólo a una décima parte se le informó, por alguna situación en especial, de algún otro trámite como vigencia del carnet o pasar a Trabajo Social y el otro 13% se repartió entre las personas que no aplica por no haber recibido la información clara de la pregunta anterior o por no contestar.

Trato en registro de pacientes y motivo

Prácticamente en su totalidad los encuestados opinaron que en el servicio de registro de pacientes fueron tratados amablemente, solamente un 5% opinó lo contrario.

Al preguntarles la razón de su respuesta, señalaron en un 90 % que por ser cordiales, atentos, dar buena información o por ser la atención rápida, un 5% no contestó y el otro 5% expresó que no, por considerar desatento, grosero, descortés o apático el trato recibido.

Nivel socioeconómico

Encontramos que una cuarta parte de nuestra población tiene asignado el nivel 3, el siguiente nivel asignado que reportan los paciente con casi 20% es el nivel 4, con 8% reportaron el nivel 1, con un 7% el nivel 2, y una tercera parte de los encuestados al momento de contestar no supo que nivel tenía asignado.

Pago de consulta

La tercera parte de los encuestados al no conocer el nivel que tenían asignado, contestó cuánto pagó de consulta resultando que la mitad pagó \$95.00 lo que corresponde al nivel 3, el 33% pagó \$38.00 correspondiente al nivel 2 y el 20% pagó \$189.00 lo que corresponde al nivel 4.

Total de nivel socioeconómico asignado a los pacientes

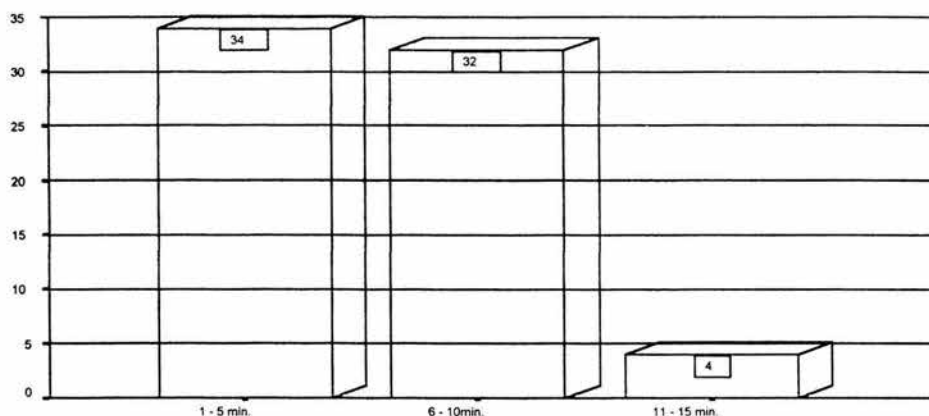
Nivel socioeconómico	Pago por consulta	Porcentaje
1	\$14.00	10
2	\$38.00	20
3	\$95.00	42.8
4	\$189.00	27.2

Problemas para pagar la consulta

Para tres quintas partes de la muestra no representa ningún problema pagar la consulta.

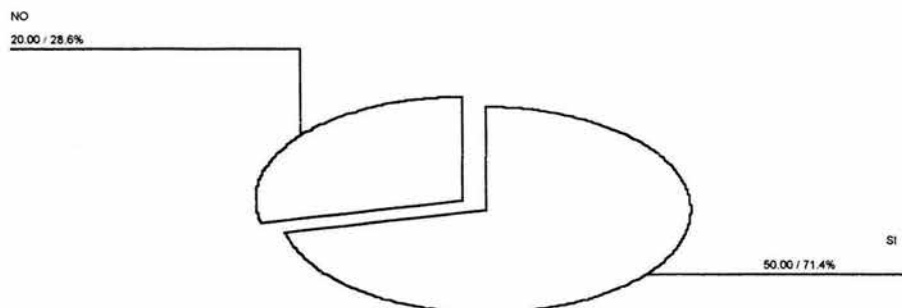
A las dos quintas partes restantes sí les representa un problema el pagar la consulta a explicar cuál encontramos los siguientes motivos: más de una cuarta parte refiere a la situación económica difícil, otra cuarta parte por sufrir desempleo y el resto expresa que por ser muy seguido el pago, pagar medicamentos o por considerar el pago muy caro.

Tiempo en pagar la consulta



Poco menos de la mitad de la muestra contestó que tardó de 1 a 5 minutos en pagar su consulta para el servicio de urgencia, de igual manera poco menos de la mitad contestó que el tiempo de pago fue entre 6 y 10 minutos, sólo un 5% expresó que el tiempo de tardanza fue entre 11 y 15 minutos.

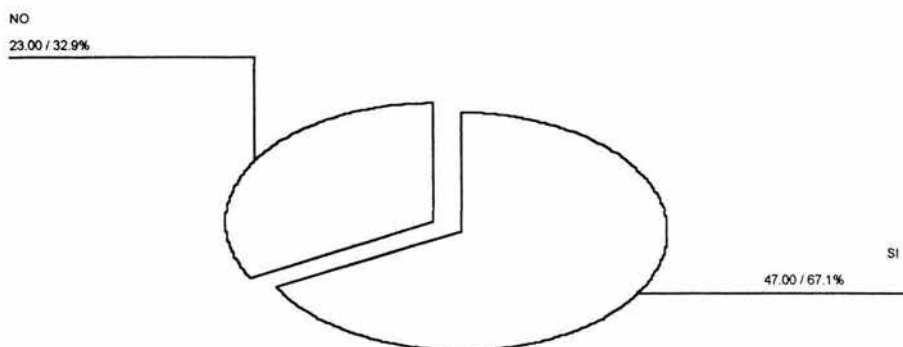
Trato recibido en caja



Casi tres cuartas partes de los encuestados considera que el trato recibido en caja es amable, mientras que la población restante opina lo contrario.

Al preguntarles el motivo por el cual consideran amable el trato recibido en caja, las respuestas van de cordial, atento o rápido con un 60%, no grosero ni descortés con un 10% y el otro 30% considera que el trato fue grosero, descortés, déspota o bien no contestó la pregunta.

El paciente llega acompañado



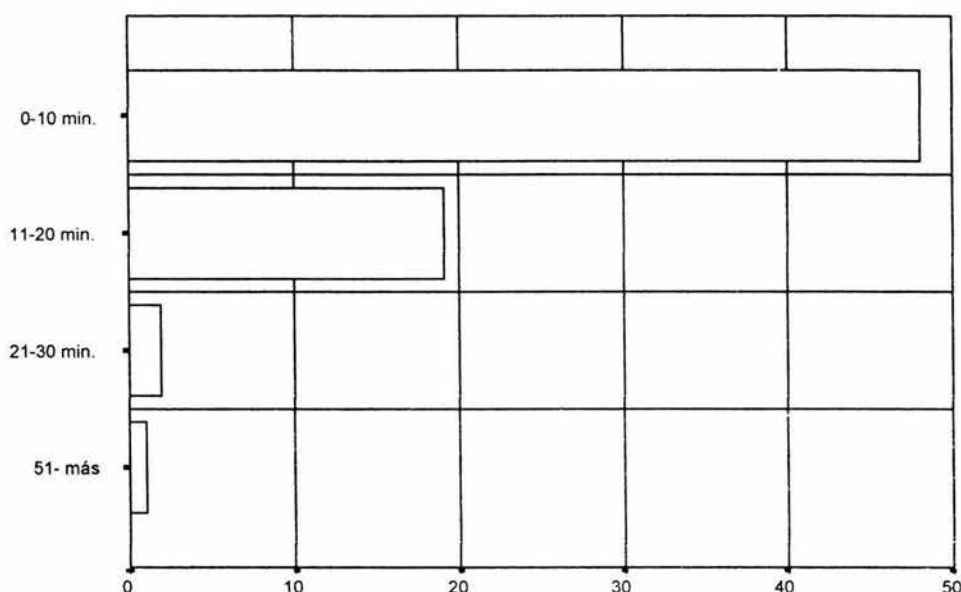
Dos terceras partes de los encuestados llega acompañado al servicio de urgencias, el resto de los encuestados llegan sin compañía.

Motivo

	Frecuencia	Pocentaje
Vivo solo	2	2.9
No hay quien me acompañe	13	18.6
Puedo venir solo	5	7.1
Ahorro de pasajes	2	2.9
No quiero que me acompañen	1	1.4
No aplica	46	65.7
NO CONTESTO	1	1.4
Total	70	100.0

Al preguntar el motivo por el cual ingresan solos al servicio, la principal razón es que no hay nadie que los acompañe, en más de la mitad de los casos, la segunda causa es que quieren ir solos y el resto se distribuye entre quienes que viven solos, quienes desean ahorrar el costo el pasaje y en quienes no quieren que los acompañen.

Tiempo en pasar a consulta



Poco menos del 70% de los usuarios contestaron que esperaron entre 1 y 10 minutos después de llegar a la sala de espera para pasar a consulta, una cuarta parte esperó entre 11 y 20 minutos y un mínimo porcentaje esperó de 20 minutos o más.

Análisis general del apartado de registro de pacientes

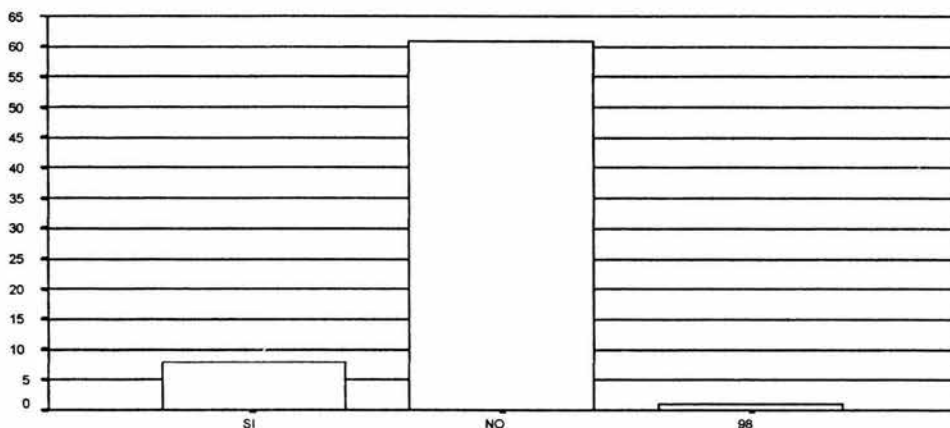
En este apartado encontramos que prácticamente la mitad de los usuarios son de primera vez y la restante ya ha asistido anteriormente al servicio, señalando como principal motivo de consulta el sufrir una crisis donde se agudizan los síntomas de su padecimiento y, en segundo lugar, por la pérdida de su consulta programada; casi todas las personas que llegan a solicitar el servicio de urgencias son canalizadas por medio de registro de pacientes, sólo los que pierden su consulta son canalizados por consulta externa, sin embargo necesariamente tienen que pasar a registro de pacientes a iniciar el procedimiento para poder pasar a consulta de urgencia, donde a la gran mayoría se les informa claramente de los trámites a realizar para pasar al servicio, siendo éstos el pago de consulta y contar con expediente. Por otro lado, el trato que las personas reciben

del servicio de registro de pacientes, es en la gran mayoría percibido como amable por considerarlo cordial, atento, por proporcionarles la información requerida y una atención pronta.

