



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

**TRABAJO SOCIAL EN SALUD PÚBLICA:  
LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER DEL GRADO DE:  
**MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**  
PRESENTA  
**MARISELA PÉREZ FLORES**

TUTOR PRINCIPAL: MTRO. ALEJANDRO CHIRINO SIERRA  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM

COMITÉ TUTORAL: DR. JAVIER CARREÓN GUILLEN  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM  
MTRO. FRANCISCO CALZADA LEMUS  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM  
MTRO. ENRIQUE OMAÑA MENDOZA  
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL, D. F.  
MTRO. OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

MÉXICO D.F.

AGOSTO DEL 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

*Para:*

### ***Mis Ángeles***

*Lo único que puedo decirles es que por ustedes que he llegado hasta aquí, y que a pesar de la distancia y del tiempo, los llevo en mi corazón; no sé qué tan cerca o lejos sea el tiempo en que nos volvamos a encontrar, pero mis brazos estarán abiertos para volverles a acariciar.*

***Papi-Mami y familia***, son cómplices de este trabajo, es gracias a su impulso, su comprensión, tolerancia e infinito amor que me han dado, lo que me permitió llegar a buen fin; saben que es por y para ustedes. Los quiero mucho.

***Luis***, mi amigo y compañero, por tus bellos sentimientos, compañía, cuidados y apoyo incondicional. Tqm.

Finalmente a ***Dios***, porque me dió la fortaleza para continuar viviendo y trabajar para este gran logro personal y profesional.

# AGRADECIMIENTOS

*Mi más profundo agradecimiento a:*

*La **Universidad Autónoma de México**, por la oportunidad que me dió para ingresar y obtener los conocimientos que me han permitido dar un paso más en mi desarrollo profesional, así como mi reconocimiento al Programa de Maestría en Trabajo Social.*

*Reconozco y agradezco a todos **mis profesores** por compartir sus conocimientos y el excelente acompañamiento en todo momento en que nos tocó convivir, pero además por su ayuda e impulso a seguir en este gran proyecto de desarrollo profesional.*

*A los miembros de **mi Comité Tutor**, Dr. Javier Carreón G. Mtro. Enrique Omaña M., Mtro. Francisco Calzada L. y al Mtro. Omar Fernández Ramírez de la R., por su paciencia, compromiso y las grandes aportaciones para la conclusión de este proyecto, y al **Mtro. Alejandro Chirino S.**, además por su confianza, tolerancia, disposición y acompañamiento hasta en aquellos momentos en que la vida me posicionó en situaciones de crisis, e impulso a seguir adelante. Mi infinito reconocimiento.*

*A **Olga, Sofía, Miguel, Carlos, Carmen, Laura, Virginia, Guadalupe, Adriana, Angélica, Laura y demás compañeros de generación**, por vivir, compartir y su apoyo durante este proceso educativo; por las desveladas, angustias, conocimientos y reflexiones, así como por los miles de momentos de felicidad. Desde ahora los llevo siempre conmigo.*

*Al gran grupo de **Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**, por su confianza y apoyo para conocer la realidad de la profesión; por los miles de momentos en que nos ha tocado luchar, enfrentar y hasta agradecer por las acciones que hemos emprendido para que se reconozca las fortalezas que tiene esta linda profesión. Ojala podamos alcanzar juntos los nuevos retos.*

# ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	4
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE TABLAS	10
ACRÓNIMOS	12
RESUMEN	14
ABSTRACT	15
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.	17
1.1 Preámbulo	18
1.2 Planteamiento del problema	21
1.3 Justificación	27
1.4 Objetivos	35
1.5 Supuestos de trabajo	36
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD PÚBLICA.	37
2.1 La Salud y su enfoque social	42
2.2 El Sistema de Salud desde la perspectiva sistémica	56
2.3 Los Modelos de Salud a partir de la visión salubrista	74
2.4 Trabajo Social en salud pública, una acción social	78
2.5 La Administración, función sustantiva para Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud	105
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.	116
3.1 Dimensiones para el análisis de la práctica profesional de Trabajo Social	120

3.2	Estrategia metodológica	121
3.3	Población y muestra	124
3.4	Instrumentos	125
3.5	Procedimientos	126
CAPÍTULO 4. LA ATENCIÓN A LA SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL.		135
4.1	La Política Social y de Salud en el Distrito Federal	136
4.2	El Sistema de Salud Pública del Distrito Federal	141
4.3	Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal	145
4.4	Antecedentes de Trabajo Social en la organización	157
4.5	Generalidades de la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud	161
CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.		169
5.1	Semblanza demográfica, social y epidemiológica del Distrito Federal	171
5.2	El modelo de salud y el desempeño profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención	188
5.3	Trabajo Social y las condiciones socio-epidemiológicas de la Población	197
5.4	Características profesionales y organizacionales de Trabajo Social	210
5.5	Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal: Una realidad	226
CAPITULO 6. HALLAZGOS, RECOMENDACIONES Y PROPUESTA.		249
6.1	Hallazgos	250
6.2	Recomendaciones	254