Otro dato importante a conocer es el nivel que tienen asignado los usuarios encuestados, y esta investigación nos arroja que la gran mayoría se reparten en los niveles 3, 2, siguiendo en menor proporción el nivel 4 correspondientes a \$95.00, \$38.00 y \$189.00 respectivamente, como pago por consulta. Para poco más de la mitad de la población no representa dificultad alguna pagar la consulta de acuerdo con su nivel asignado, sin embargo para dos quintas partes sí, refiriendo su precaria situación económica, por sufrir desempleo o por tener que costear también los medicamentos que son de alto costo. El tiempo que tardaron en pagar la consulta en caja para la gran mayoría fue de 1 a 10 min. expresando que el trato recibido en caja fue amable por considerarlo cordial atento y rápido, y para una cuarta parte el trato recibido no es percibido como amable por considerarlo grosero, descortés y/o déspota. Una tercera parte de la muestra asistieron sin compañía a solicitar el servicio siendo la principal razón que no hay quién los acompañe a su consulta o que quieren ir solos, la gran mayoría de los usuarios esperaron de 1 a 20 min. para pasar a consulta.

◆ Apartado del área de enfermería

Atención de la enfermera



La gran mayoría de los usuarios encuestados no recibió ninguna atención por parte de la enfermera por no requerirlo y sólo el 10 % sí la recibió, así mismo esta población refiere que la enfermera los atendió en un tiempo no mayor a 20 minutos, percibiendo que su trato fue amable ya que el 70% manifiesta que lo considera cortés y el 30% por rápido.

Todas las personas atendidas por la enfermera consideran que su lenguaje fue claro y sencillo de entender, de igual manera consideran que su presentación personal es arreglada y limpia.

Toma de signos vitales

Del 10% atendido por la enfermera de la muestra total (N=70) al 62% no le fueron tomados signos vitales, sólo al 38% restante sí.

Aplicación de medicamentos

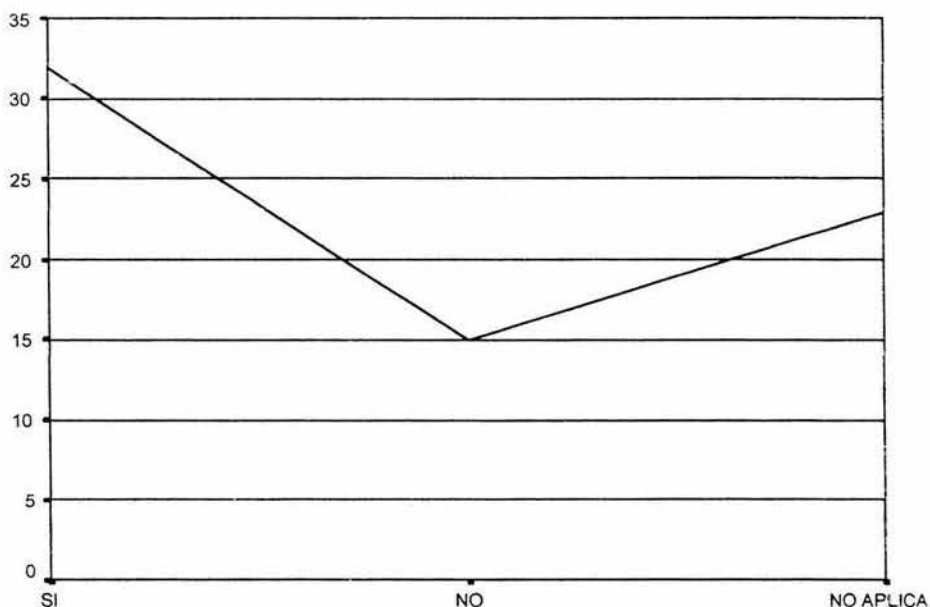
De los pacientes atendidos por la enfermera sólo al 12.5% se le aplicó algún medicamento, al 87.5% restante, no se le aplicó algún medicamento porque no lo requirieron en ese momento.

Análisis general del apartado de enfermería

La décima parte de los encuestados atendidos por la enfermera recibieron esta atención en un tiempo no mayor a 20 min. y coinciden en que el trato recibido fue amable, cortes y rápido, el lenguaje utilizado fue claro y sencillo de entender y su presentación personal arreglada y limpia; a mas de 1/3 parte de los usuarios atendidos por la enfermera se le tomaron signos vitales y sólo a 1 usuario se le aplicó algún medicamento ya que a criterio del Doctor era el único que lo requería en ese momento, restando 7 usuarios que no requirieron ninguna aplicación.

◆ Apartado del área médica

(Solo para acompañantes) acompañando al paciente

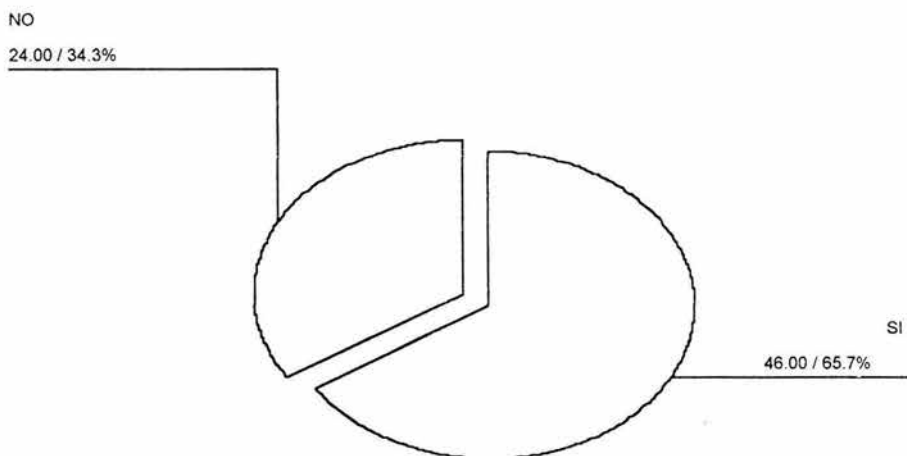


En una tercera parte de nuestra población no aplica esta pregunta ya que el paciente asistió solo, menos de la mitad de la muestra si pasaron sus acompañantes a consulta con sus pacientes y la quinta parte no.

Presentación del médico

Sólo en un caso refieren que el médico no se presentó con el paciente, al cuestionar a los usuarios si el Doctor les preguntó sobre sus molestias, se repite la tendencia al manifestar que sólo en 3 casos el doctor no investigó sobre los síntomas del paciente.

Informa diagnóstico

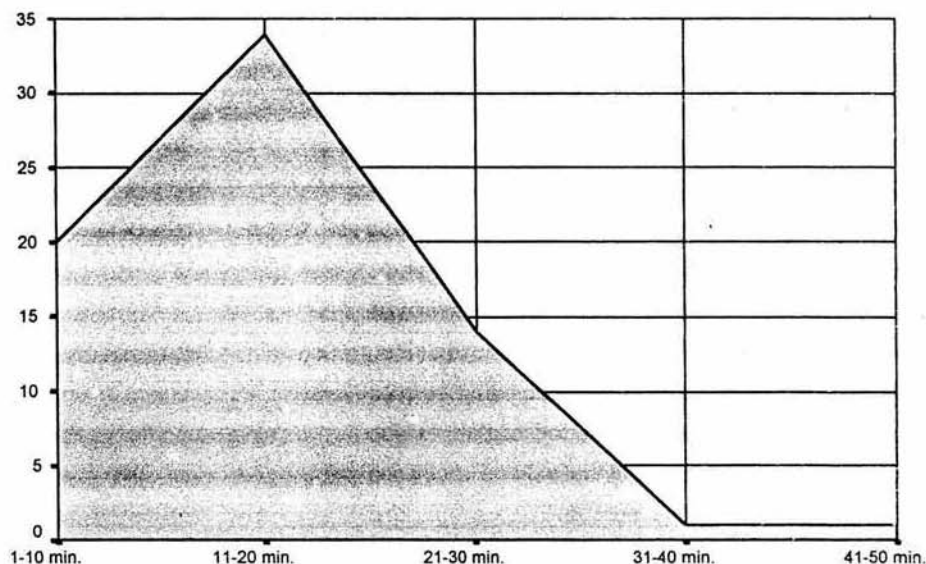


En esta pregunta encontramos que a dos terceras partes el doctor si le proporcionó un diagnóstico de su situación al paciente.

Causas del padecimiento y tratamiento

A la gran mayoría de los usuarios el médico si les informó de las causas de su padecimiento, de igual manera sólo en dos casos los encuestados refieren que el doctor no proporcionó un tratamiento a seguir.

Duración de la consulta



Para casi la mitad de la población la consulta duró entre 11 y 20 min., para poco más de una cuarta parte la consulta duró entre 1 y 10 min., para una quinta parte duró entre 21 y 30 min., y en dos casos la consulta se extendió a 40 minutos o más.

Sala de observación

De la muestra total, sólo dos casos correspondientes al 3%, pasaron a la sala de observación y en estos casos el tiempo de permanencia promedio fue de 20 min. considerando amable y suficiente el trato recibido, percibiendo limpia la sala de observación.

Trato del doctor

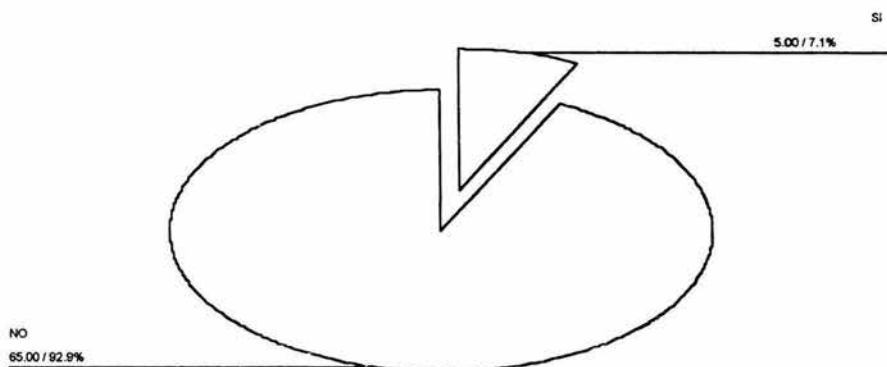
Retomando nuestra población total N=70, solamente una persona consideró que el médico no fue amable en su trato, al cuestionar el motivo por el cual consideran o no el trato recibido como amable poco más de la mitad de los usuarios lo perciben así porque el médico fue paciente, casi para una quinta parte fue cortés, otra quinta parte se reparte entre diversas opiniones como: que escuchó al paciente, explicó bien sus planteamientos, no se alteró o no era necesario serlo, un 10% no contestó esta pregunta.

Análisis general del apartado médico

De las dos terceras partes (66%) que llegaron acompañados a consulta, menos de tres cuartas partes (74%) pasaron acompañados a consulta, el resto de los acompañantes esperaron afuera. Únicamente un usuario reporta que el doctor tratante no se presentó con él, el 4% expresa que el doctor no le preguntó sobre sus molestias y a una tercera parte no le proporcionó un diagnóstico de su situación, a una quinta parte no se le informó de las causas de su padecimiento y sólo en 2 casos el doctor no proporcionó un tratamiento a seguir. Para casi la mitad de la población la consulta duró de 11 a 20 min., para poco más de una cuarta parte ésta duró entre 1 y 10 min., para una quinta parte duró entre 21 y 30 min., solamente en 2 casos la consulta duró de 40 min. a más. El 3% de la población requirió pasar a la sala de observación donde el promedio de permanencia fue de 20 min. y se les proporcionó un trato amable y suficiente, los usuarios consideran limpia la sala de observación; retomando nuestra población total, el 1.4% consideró que el médico no fue amable en su trato por no considerarlo necesario y la gran mayoría lo considero amable porque fue paciente, cortés, no se alteró, tuvo disposición para escuchar y explicar bien.