6.3 Propuesta	257
REFERENCIAS.	266
ANEXOS.	278
1. Cuestionario	279
2. Informe de Trabajo Social en los SSPDF	281

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1	Esquema General para el Marco Teórico y Conceptual	39
Figura 2.2	Funciones de la Promoción de la Salud	55
Figura 2.3	Elementos de un Sistema	58
Figura 2.4	Medios y Fines de los Sistemas de Salud	67
Figura 2.5	Niveles de Atención a la Salud	71
Figura 3.1	Características del Paradigma Cuantitativo	118
Figura 4.1	Mapa de Unidades de Salud de los Servicios de Salud Pública del D.F	143
Figura 4.2	Mapa de Hospitales de la Secretaria de Salud del D.F.	144
Figura 4.3	Atributos del Modelo de Atención Ampliado a la Salud	150
Figura 4.4	Acciones de Atención Médica y Salud Pública de los Servicios de Salud Pública del D.F.	151
Figura 4.5	Grupos por edad y sexo para Acciones Integradas de Salud en el D.F.	152
Figura 4.6	Estructura Orgánica de los Servicios de Salud Pública del D.F.	154
Figura 5.1	Distrito Federal, ubicación, territorio y densidad de población	171
Figura 5.2	Pirámide poblacional del Distrito Federal, 2010	173
Figura 5.3	Características Socio-Demográficas del Distrito Federal, 2010	176
Figura 5.4	Análisis de documentos normativos para Trabajo Social en el primer nivel de atención en los SSPDF	191
Figura 5.5	Aspectos organizacionales del servicio de Trabajo Social en los modelos de salud de los SSPDF	193
Figura 5.6	Funciones de Trabajo Social descritas en documentos normativos de los SSPDF.	194
Figura 5.7	Entrevistas por programa, Trabajo Social en los SSPDF, 2005	199



Figura 5.8	Visitas domiciliarias por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005	199
Figura 5.9	Pláticas por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005	200
Figura 5.10	Material elaborado por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005	201
Figura 5.11	Material distribuido por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005	201
Figura 5.12	Horas de perifoneo por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005	202
Figura 5.13	Distribución del personal de Trabajo Social por Jurisdicción Sanitaria de los SSPDF, 2013	211
Figura 5.14	Distribución por sexo del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	212
Figura 5.15	Nivel académico del personal de Trabajo social de los SSPDF, 2013	213
Figura 5.16	Escuela de procedencia del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	215
Figura 5.17	Personal de Trabajo Social titulado según nivel académico en los SSPDF, 2013	215
Figura 5.18	Años de que terminó la carrera el personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	216
Figura 5.19	Modalidad en la que estudió el personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	217
Figura 5.20	Tipo de nombramiento del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	218
Figura 5.21	Personal de Trabajo Social que tiene otro empleo en los SSPDF, 2013	218
Figura 5.22	Años de antigüedad del personal de Trabajo Social en los SSPDF, 2013	219
Figura 5.23	Código funcional del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	220

Figura 5.24	Tipo de unidad de salud en donde labora el personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	222
Figura 5.25	Personal de Trabajo Social que recibió inducción al puesto a su ingreso en los SSPDF, 2013	223
Figura 5.26	Área de la que depende el servicio de Trabajo Social de las unidades de salud de los SSPDF, 2013	223
Figura 5.27	Perfil del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	224
Figura 5.28	Forma en que concibe la salud el personal de Trabajo Social en los SSPDF, 2013	228
Figura 5.29	Cómo considera el modelo de salud al personal de Trabajo Social en los SSPDF, 2013	229
Figura 5.30	Métodos que usa Trabajo Social en su práctica profesional en los SSPDF, 2'013	230
Figura 5.31	Programas que apoya Trabajo social en los SSPDF, 2013	234
Figura 5.32	Herramientas técnicas que apoyan a Trabajo Social para desempeñar su práctica profesional en los SSPDF.2013	239
Figura 5.33	Recursos que apoyan la práctica profesional de Trabajo Social en los SSPDF. 2013	240
Figura 6.1	Modelo Operativo de Trabajo Social, 2014. (MOTS)	263
Figura 6.2	Funciones y actividades de Trabajo Social, 2014	264