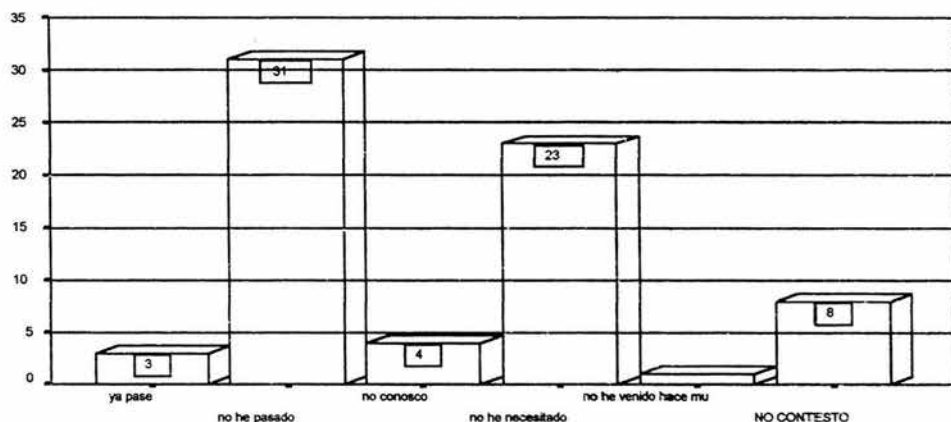
◆ Apartado del área de Trabajo Social

Ubicación del Departamento de Trabajo Social de Urgencias



Sólo el 7% sí conoce la ubicación del Departamento de Trabajo Social de urgencias.

Motivo



Del 93% que en la pregunta anterior no conocen la ubicación del Departamento de Trabajo Social de urgencias, la mitad refiere que es porque no han pasado, poco más de una tercera parte, menciona que es porque no han necesitado del servicio y el resto se reparte en que no conoce el hospital o no ha venido hace mucho tiempo; la mitad de las personas que sí conocen la ubicación, refieren que lo conocen pues ya pasaron a realizar algún trámite y un 10% no contestó la pregunta.

Servicios que ofrece el Departamento de Trabajo Social en Urgencias

Sólo una persona conoce los servicios que ofrece el Departamento de Trabajo Social en urgencias, el servicio que identificó y recibió es el de localización de familiares, refiriendo que el lenguaje utilizado por la Trabajadora Social fue claro y fácil de entender, de igual forma considera que el trato recibido fue amable.

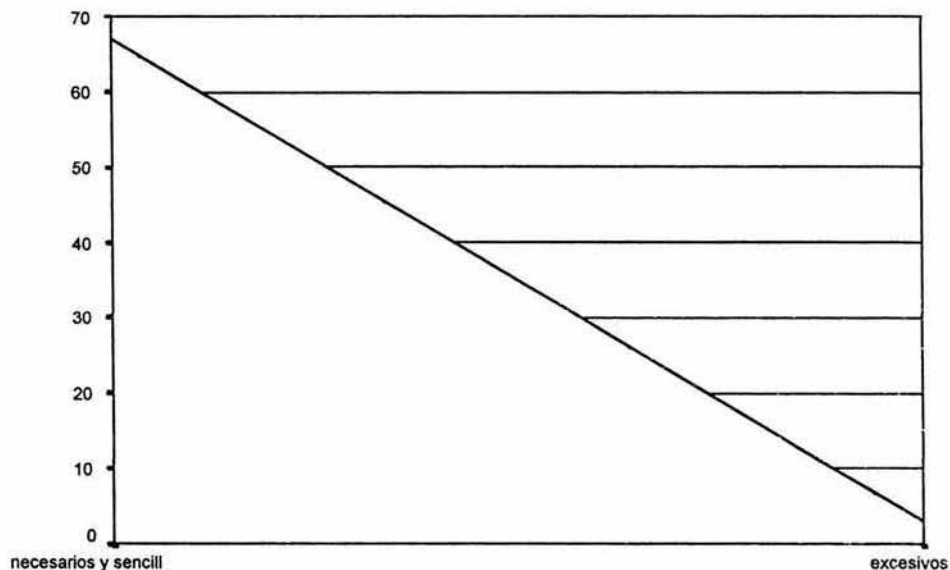
Análisis general del apartado del área de Trabajo Social

El 93% de los encuestados no conoce la ubicación del Departamento de Trabajo Social del servicio de urgencias porque: nunca han pasado, no han necesitado del servicio o no conocen totalmente la distribución administrativa del hospital; se registró un caso correspondiente al 1.4% donde la persona contestó que conoce los servicios que ofrece el Departamento de Trabajo Social en el servicio de urgencias siendo este el de localización de familiares ya que ha utilizado dicho servicio y percibe que el lenguaje utilizado por la Trabajadora Social es claro y fácil de entender, que fue amable en su trato por ser atenta y cortés y que su presentación personal era arreglada y limpia.

Queremos hacer notar la poca presencia de Trabajo Social en el área de Urgencias puesto que a lo largo del periodo en el cual se aplicaron los cuestionarios no hubo ninguna participación del Departamento de Trabajo Social con los usuarios que pasaron al servicio de urgencias, nosotros creemos que es un vacío y una exclusión administrativa, ya que al estar actualmente separado físicamente el servicio de preconsulta y urgencias pero unificado administrativamente, este último queda relegado y/o solicitado discrecionalmente por el médico tratante.

◆ Apartado de aspectos generales

Trámites realizados

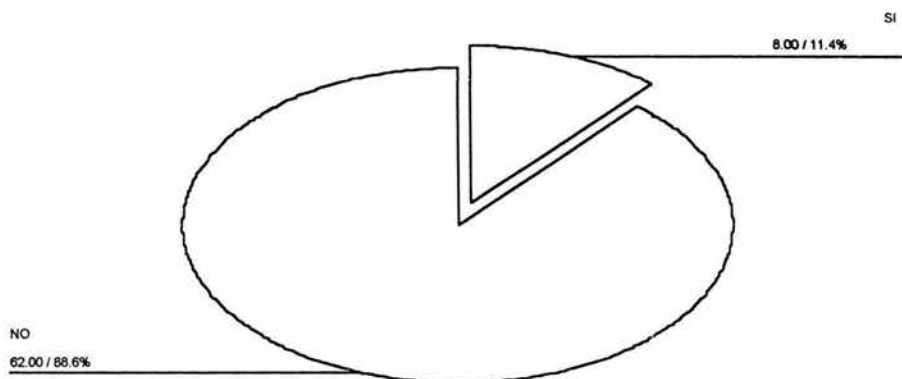


Solamente el 4% de nuestra población consideran excesivos los trámites realizados para pasar el área de urgencias, el resto los considera necesarios y sencillos.

Limpieza en el área de urgencias

Solamente una persona no considera que esté limpia el área de urgencias, el resto refirió que sí, ya que consideran que: no huele mal, está todo acomodado en su lugar y no hay basura.

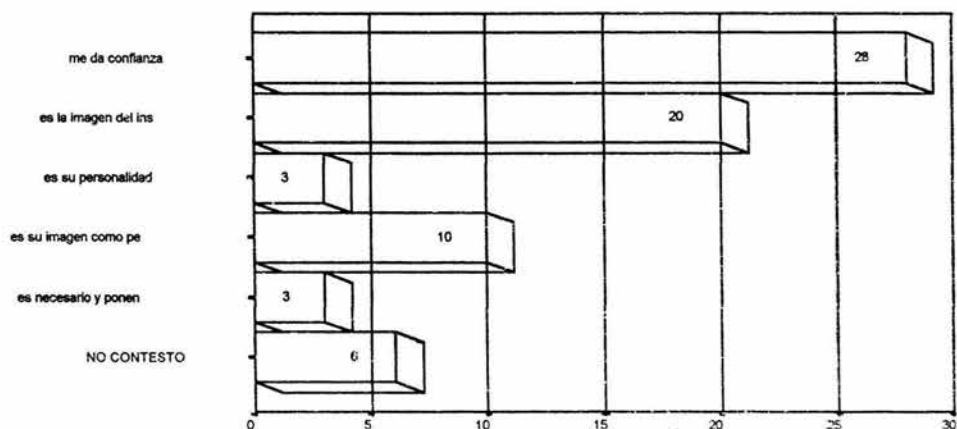
Lugar para presentar quejas y/o sugerencias



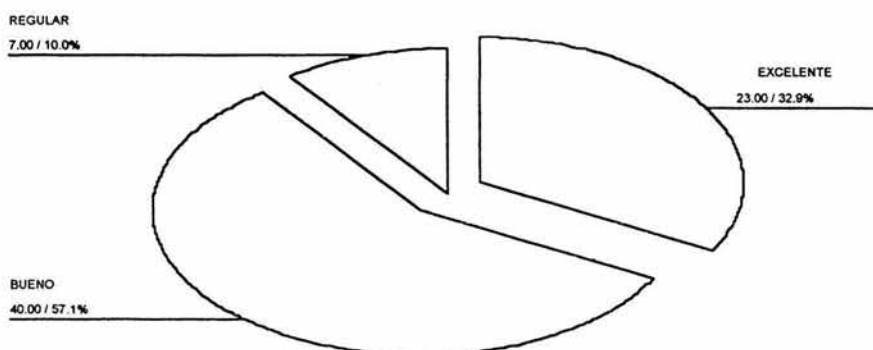
Cuatro quintas partes de los encuestados no conocen un lugar para presentar quejas o sugerencias.

Importancia del arreglo personal

La totalidad de los encuestados consideran importante el arreglo personal de los trabajadores del instituto, ya que para dos quintas partes de la población les significa confianza, para menos de la tercera parte consideran que es la imagen del Instituto, para un 15% refieren que es su imagen como personas o como profesionistas, el 8% no contestó y el resto se reparte en partes iguales entre que consideran que es su personalidad o que es necesario y que deben poner el ejemplo.



Opinión general del servicio recibido



Para poco menos de tres quintas partes de la población, consideran en general como BUENO el servicio recibido en el área de urgencias, para una tercera parte en general el servicio es EXCELENTE y sólo para una quinta parte el servicio es considerado en general como REGULAR.

Análisis general del apartado de aspectos generales

Un 96% opinan, que los trámites realizados para pasar a consulta en el servicio de urgencias son necesarios y sencillos y el 4% los consideran excesivos, una persona opinó que no consideraba que estuviera limpia el área de urgencias ya que vio una araña en el techo mientras que el resto de la población (98.6%) expresó que estaba ordenada, aseada y sin basura, una quinta parte de la muestra total conoce algún lugar para presentar quejas o sugerencias.

Cabe resaltar que el 100% de la muestra opinó que sí considera importante el arreglo personal de los trabajadores del Instituto ya que les genera confianza o reflejan la imagen del Instituto y/o como profesionistas.

El arreglo personal de todos los trabajadores de una Institución que presta servicios de salud, resultó ser de gran importancia para los encuestados. Es importante mencionar que esta variable cualitativa tomada en cuenta por los investigadores no tuvo ninguna fuente documental de referencia.

Y por último para menos de dos terceras partes de los encuestados el servicio en general es percibido como BUENO, un 33 % lo considera EXCELENTE y para el resto es considerado como REGULAR.

Por considerarlo necesario para poder responder a nuestra hipótesis alterna, se aplicó un filtro en la pregunta de usuarios de primera vez del apartado de Registro de pacientes dividiendo a los que usaban el servicio por primera vez y los que ya lo habían utilizado anteriormente, por lo que a continuación se presentan los datos que destacan.

Al aplicar este filtro nuestra población se dividió en 54% de usuarios de 1ª vez y el resto como usuarios subsecuentes, para los primeros el motivo de consulta no sufre cambios en el orden sólo en la frecuencia donde el principal motivo reportado es la crisis de su padecimiento y ésta sufre una disminución del 5%; caso contrario para los usuarios subsecuentes ya que se repiten los mismos datos anteriores sólo que en lugar de disminuir, aumentó el mismo 5% con respecto a la muestra total.

En lo referente a la opinión en general del servicio, los usuarios de 1ª vez registran un 21% para la categoría de *excelente*, un 66% para la categoría de *bueno* y un 13% para *regular*, los resultados generales registran una frecuencia de 33% para la primer categoría, un 57% para la segunda y por último un 10% para *regular*, lo que representa una diferencia entre los usuarios de 1ª vez y la opinión en general de una disminución del 12% para la primer categoría, un aumento del 9% para la segunda y con un aumento menor del 3% para la tercera.

Opinión en general del servicio

CATEGORIAS	MUESTRA TOTAL	USUARIOS 1ª VEZ	DIFERENCIA
EXCELENTE	33%	21%	- 12%
BUENO	57%	66%	+ 9%
REGULAR	10%	13%	+ 3%
MALO	0%	0%	
TOTAL	100%	100%	

Sin adelantarnos a las conclusiones generales, queremos dar una breve respuesta a nuestra hipótesis alterna que tiene que ver con los resultados anteriores, con respecto a la percepción que los usuarios de 1ª vez tienen acerca de la calidad de la atención médica en el área de urgencias, en general tomando en cuenta que en la gran mayoría de las variables tanto cuantitativas como cualitativas no existen diferencias mayores al 3%, solamente en la opinión en general del servicio, donde encontramos que las diferencias oscilan alrededor del 10% entre las categorías de *EXCELENTE* y *BUENO*, sin embargo esta variación sigue siendo favorable a la calidad de la atención médica, por consiguiente tenemos que refutar nuestra hipótesis alterna.

Conclusiones de los resultados

- ☞ El perfil de los encuestados es del sexo femenino predominantemente, casadas, se dedican al hogar con un ingreso no mayor a \$1500 mensuales, entre los 25 a 50 años y padecen principalmente depresión.
- ☞ El sexo masculino que es minoritario es soltero o divorciado, cuentan con un empleo remunerado y un ingreso mensual de \$2500 aprox., con el mismo rango de edad y padece esquizofrenia.
- ☞ Ambos viven predominantemente en el D. F. aunque se registran usuarios de los estados de Morelos, Hidalgo, Querétaro, en su mayoría hombres.
- ☞ Con una pequeña diferencia hay más usuarios de 1ª vez y su principal motivo de consulta es la de sufrir crisis de su enfermedad.
- ☞ El tiempo durante el cual el usuario registra su consulta y el tiempo de espera para pagarla es menor a 10 min. en promedio.
- ☞ El nivel socioeconómico que predomina en los usuarios es el 3, que asciende a \$95.00 por pago de consulta.
- ☞ La enfermera generalmente no atiende a los pacientes
- ☞ El tiempo de espera para pasar a consulta es en promedio de 10 a 15 minutos
- ☞ La consulta dura aproximadamente 20 minutos.
- ☞ El médico se presenta personalmente con los pacientes y/o acompañantes.
- ☞ El médico pregunta sobre las molestias del paciente
- ☞ Se detectó que el médico en ocasiones no proporcionó un diagnóstico
- ☞ El médico informa sobre las causas del padecimiento
- ☞ El médico, sólo en pocas ocasiones no proporciona un tratamiento a seguir

- ☞ La gran mayoría de los usuarios no conoce el departamento de Trabajo Social de urgencias ni sus servicios
- ☞ El trato proporcionado por todo el personal del Instituto es percibido y considerado como amable y cortés por el usuario.
- ☞ El lenguaje utilizado por todo el personal es percibido como claro y sencillo de entender.
- ☞ Todas las áreas visitadas durante la consulta del paciente (registro de pacientes, caja, sala de espera, consultorio, área de observación y pasillos) son considerados limpios.
- ☞ El arreglo personal de todos los trabajadores del Instituto con los cuales el usuario tiene contacto es considerado como arreglado y limpio.
- ☞ Este arreglo personal es considerado de gran importancia por el paciente ya que le genera confianza.
- ☞ Los trámites realizados por los usuarios para ingresar al servicio de urgencias son considerados sencillos y necesarios
- ☞ La opinión en general de los usuarios acerca del servicio recibido en general es buena
- ☞ La opinión de los usuarios de 1ª vez acerca del servicio en general es buena

Un aspecto pasado por alto al construir los indicadores cualitativos para la investigación fue el no incluir el aspecto estructural de las instalaciones del Instituto, es decir, distancia entre la caja y registro de pacientes con la sala de urgencias, su ubicación, la disposición, ubicación funcionamiento y limpieza de los baños.

Sin embargo para no dejar este vacío metodológico podemos hacer las siguientes observaciones por parte de los investigadores:

- El servicio de caja como de registro de pacientes no están a más de 20 metros de distancia con respecto a la sala de urgencias.
- Los sanitarios están desponibles y aseados tanto para hombres y mujeres y a una distancia no mayor de 15 metros de la sala de urgencias.
- En pocas ocasiones les representó dificultad ubicar el área de urgencias.
- Los baños más cercanos con instalaciones adecuadas para sillas de ruedas se encuentran lejanos a 30 metros, en la Clínica de Subespecialidades.

(Para mayor ubicación espacial de las Instalaciones del instituto consultar plano INP anexo 3)

CAPITULO VI

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL

Una vez expuestas las conclusiones preliminares o de los resultados del instrumento, pasamos a analizar qué de estos resultados son favorables o convenientes para la calidad de la atención médica a los cuales denominamos fortalezas, y qué datos o resultados no convienen o atentan contra la calidad, a los cuales denominaremos debilidades y sobre las cuales se basarán las posibles alternativas de mejoramiento.

Fortalezas

El servicio principal por el que el usuario es enviado al servicio de urgencias es el de registro de pacientes, donde a la gran mayoría se le informa de los trámites a realizar, siendo éstos el de pago de consulta y contar con expediente; el tiempo de espera en caja para pagar la consulta es de entre 5 y 10 minutos aprox. la atención proporcionada en registro de pacientes es considerada por la gran mayoría como amable así como por dos terceras partes en el área de caja.

El tiempo de espera para pasar a consulta de urgencias, en promedio, es de 10 a 15 minutos donde la enfermera en la mayoría de los casos no atiende a los usuarios, sólo en casos donde el Dr. lo solicite (por incapacidad física o mental del paciente) siendo en promedio atendidos en menos de 10 minutos con un trato calificado como amable y un lenguaje claro y fácil de entender.

Una vez que el paciente ingresa a consulta con el médico éste generalmente hace una presentación personal, pregunta acerca de sus molestias informa un diagnóstico y proporciona un tratamiento a seguir. La mayoría de los usuarios señalan que en promedio su consulta duró de 10 a 20 minutos y sólo el 4% por orden del doctor requirió pasar a la sala de observación misma que consideran limpia y el trato recibido en esta fue calificado de amable y suficiente, de igual manera el trato recibido durante la consulta por parte del Dr. fue señalado como amable por considerarlo paciente y cortés.

En general los trámites realizados para acceder al servicio de urgencias son considerados como necesarios y sencillos y la totalidad de los encuestados señalaron que el arreglo personal de

todos los trabajadores del Instituto con los cuales tuvieron contacto fue arreglada y limpia y consideran esta observación como muy importante ya que les genera confianza y reflejan la imagen del Instituto.

La gran mayoría opinó que el área de urgencias en general se encontraba limpia argumentando que no había basura ni mal olor.

El resumen anterior de lo que los usuarios perciben en general al solicitar y hacer uso del servicio de urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría, es realizado con la intención de resaltar lo que tanto la institución por medio de su manual de operaciones del área de urgencias y los realizadores de la presente investigación de acuerdo a lo previsto en el planteamiento del problema, consideran como: positivo, favorable o benéfico para la calidad de la atención médica en el área, ya que todo el proceso y lo percibido por los usuarios durante el mismo, se adecua a lo esperado por la Institución de acuerdo al uso y aprovechamiento de personal, instalaciones y recursos para brindar a los usuarios, estos lo corroboraron con los resultados obtenidos de sus respuestas, por lo tanto los realizadores de este trabajo de igual manera lo consideramos como fortalezas dentro del proceso que ofrece la institución, ya que si estos estándares en materia de tiempo, información, trato, lenguaje, facilidad, limpieza y presentación personal se mantienen, la calidad de la atención médica que se presta en el área difícilmente desaparecerá.

Debilidades

Sin embargo en esta búsqueda de la calidad donde siempre hay algo por mejorar, no podemos dejar pasar por alto los detalles o hechos que están fuera de los lineamientos internos de la Institución, plasmados en el manual de operaciones para la prestación del servicio de urgencias, y de lo programado por los realizadores de este trabajo en miras de la calidad de la atención médica, estos hechos que denominaremos debilidades, si no se corrigen pueden ir creciendo por abandono, olvido u omisión hasta el grado de afectar la opinión de los usuarios, por lo tanto los presentamos a continuación con la intención de enfocar los esfuerzos en modificar estas debilidades, sin olvidar sostener las fortalezas para así lograr mantener y mejorar la calidad de la atención médica que se presta en el área de urgencias.

Una de las debilidades encontradas producto de las respuestas en una tercera parte de los usuarios cuestionados, es que el médico no proporcionó un diagnóstico y que no informó a

una quinta parte, de las posibles causas del padecimiento o motivo de consulta a los pacientes. Por otro lado en caja se registró un trato grosero o descortés que señalaron una tercera parte de los encuestados.

El desconocimiento de la ubicación y los servicios que proporciona el Departamento de Trabajo Social de Urgencias debido a su falta de presencia física, por la división de dos áreas distintas (preconsulta, urgencias) las cuales comparten una sola Trabajadora Social y dejar a criterio y solicitud del médico su intervención.

Por último cabe destacar que la gran mayoría de la población encuestada no conoce el lugar donde se puede presentar quejas o sugerencias por escrito.

Cumplimiento de objetivos e hipótesis

Una vez expuesto lo anterior, continuamos con algunas conclusiones importantes, donde contrastaremos nuestros planteamientos, objetivos e hipótesis para dar respuesta a todas nuestras preguntas.

De esta forma comenzamos por revisar uno de nuestros objetivos generales el cual dice *"Determinar si existe calidad de atención médica en el área de urgencias del INP"* y para poder conocer y determinar si existe o no calidad en la atención médica del servicio, tenemos que comparar nuestros resultados obtenidos con los establecidos por la propia institución en las variables cuantitativas (tiempo en pagar la consulta, tiempo de espera, tiempo de consulta, presentación del médico, etc.) y las variables cualitativas propuestas por los realizadores de este trabajo al considerarlas de igual importancia que las anteriores, estas variables son: información clara, trato amable, arreglo personal, limpieza, facilidad en los trámites, entre otros.

A continuación presentamos una tabla de comparación de las variables cuantitativas contrastadas con sus propios lineamientos de operación y las variables cualitativas que se deben cumplir propuestas por los realizadores de este trabajo.

Variables Cuantitativas

VARIABLES	MANUAL DE OPERACIÓN *(Cita, manual de Procedimientos)	RESULTADOS
Tiempo de pago	10 Minutos máximo	5 Minutos en promedio
Tiempo de espera	20 Min. máximo	De 10 a 15 Min. prom
Tiempo de consulta	De 20 – 30 min. aproximadamente	20 Min prom.
Presentación del médico	SI	SI
Indagación de molestias	SI (en todos los casos)	NO (en algunos casos)
Proporcionar diagnóstico	SI (en todos los casos)	NO (en algunos casos)
Informar las causas del caso	SI	SI
Otorgar un tratamiento	SI	SI
Limpieza en general	SI	SI
Conocimiento del buzón de quejas	SI	NO (mayoría)
Opinión en general	BUENO	BUENO

Variables cualitativas

Aplicables a todo el personal (Registro de pacientes, Caja, Médico, Enfermería y Trabajo Social)

VARIABLES	RESULTADOS
Claridad de la información	SI
Trato amable	SI
Arreglo personal	SI
Presentación personal	SI

Cabe mencionar que la atención que proporciona la enfermera, la utilización de la sala de observación y la intervención de la Trabajadora Social quedan a solicitud y bajo el criterio del médico, que si no lo cree necesario no es requerida, es por eso que no se incluyen en la tabla anterior, sin embargo en los casos en los cuales la enfermera intervino y se utilizó la sala de observación (para más información ver resultados), los usuarios refieren resultados positivos en las variables de tiempo, trato, lenguaje y arreglo personal.

Así una vez visto y comparando los resultados obtenidos de las variables cuantitativas con el manual de procedimientos de la propia Institución y las variables cualitativas propuestas anteriormente podemos llegar a la siguiente conclusión.

“Si existe calidad de la atención médica en el área de urgencias del INP para el usuario en general”, dando respuesta y alcance a uno de nuestros objetivos generales así como aceptando nuestra hipótesis central.

Con relación a nuestra hipótesis alterna, *“Los usuarios de primera vez opinan que la atención médica que se presta en el área de urgencias del INP no tiene calidad”*, como pudimos ver en el análisis de resultados de los usuarios de primera vez, todos los datos obtenidos se mantienen en las mismas tendencias, solamente cambiando el motivo de consulta que es una variable del perfil y la opinión en general del servicio que aunque en el rubro de excelente sufre una disminución, se sigue considerando como buena, de esta forma tenemos que refutar la hipótesis alterna y concluir que para los usuarios de primera vez la atención médica que se presta en el área de urgencias sí tiene calidad.

Para poder argumentar todo lo anterior hemos tenido que contestar implícitamente a nuestros objetivos particulares, los cuales constan de saber el tiempo de recepción de un paciente el cual como ya vimos es menor de 20 minutos, se han identificado fallas en el sistema anteriormente expuestas en las debilidades, la percepción del usuario en la claridad de la información recibida que proporciona el personal del Instituto es buena y podemos determinar por la información obtenida por los pacientes encuestados que el trato recibido en el área de urgencias es amable.

Sin embargo, no podemos solamente quedarnos hasta aquí, ya que como uno de nuestros objetivos particulares también tenemos el detectar posibles fallas en el sistema en la atención del paciente y como segundo objetivo general *“Proponer posibles alternativas de mejoramiento en la calidad de la atención médica del área de urgencias”* las cuales se presentan en el siguiente capítulo.

Propuestas

Retomando lo dicho anteriormente, como parte de nuestros objetivos generales planteamos la idea de crear algunas posibles propuestas de mejoramiento en base a las fallas detectadas en el servicio que tiendan a ser factibles y reales, con la intención de mejorar la calidad de la atención médica que se presta en el área en base a los resultados obtenidos durante la investigación; estas propuestas tendrán dos fuentes, una las que los propios usuarios en forma directa mediante el instrumento proponen, de las cuales también tenemos que descartar algunas por considerarlas poco viables; y las creadas por los realizadores de este trabajo, donde se aplican los conocimientos y aptitudes obtenidos y desarrollados durante la formación profesional.

Si hablamos de calidad "la cual es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que los constantes de su especie"⁴⁹, también tenemos que hablar de que ésta tiende o debe tender siempre a mejorar o mejorarse a sí misma en esta constante y permanente búsqueda de la calidad que toda institución y ser humano debe tener presente para no caer en la mediocridad o en la autocomplacencia, es en este sentido donde circunscribimos nuestra investigación, así no basta con saber o concluir que el servicio de atención médica que se presta en el Instituto Nacional de Psiquiatría en el área de Urgencias sí tiene calidad en base a todo lo expuesto anteriormente, sino que siempre habrá algo por hacerse para buscar mejorar cada día.

Aunado a lo anterior creemos conveniente hacer del conocimiento del lector que dentro del INP se realiza una investigación anual de calidad, la cual es dirigida por la Lic. en enfermería Teresa Orozco a principios del año lectivo y cuyos resultados son expuestos a las diferentes subdirecciones que a su vez dan a conocer a sus departamentos los resultados obtenidos para de esta manera llevara cabo acciones encaminadas a mantener o en su caso mejorar la calidad que los diferentes departamentos a través de sus servicios prestan a la Institución

Es en este contexto donde trataremos objetiva y respetuosamente de presentar algunas sugerencias que nosotros como Trabajadores Sociales y realizadores de esta investigación creemos pueden ayudar a mejorar la calidad de la atención médica que se presta en el área de Urgencias del INP.

⁴⁹ Donabedian, Avedis, *La Calidad de la Atención Médica*, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, D. F., 1991, P. 32

En primer lugar presentamos las sugerencias de los usuarios, plasmadas en los instrumentos.

Propuestas de los usuarios (Instrumentos)

PROPUESTAS, SUGERENCIAS	FRECUENCIA
PROPUESTAS ADMINISTRATIVAS	
Ampliar el área de urgencias	4
Ampliar el turno de la mañana hasta las 15:00 hrs.	3
Ampliar los días de atención (sábado y domingo)	3
Bajar el costo	5
Que tengan cambio en caja	2
Mejorar la atención en caja	3
Mejorar la atención por teléfono	3
Agilizar el tiempo de atención en las filas	1
Mayor limpieza	1
Mejorar el trato hacia los usuarios por parte de los policías	4
PROPUESTAS AL DEPARTAMENTO MÉDICO	
No cambiar de médicos en los consultorios (confusión en el tratamiento).	3
Colocar el buzón de quejas y sugerencias a la vista	7
Ampliar los servicios (lavado de estómago, farmacia)	3
Ampliar el servicio de hospitalización	3
Tolerancia a la hora de consulta	1
Mas tiempo en la consulta	2
Reprogramación de consulta a la brevedad	1
Agilizar el tiempo de espera para consulta	1
COMENTARIOS	
Seguir así, conservar la calidad	3

Para poder realizar el análisis de las propuestas hechas por los usuarios, creemos conveniente crear 3 categorías para insertar las propuestas de acuerdo a su viabilidad para poder analizarlas, las cuales explicamos a continuación.

Propuestas poco viables
No cambiar de médicos en los consultorios (confusión en el tratamiento) Ampliar el área de urgencias Ampliar los servicios (lavado de estómago, farmacia) Ampliar el turno de la mañana hasta las 15:00 hrs Ampliar los días de atención (sábado y domingo) Ampliar el servicio de hospitalización Mejorar la atención por teléfono Bajar el costo

Considerando que el servicio de urgencias no es abierto al público en general sino que sólo se presta a pacientes del Instituto, a continuación analizaremos todas las propuestas de los usuarios, insertadas en la categoría de poco viables, denominada así ya que las propuestas que se colocaron dentro de ésta, tienen que ver con la modificación de políticas, estructuras, lineamientos, o cuestiones como el horario laboral, que están fuera del alcance de la Institución.

En primer lugar tenemos que los pacientes mencionan el no cambiar de médicos constantemente en todos los consultorios ya que esto genera confusión en el seguimiento de los casos y un tratamiento inadecuado, sin embargo tenemos que considerar que los cambios de personal médico realizados en el Instituto son a causa de 2 razones principalmente, la rotación médica elementalmente necesaria en todo el personal médico en proceso de formación o servicio social que son las más frecuentes y los cambios en la planta médica que son los menos casos, por otra parte tenemos que recordar que el servicio de Urgencias no se da seguimiento a los casos que se presentan, solo se atienden emergencias inmediatas.

En segundo lugar sugieren la ampliación física del área de urgencias, la ampliación de servicios como lavado de estómago, farmacia y fotocopiado y mejorar la atención por teléfono, estas tres propuestas son poco viables por el momento ya que los espacios disponibles dentro de la institución están ocupados y destinados a algún fin y como por el momento los recursos con que se cuenta están ocupados en su totalidad en la operación de los servicios existentes, no es posible la creación o construcción de nuevos espacios, personal y adquisición de equipo.

En seguida se menciona la ampliación del turno hasta las 15:00 hrs. y de los días de atención a sábados y domingos, sin embargo el turno y los días de trabajo del personal del Instituto ya están marcados en los contratos de trabajo y se han establecido las actividades y

funciones en base a esto, así que cambiarlas implicaría una renovación total en los contratos y actividades, que son aspectos que la institución, autoridades, sindicato y personal tendrían que discutir y es por eso que las consideramos inviables, sin dejar de mencionar que existen guardias de personal que atienden a los usuarios brindando asistencia básica en los horarios y días antes mencionados.

Por último se menciona el bajar el costo de las consultas y servicios, esta propuesta de igual forma es poco viable, ya que todos los usuarios para poder contar con expediente dentro de la institución pasan por el departamento de Trabajo Social de consulta externa en el cual se les aplica un estudio socioeconómico que determina su nivel socioeconómico, y este último a su vez el costo por servicio (urgencias, consulta externa, hospitalización, etc.), los precios o pagos por servicio de cada nivel socioeconómico asignado, son cuotas de recuperación, además existe el procedimiento de que cada seis meses y a petición del usuario, se revisa este nivel para una actualización, sin embargo este proceso se canaliza con la Trabajadora Social correspondiente a su consultorio de consulta externa, este proceso se vuelve largo y confuso para el usuario, así que para evitar esto, se realizará una propuesta alterna más adelante que incluye este punto.

Propuestas aisladas
Agilizar el tiempo de atención en las filas
Tolerancia a la hora de consulta
Más tiempo en la consulta
Reprogramación de consulta a la brevedad
Agilizar el tiempo de espera para consulta
Mayor limpieza

La siguiente categoría es la denominada Propuestas aisladas, se denomina de esta forma ya que las propuestas que la forman tuvieron una, máximo dos menciones en frecuencia en los resultados del instrumento, si recordamos que nuestra muestra total fue de N=70, esta mención significa el 1.4%, ahora bien no solamente por ser la sugerencia de un usuario se descarta, una opinión puede ser muy valiosa, sin embargo estas propuestas son realizadas en temas donde el otro 98.6% de los encuestados opino lo contrario, como en el tiempo de pago y espera para consulta, donde nuestros resultados indican que es menor a 10 minutos en promedio, por lo tanto son consideradas como aisladas o que solo una persona opina lo contrario a los demás.

Estas propuestas son las siguientes: Agilizar el tiempo de atención en las filas, tolerancia en la hora de consulta, más tiempo en la consulta, reprogramación de consulta a la brevedad, agilizar el tiempo de espera para consulta y mayor limpieza, todos estos puntos fueron incluidos en el instrumento y los resultados obtenidos fueron contundentes a favor, ya que en el tiempo de atención en las filas es en promedio de 5 minutos; la tolerancia en la hora de la consulta, más tiempo en la misma y su pronta reprogramación en caso de pérdida no es posible de ampliar o agilizar ya que por la cantidad de pacientes que se atienden en el Instituto todos los horarios de consulta están ocupados uno tras de otro y la programación abarca en ocasiones hasta 1 mes o más, así que si se pospone una cita o se alarga la consulta más tiempo de lo programado los demás usuarios sufrirían retraso en su atención y el primer espacio disponible se utiliza para programar nuevas citas; en el tiempo de espera para recibir consulta observamos que no es mayor de 20 minutos lo cual es un tiempo razonable y programado por la institución, por último se menciona la limpieza del lugar que en base a nuestros resultados obtenidos se cumple satisfactoriamente; es por estas razones que consideramos que estas observaciones, propuestas y sugerencias son hechas por los usuarios de manera subjetiva en casos aislados.

Propuestas de los usuarios, aportaciones y propuestas de los investigadores

Propuestas viables
Que tengan cambio en caja
Mejorar la atención en caja
Colocar el buzón de quejas y sugerencias a la vista
Mejorar el trato hacia los usuarios por parte de los policías

La última categoría de propuestas denominadas viables son las sugerencias que los usuarios realizaron y nosotros consideramos como posibles de realizar haciendo algunas aportaciones, ya que no tienen que ver con políticas administrativas o procedimientos rígidos de operación internos del Instituto, sino al contrario son pequeñas fallas en el sistema identificadas por los usuarios y que si se atienden lograrán mejorar la opinión en la calidad de la atención médica por parte de los usuarios.

Estas propuestas son: que tengan cambio en la caja y un mejor trato hacia los usuarios por parte del personal, colocar el buzón de quejas y sugerencias a la vista y mejorar el trato hacia los usuarios por parte de los policías; consideramos que si la Institución tiene ya establecidas sus cuotas en base al nivel socioeconómico de cada usuario y estas cuotas manejan fracciones, la caja debe tener dinero para dar cambio al usuario, ya que este muchas veces no dispone de la cantidad exacta para realizar su pago y esto retrasa el proceso, la colocación del buzón de quejas y sugerencias en otro espacio contribuiría a que los usuarios lo identificaran, lo ubicaran y utilizaran en más ocasiones que en la actualidad, ya que éste se encuentra alejado de la ruta de tránsito de todos los usuarios del Instituto, así la propuesta es colocarlo junto a la caja que es un punto básico para la utilización de cualquier servicio, con lo que todos los usuarios estarían en mayor posibilidad de conocer su existencia.

Creemos adecuado complementar y reforzar la propuesta anterior que se refiere al buzón de quejas y sugerencias y a su desconocimiento por parte de los pacientes, como ya mencionamos anteriormente, el colocar el buzón junto a la caja de pago ayudaría en gran medida a su ubicación por parte de los usuarios, sin embargo no quisiéramos quedarnos solo hasta aquí, es decir no basta sólo con saber que existe, de igual forma creemos necesario el informar a los usuarios mediante carteles distribuidos en puntos estratégicos dentro de la Institución y elaborados de forma didáctica por él/la Trabajador Social de urgencias o por el Departamento de Trabajo Social acerca de su derecho y responsabilidad de hacer uso del buzón de quejas y sugerencias para lograr una retroalimentación constante con el objetivo de mejorar y dar solución a las pequeñas fallas en los diferentes servicios que ofrece el Instituto así como la difusión de los derechos de los pacientes, haciendo hincapié en los datos no proporcionados por el médico durante la consulta que se registraron en nuestros resultados, estos datos son: el diagnóstico de la consulta y la información de las posibles causas del padecimiento.

Por último consideramos muy importante la sugerencia que dice: "mejorar el trato hacia los usuarios por parte del personal de caja y los policías", ya que como encontramos en nuestros resultados el personal de caja y de seguridad suele comportarse de manera grosera o descortés en su trato hacia los usuarios, por lo tanto nosotros recomendamos en base a lo anterior dar una plática informativa sobre relaciones humanas al personal de caja y de seguridad impartida y elaborada por él/la Trabajador Social del área de urgencias o por el Departamento de Trabajo Social para poder mejorar este punto, cabe mencionar que él/la Trabajador Social de urgencias es

un tema que se explica y profundiza más adelante en las propuestas realizadas por los investigadores.

Una vez expuesto y analizado lo anterior continuamos con la segunda fuente de propuestas que son las que los realizadores de este trabajo sugieren y consideran convenientes para mejorar la calidad de la atención médica que se presta en el área de urgencias del Instituto.

Para complementar el punto que se refiere a la información que el médico no proporciona, sugerimos informar a la subdirectora de Hospital del Instituto este hecho con los resultados encontrados, para que este mismo a su vez lo comente con todo el personal a su cargo y les solicite el cumplimiento de esta parte de los derechos del paciente, con esto intentamos dar solución bilateralmente a esta falla, tanto por parte de los pacientes intentando concientizarlos para que exijan sus derechos, y al médico para que no olvide ni pase por alto esta parte por muy rutinaria que parezca.

Propuesta de creación de plaza de Trabajo Social para urgencias

Por último nos permitimos y asumimos la responsabilidad de realizar la siguiente propuesta, con respeto al trabajo desempeñado por el personal del Instituto Nacional de Psiquiatría.






Como una propuesta y estando concientes de la falta de un presupuesto destinado para tal fin y la carencia de un espacio físico totalmente apropiado consideramos de gran importancia la siguiente aportación.

En respuesta al segundo objetivo de esta tesis y como Trabajadores Sociales nos encontramos con el compromiso profesional de darle el lugar de importancia que para nuestra consideración merece el Trabajo Social dentro de el área de urgencias ya que los resultados obtenidos nos arrojan el desconocimiento de la existencia y ubicación de Trabajo Social en esta área por parte de los usuarios, el motivo es que de manera administrativa el área de urgencias y preconsulta del INP están unidas; sin embargo en el aspecto del espacio físico éstas dos áreas se encuentran separadas lo cual trae consigo dicho desconocimiento de la existencia y ubicación y por ende el que el usuario no esté familiarizado o no conozca los servicios que proporciona.






La creación de una plaza y apertura de la misma debe de tener una razón de ser, de existir, en este caso para que el INP se interesara en llevar a cabo dicha inversión debe de ver reflejada ésta en frutos tales como la excelencia en su imagen al exterior y al interior del mismo Instituto; si como anteriormente mencionamos en los resultados de la investigación que la percepción del usuario es en general buena y el INP como tal pretende la excelencia en su atención integral ésta es la oportunidad de lograr este objetivo.

No creemos, ni pretendemos hacer creer que con la puesta en marcha de esta propuesta el INP va a lograr la excelencia, pero si creemos firmemente que con la creación de la plaza se daría un paso más en el largo camino de quehaceres para llegar a ésta, lo cual se reflejaría positivamente en la percepción que el usuario tiene del servicio de urgencias y en general del INP. Sin embargo no podemos, ni debemos, ni queremos quedarnos en esa parte nada más por lo que proponemos las siguientes actividades dentro de las funciones que pudiera realizar el o la Trabajador@ Social clasificadas por categorías para facilitar su análisis:



Posibles Funciones Y Actividades de Trabajo Social en Urgencias

Investigación	
	Realizar la revisión de los expedientes de los usuarios que solicitan el servicio de urgencias para constatar que éste esté completo.
	Registrar cuando se debe de actualizar el nivel socioeconómico de los usuarios (el cual se realiza cada seis meses).
	Actualizar los datos en el expediente del usuario.
	Investigar si el paciente forma parte de algún grupo psicoeducativo dentro del INP, de no ser así gestionar con el médico titular de la clínica en cuestión si el paciente amerita o requiere formar parte de algún grupo.
	Elaborar pláticas bimestrales entorno a relaciones humanas hacia el personal de seguridad, registro de pacientes y caja así como al personal interesado en asistir; que incluya como sugerencia entre otros los siguientes temas: comunicación, empatía, asertividad, autocrítica, violencia con una duración aproximada de dos horas para no interrumpir en gran medida las actividades del Instituto.




Gestión


-  Informar a los usuarios acerca de las instituciones a las que puede acudir en busca de ayuda en casos específicos (violencia, alcoholismo, drogadicción, etc)
-  Proporcionar las direcciones correctas y ubicación de dichas instituciones.
-  Realizar la hoja de canalización y trámites necesarios para transferir al usuario a otra institución.
-  Gestionar recursos intra e interinstitucionales para el paciente.
-  Realizar los trámites de ingreso del paciente al mismo Instituto de ser necesario.


Evaluación

-  Realizar una evaluación trimestral de la percepción que el usuario del servicio de urgencias tiene acerca de la calidad de la atención médica en dicha área, tomando como base la presente investigación (marco teórico, objetivos, instrumento e interpretación de resultados).
-  Integrase a la investigación anual que realiza el Instituto en torno a la calidad en general de la Institución

Educación


-  Reforzar a nivel individual con los usuarios del área de urgencias el tema de los derechos de los pacientes, como sugerencia proponemos los temas de conocimiento del diagnóstico, causas del padecimiento, periodicidad de las consultas, como llevar a cabo el tratamiento, etc.
-  Reforzar a nivel individual con el paciente y su familia, la importancia del estricto seguimiento del tratamiento farmacológico prescrito por el médico, y la relevancia del apoyo familiar para la completa recuperación del enfermo
-  Elaborar carteles informativos difundiendo diversos temas de interés dentro de los cuales sugerimos los derechos de los pacientes, la responsabilidad y oportunidad que estos mismos tienen para hacer uso del buzón de quejas y sugerencias así como la importancia de la participación por parte de los usuarios en la evaluación bimestral de los servicios.

 Impartir pláticas bimestrales entorno a relaciones humanas hacia el personal de seguridad, registro de pacientes y caja así como al personal interesado en asistir; que incluya como sugerencia entre otros los siguientes temas: comunicación, empatía, asertividad, autocrítica, violencia con una duración aproximada de dos horas para no interrumpir en gran medida las actividades del Instituto.

 Reforzar con el paciente la importancia de crear, mantener y utilizar las redes de apoyo social con las cuenta en el proceso de recuperación y control.

Administración de servicios

 Localización de familiares al requerirse, por internamiento o por mal estado del paciente.

 Apoyar el rescate de pacientes mediante contacto telefónico y/o visitas domiciliarias en pacientes diagnosticados como graves en su padecimiento y que presenten inasistencia, ya sea bajo tratamiento, recién egresados de hospitalización, o pertenecientes a los diferentes grupos psicoeducativos.

CONCLUSIONES GENERALES

Una vez expuesto lo anterior podemos pasar a las conclusiones generales de este trabajo, donde trataremos de resumir sólo lo más importante de toda la investigación.

Podemos decir que la salud ha sido y será uno de los grandes y constantes temas de preocupación para el individuo, ya que al darse cuenta que sí le falta no puede aunque quiera estar bien en los demás ámbitos de su vida, de ahí todos sus esfuerzos por tratar de tener o estar sano, en la construcción de mecanismos, estructuras y acciones para tratar de llegar a este fin.

También debemos entender que este camino es largo y aún faltan muchas cosas por hacer, mejorar los servicios, maximizar los recursos, concientizar a los prestadores de los servicios y a los propios usuarios, entre muchas otras cosas, si queremos que todos los individuos de la sociedad puedan aspirar a la salud, ya que esta es uno de los factores básicos en la búsqueda del ser humano por mejorar sus condiciones y calidad de vida.

No solamente basta en esta lucha por conseguir la salud para todos, con ofrecer servicios por medio de instituciones que el Estado financia, estos servicios se ven concretizados en acciones preventivas y correctivas sistematizadas, sino que las estructuras deben voltear a ver en su interior y buscar la mejor calidad posible por ofrecer a los usuarios en algo tan importante como lo es la salud.

Sin embargo como buscar calidad en el servicio, si ni siquiera sabemos que quiere decir en realidad, ya que el propio Estado tiene una idea incompleta de lo que significa, ya que confundió calidad con resultados estadísticos proporcionados por la propia institución, olvidando al usuario, que a fin de cuentas es él quien hace uso de estos servicios, con la intención de justificar presupuestos.

Así es que consideramos que la mejor crítica es la que proviene de uno mismo, por lo tanto si el propio Estado como único rector de estas instituciones no propone ni fomenta investigaciones referentes a la calidad en nuestro propio contexto sociocultural, seguiremos retomando estudios, ideas e investigaciones externas, diferentes culturalmente hablando, para tratar de adaptarlas a nuestro país y dar respuesta a una inquietud frecuente de cómo mejorar; sino podemos romper el círculo de dependencia y retraso con otros países, seguiremos sujetos de los modelos que ellos

hagan, con la intención de aplicarlos nosotros, concientes de que pueden fallar o no se adapten a nuestro contexto social.

No solamente queremos dejar esta responsabilidad en el Estado, que sí bien la merece es sólo parcial, ya que los profesionistas de este país y más los involucrados con las ciencias sociales debemos crear y buscar los mecanismos necesarios para abrir nuevos caminos en lo que a terrenos abandonados por otros han quedado.

Uno de estos profesionistas que debe y puede encajar perfectamente en esta situación es el Trabajador Social, ya que dentro de las muchas funciones que puede desempeñar, está la de investigador y evaluador, y si consideramos que en el equipo médico es el vínculo entre Institución, cuerpo médico y pacientes o usuarios, ha dejado de lado y no se involucra en estas actividades, perdiendo un posible campo de acción muy importante y poco explorado en este país.

También hemos visto como una Institución que presta servicios de salud, puede llegar a la calidad tanto de sus operaciones como de su personal sin descuidar o sacrificar recursos y estructuras, sin embargo hemos querido demostrar que la calidad no es un punto a donde llegar, sino que es un camino largo, sinuoso, difícil, que hay que recorrer, siempre pensando en qué hay algo por mejorar y contestando cómo posiblemente lo podemos hacer.

Queremos dejar por último que esta idea de calidad, no solamente es para esta institución en particular, sino que se puede aplicar en cualquier otra institución que ofrezca servicios de salud, realizando las adaptaciones correspondientes y si este trabajo puede ser un precedente o servir de guía para otros que lo mejoren, esta investigación habrá cumplido completamente con su fin.

Esta idea de calidad no solamente es aplicable para las instituciones, esta se puede aplicar por las personas y lograr mejoras en todos nuestros quehaceres, tanto profesionales, familiares, sentimentales, individuales, sociales, entre otras, esto lo decimos por experiencia propia ya que en la realización de este trabajo aprendimos a aplicar esta idea, por lo que siempre hubo algo por mejorar.

+

ANEXO 1

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Trabajo Social

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de La Fuente Muñiz"

Proyecto: "Percepción de la calidad de la atención médica, en el área de urgencias del INP"

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y escriba y/o marque con una X, la respuesta correcta, según corresponda a su experiencia.

*** DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO**

- 1.- Edad ____ 2.- Sexo F M 3.- Escolaridad _____ 4.- Edo. Civil _____
5.- Ocupación _____ 6.- Ingreso mensual promedio \$ _____
7.-Lugar de residencia _____ 8.- Parentesco _____
9.- Padecimiento del paciente _____

*** RECEPCIÓN**

- 10.- ¿Es la 1ª vez que asiste al área de urgencias, solicitando el servicio? a) SI b) NO
10.1.- ¿Cuál es el motivo de solicitar el servicio? _____
11.- ¿Dentro del Instituto cual fue el servicio por el cual lo canalizaron a urgencias?
a) Recepción, registro de pacientes b) Consulta c) Preconsulta d) Hospitalización e) Trabajo Social
externa
12.- ¿En registro de pacientes (recepción) le informaron claramente de todos los trámites necesarios para ingresar al servicio de urgencias? a) SI b) NO
12.1.- ¿Cuáles le informaron? marque con una X
a) contar con expediente b) acompañado de un adulto responsable c) pago por consulta d) otros _____
13.- En registro de pacientes (recepción) ¿fueron amables con usted? a) SI b) NO
13.1.- ¿Por qué? _____
14.- ¿Cómo considera el arreglo personal de los empleados en el área de recepción?
a) arreglada y limpia b) arreglada y desaseada c) desarreglada y limpia d) desarreglada y desaseada
15.- ¿Qué nivel socioeconómico tiene asignado?
a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 g) 6 h) no sé
16.- En caso de no saber que nivel tiene asignado ¿cuánto pagó de consulta? \$ _____

16.1.- ¿Le representa algún problema pagar la consulta?

a) SI 16.2 ¿Cual? _____ b) NO

16.3.- ¿Cuánto tiempo tardó en pagar su consulta?

a) 1 - 5 min. b) 6 - 10 min. c) 11- 15 min. d) 16 - 20 min. e) 21 - 25 min. f) 26 - 30 min.

16.4.- ¿El personal de la caja fue amable con usted? a) SI b) NO

16.5.- ¿Por qué? _____

17.- ¿El paciente, ingresó al área de urgencias en compañía de un adulto responsable?

a) SI b) NO 17.1 ¿Por qué? _____

18.- A partir del momento en que usted o su paciente, ingresó al área de urgencias ¿cuánto tiempo tardó en pasar a consulta?

a) 0 - 10 min. b) 11 - 20 min. c) 21 - 30 min. d) 31 - 40 min. e) 41 - 50 min. f) 51 a + min.

* ENFERMERÍA

19.- ¿Recibió atención por parte de la enfermera? a) SI b) NO

*** En caso de que su respuesta sea NO pase a la pregunta 26 ***

20.- A su ingreso al área de urgencias ¿cuánto tiempo tardó en atenderle la enfermera?

a) 0 - 20 min. b) 21 - 40 min. c) 41 - 60 d) 61 o más

21.- La enfermera ¿fue amable con usted y/o con su paciente? a) SI b) NO

21.1.-¿Por qué? _____

22.- El lenguaje utilizado por la enfermera ¿fue claro y fácil de entender? a) SI b) NO .

22.1.-¿Por qué? _____

23.- El arreglo personal de la enfermera fue:

a) arreglada y limpia	b) arreglada y desaseada	c)desarreglada y limpia	d) desarreglada y desaseada
--------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------

24.- Durante su consulta ¿La enfermera le tomó a usted o a su paciente signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura)? a) SI b) NC

25.- ¿La enfermera le aplicó a usted o a su paciente en el momento en el que el médico lo solicitó, todos los medicamentos necesarios para su atención?

a) SI b) NO 25.1 ¿Por qué? _____

* ATENCIÓN MÉDICA

*****Únicamente para el acompañante***** Paciente pase a la pregunta 27

26.- ¿Usted pasó a la consulta con el paciente? a) SI b)NO

*****En caso de NO pase a la pregunta 34*****

27.-¿El médico que le atendió, se presentó con usted y/o con su paciente? a) SI b)NO

- 28.- ¿El médico le preguntó a usted y/o a su paciente sobre sus molestias? a) SI b)NO
- 29.- ¿El médico le informó a usted y/o a su paciente el diagnóstico? a) SI b)NO
- 30.- ¿El médico le informó a usted y/o a su paciente las causas de su padecimiento? a) SI b)NO
- 31.- ¿El médico le informó a usted y/o a su paciente el tratamiento a seguir? a) SI b) NO
- 32.- ¿Cuánto tiempo duró su consulta?
- a) 0 –10 min. b) 11 – 20 min. c) 21 – 30 min. d) 31 – 40 min. e) 41 – 50 min. f) 51 – 60 min. g) 61 a + min.
- 33.- ¿El médico utilizó un lenguaje claro y fácil de entender en su consulta? a) SI b) NO
- 33.1 ¿Por qué? _____

34.- ¿Después de la consulta usted o su paciente, pasó el área de observación? a) SI b)NO

**** En caso de NO haber requerido pasar a la sala de observación continuar en la pregunta 38****

35.- ¿Cuánto tiempo permaneció en la sala de observación? _____

36.- ¿Cómo considera el trato recibido en el área de observación?

- | | | | |
|------------|--------------|--------------|--------------|
| a) Amable | b) descortés | c) amable | d) descortés |
| Suficiente | insuficiente | insuficiente | suficiente |

37.- ¿Considera limpia la sala de observación? a)SI b)NO 37.1 ¿Por qué? _____

38.- ¿El médico fue amable con usted y/o con su paciente? a)SI b)NO

38.1.-¿Por qué? _____

39.- El arreglo personal del médico fue:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| a) arreglada y
limpia | b) arreglada y
desaseada | c)desarreglada y
limpia | d) desarreglada y
desaseada |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|

* TRABAJO SOCIAL

40.- ¿Conoce usted la ubicación del departamento de Trabajo Social en el área de urgencias?

- a) SI b) NO

40.1.-¿Por qué? _____

41.- ¿Conoce usted los servicios del departamento de Trabajo Social en el área de urgencias?

- a) SI 41.1¿Cuáles conoce? _____ b) NO

42.- ¿Recibió usted y/o su familiar algún servicio por parte del departamento de Trabajo Social en el área de urgencias?

- a) SI 42.1¿Cuál? _____ b) NO

******* En caso de que la respuesta sea NO, favor de pasar a la pregunta 46*******

43.- ¿El lenguaje utilizado por la Trabajadora Social fue claro y fácil de entender?

- a) SI b) NO

43.1.-¿Por qué? _____

44.- ¿La Trabajadora Social fue amable con usted y/o con su paciente? a)SI b)NO

44.1.-¿Por qué? _____

45.- ¿El arreglo personal de la Trabajadora Social fue:?

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| a) arreglada y
limpia | b) arreglada y
desaseada | c)desarreglada y
limpia | d)desarreglada y
desaseada |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|

*ASPECTOS GENERALES

46.- ¿En general como considera los trámites realizados en el servicio de urgencias?

- | | | |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| a) necesarios
sencillos | b) excesivos | c) excesivos
complicados |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|

47.- De manera general ¿considera limpia el área de urgencias? a)SI b)NO

47.1.-¿Por qué? _____

48.- ¿Conoce algún lugar para presentar quejas y/o sugerencias del servicio?

- | | |
|-------|-------|
| a) SI | b) NO |
|-------|-------|

49.- ¿Considera importante el arreglo personal de los trabajadores del Instituto?

- | | |
|-------|-------|
| a) SI | b) NO |
|-------|-------|

49.1 ¿ Por qué? _____

50.- En general, ¿cómo considera el servicio en el área de urgencias?

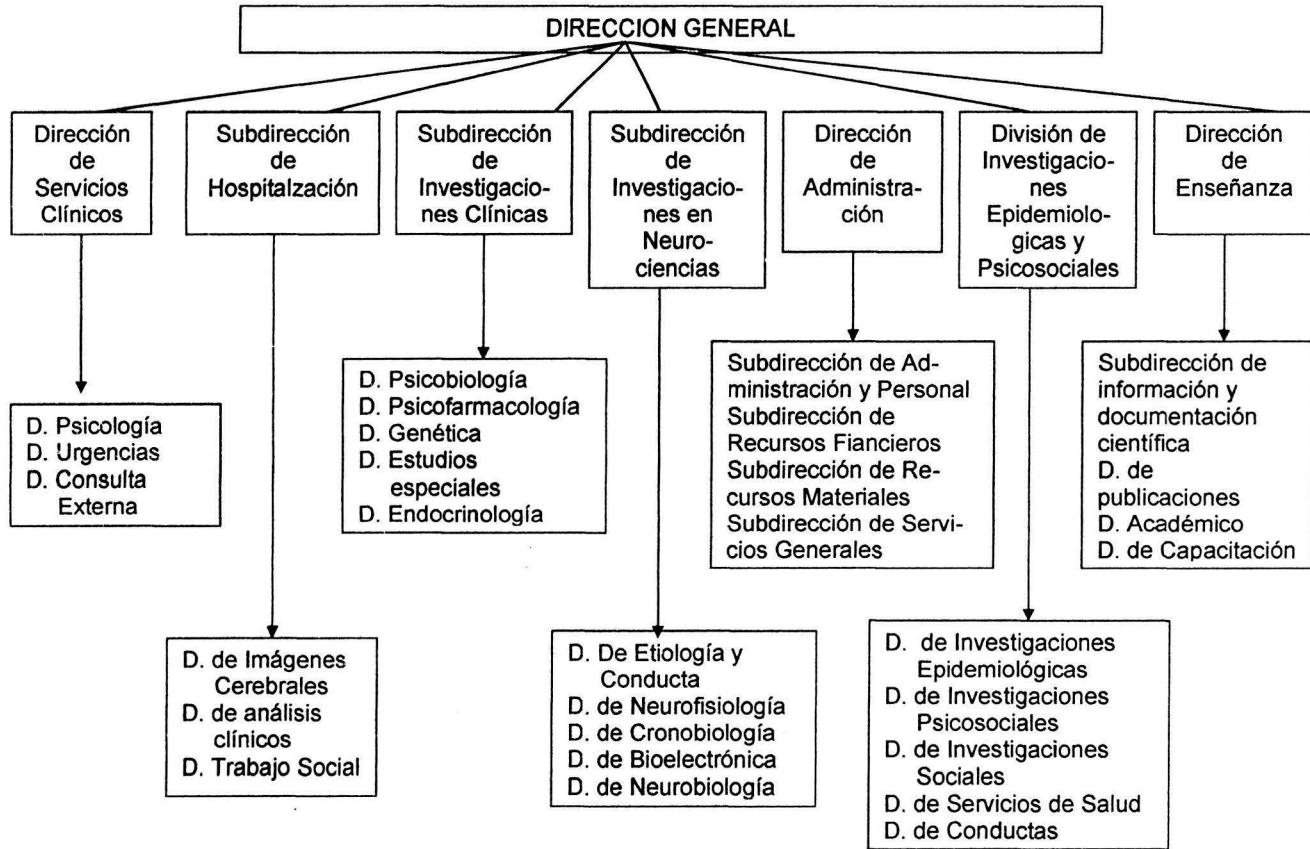
- | | | | |
|--------------|----------|------------|---------|
| a) excelente | b) bueno | c) regular | d) malo |
|--------------|----------|------------|---------|

51.- Si tiene alguna(s) sugerencia(s) para mejorar la atención en el área de urgencias, anótelas a continuación:

GRACIAS POR SU TIEMPO

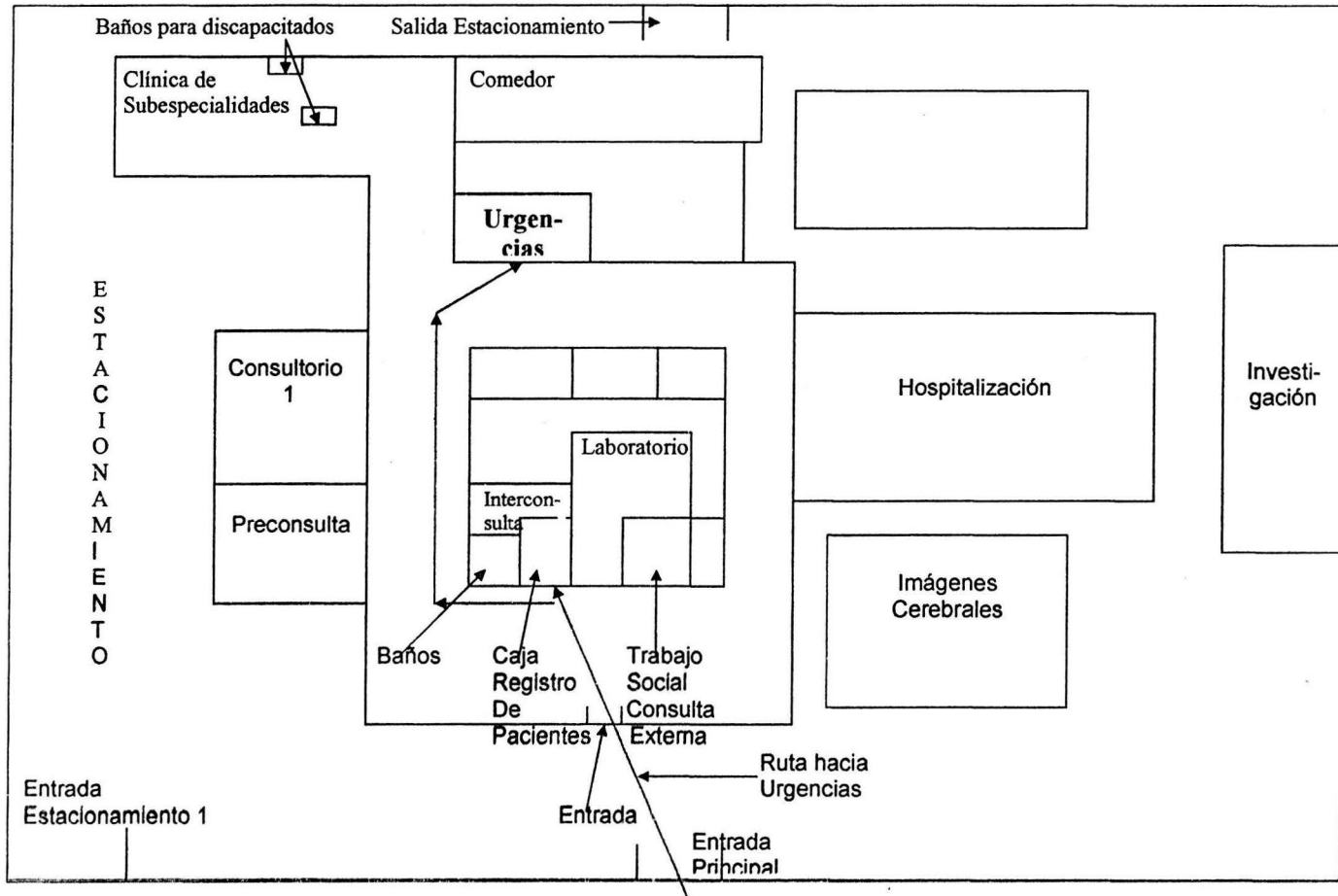
ANEXO 2

ORGANGRAMA ADMINISTRATIVO INP



ANEXO 3

PLANO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMON DE LA FUENTE" PB



BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg, Ezequiel, *Introducción al Trabajo Social*, Ed. Ateneo, México, 1993 Pp.158.
- Ander Egg, Ezequiel, *Diccionario de Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1998, Pp.350
- Ander Egg, Ezequiel, *Que Es El Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1985, Pp.206
- A., Lifshitz Y D. Trujillo, *Los Derechos Humanos Del Paciente Hospitalizado*, Comisión Nacional De Derechos Humanos, México, 1992, Pp. 263
- Becerra, Rosa Maria, *Elementos Básicos Para El Trabajo Social Psiquiátrico*, Ed. Ecro, Buenos Aires, Argentina, 1987 Pp. 169
- Calderón, Narváez, *Depresión, Sufrimiento Y Liberación*, Ed. Edamex, México, 1997, Pp. 224
- Castellanos, Roa Cristina, *El Perfil Profesional Del Licenciado En Trabajo Social (Tesis)*, ENTS - UNAM, D.F., México, 2001, Pp.126
- Castillo, Nuñez Esther, Et.Al., *Propuesta De Intervención Del Licenciado En Trabajo Social En Asentamientos Humanos Irregulares (Tesis)*, ENTS - UNAM, D.F., México, 1993, Pp.240
- Cook, J. S., *Enfermería Psiquiátrica*, Ed. Mc Graw Hill, Madrid , España, 1993, Pp. 426.
- De La Fuente, Juan Ramón, *Diez Problemas Relevantes de Salud Pública en México*, Ed. FCE, México, 1999, Pp.373
- Flores, Tomas, DM IV, *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona, España, 1996, Pp. 384
- Donabedian, Avedis, *La Calidad de la Atención Médica*, Ed. La Prensa Medica Mexicana, México, 1984, Pp. 290
- Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial De La Federación*, (29 De Junio de 1992)
- Evangelista, Elí, *Historia Del Trabajo Social en México*, Ed. ENTS – UNAM, Plaza y Valdez, D.F., México, 1998, Pp.177
- Fracapani de Cuitiño, Marta, Giannaccari De Mathus, Liliana, Et.Al *Bioética y sus Instituciones*, Ed. Lumen, Argentina, 1999 Pp 421
- Gold, S., Mark, *Buenas Noticias Sobre La Depresión*, Ed. Vergara, Argentina, 1987, Pp.583
- Gonzalez, Carvajal Eleuterio, *Diagnostico de la Salud en México*, Ed. Trillas, 1990, México, Pp.113

- Hernández, Martínez Enrique, *Introducción a la Salud Pública*, Ed. Centro de Investigación de Ciencias de la Salud, Universidad De Tabasco, 1996, Pp.345
- Hernangomez, Criado Laura, *¿Por Qué Estoy Triste?*, Ed. Aljibe, Málaga, España, 2000, Pp.120
- Herrera, Madrigal Ma. Isabel, *La Salud*, Ed. CEE. D. F., México, 1988, Pp. 149
- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, *Bioética Y Derechos Humanos*, Ed. III UNAM, D.F., México, 1992, Pp.283
- Jinich, Horacio, *El Medico, El Enfermo y la Medicina*, Ed. UNAM, 1986, Pp.130
- Kisnerman, Natalio, *Salud Pública y Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1990, Pp. 246
- Kozier Erb, Olivieri, *Enfermería Fundamental*, Tomo I, 4ª Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, D. F., 1994, Pp. 378
- Ley Orgánica de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y Ley de Salud para el Distrito Federal*, Ed. Corporación Mexicana de Impresión, D. F., México, 1999, Pp. 92
- López de la Peña, Xavier A., *Los Derechos Del Paciente*, Ed. Trillas, México, D. F., 2000 Pp.171
- Moctezuma, Barragán Gonzalo, *Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud*, Ed. UNAM, III, México, Cámara De Diputados LVIII Legislatura, D. F., 2001, Pp. 176
- Mustard, S. Harry, *Introducción a la Salud Pública*, Ed. La Prensa Medica Mexicana, México, 1985, Pp.304
- M. Barquin, *Dirección De Hospitales*, 4ª., Ed. Nueva Editorial Int. americana, México, 1981, Pp. 86
- M. Timio, *Clases Sociales Y Enfermedad, Introducción A Una Epidemiología Diferencial*, Ed. Nueva Imagen, México 1979, Pp. 115
- Ops / Oms, *Plan Decenal de Salud para las Américas*, Documento Oficial, No 118, Enero de 1973.
- Real Academia Española Siglo XXI, *Diccionario de la Lengua Española*, Ed. Espasa Calpe, Madrid España, 1997, Tomo II Pp. 729
- Sánchez, Rosado Manuel, *Elementos de Salud Pública*, Ed. Méndez Cervantes, México, 1991, Pp.308
- Sgreccia, Elio, *Manual de Bioética*, Ed. Diana, México, 1994, .Pp.679
- Tristram, H. Engelhardt, *Los Fundamentos de La Bioética*, Ed. Paidos, Barcelona, España, 1995, Pp. 545