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Variables	129
Tabla 2.	Instrumentos a aplicar por jurisdicción sanitaria, según fracción de estrato	132
Tabla 3.	Infraestructura de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal	155
Tabla 4.	Personal Médico y Paramédico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal	157
Tabla 5.	Principales causas de defunción que presenta la población del Distrito Federal 2009 a 2011, SSPDF	178
Tabla 6.	Principales enfermedades que presenta la población del Distrito Federal 2008 a 2010, SSPDF	181
Tabla 7.	Personal de Trabajo Social operativo y la población que tiene bajo su responsabilidad en los Servicios de Salud Pública del D.F.	185
Tabla 8.	Grupos Comunitarios que formó y coordinó Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005	203
Tabla 9.	Cursos para población en general que organizó y coordinó Trabajo Social en los SSPDF, 2005	203
Tabla 10.	Actividades sustantivas que realiza Trabajo Social en los SSPDF, 2013	205
Tabla 11.	Acciones de información y difusión que realiza Trabajo Social en los SSPDF, 2013	206
Tabla 12.	Cursos de capacitación para población que organiza Trabajo Social en los SSPDF, 2013	207
Tabla 13.	Grupos comunitarios que forma Trabajo Social en los SSPDF, 2013	208
Tabla 14.	Nivel académico por sexo del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013	214
Tabla 15.	Días y horarios en que labora el personal de Trabajo Social en	221

los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 2013

Tabla 16. Áreas que apoya Trabajo social con su práctica profesional en los SSPDF, 2013	232
Tabla 17. Pasos del proceso metodológico que usa Trabajo Social en su práctica profesional dentro de los SSPDF, 2013	236
Tabla 18. Acciones que realiza Trabajo Social como parte de su práctica profesional en los SSPDF, 2013	242
Tabla 19. Acciones que no debería realizar Trabajo Social como parte de su práctica profesional en los SSPDF, 2013	244
Tabla 20. Acciones que fomenta Trabajo Social con su práctica profesional en los SSPDF, 2013	246
Tabla 21. La comunicación de Trabajo Social con directivos en los SSPDF, 2013	247
Tabla 22. Actitud de Trabajo Social en su práctica profesional en los SSPDF, 2013	248

## ACRÓNIMOS

APS .....	<i>Atención Primaria a la Salud</i>
CAPA .....	<i>Centro de Atención Primaria en Adicciones</i>
CELATS .....	<i>Centro Latinoamericano de Trabajo Social</i>
CESCR .....	<i>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas</i>
CDSS .....	<i>Comisión de Determinantes Sociales de la Salud</i>
DSS .....	<i>Determinantes Sociales de la Salud</i>
DF .....	<i>Distrito Federal</i>
DH .....	<i>Desarrollo Humano</i>
FESP .....	<i>Funciones Esenciales de la Salud Pública</i>
FITS .....	<i>Federación Internacional de Trabajo Social</i>
MAAS .....	<i>Modelo de Atención Ampliado a la Salud</i>
MASPA .....	<i>Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta en el Distrito Federal</i>
MOPS .....	<i>Modelo de Promoción de la Salud</i>
OCDE .....	<i>Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico</i>
OIT .....	<i>Organización Internacional del Trabajo</i>
OMS .....	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
ONU .....	<i>Organización de Naciones Unidas</i>
OPD .....	<i>Organismo Público Descentralizado</i>
OPS .....	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
OSPM .....	<i>Observatorio de Salud Pública en México</i>
PAPAM .....	<i>Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas</i>
PASPAMGU .	<i>Programa de Atención a la Población Marginada en Grandes Urbes</i>
PE .....	<i>Planeación Estratégica</i>

PSMMG ..... *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*

PS ..... *Promoción de la Salud*

SESADF ..... *Secretaría de Salud del Distrito Federal*

SIS ..... *Sistema de Información en salud*

SS ..... *Sistemas de Salud*

SSDF ..... *Sistema de Salud del Distrito Federal*

SSPDF ..... *Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*

TGS ..... *Teoría General de Sistemas*

UAM ..... *Universidad Autónoma Metropolitana*

UNAM ..... *Universidad Nacional Autónoma de México*

## RESUMEN

La investigación pretende describir las principales características de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención, y su relación con los usuarios y modelo que opera actualmente el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Es un estudio exploratorio de corte cuantitativo con enfoque de administración social; en realizó una revisión documental para contextualizar la organización, analizar la normativa del servicio, así como las condiciones de salud de los usuarios; también se aplicó un cuestionario para identificar la realidad operativa de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención.

Como resultado, se pudo observar que la práctica profesional del trabajador social es medicalizada y burocratizada; condiciones por lo que se infiere, muestra limitaciones normativas y en su referente teórico y metodológico, así como de sistematización; que dificulta establecer su vínculo con el modelo de salud, pero básicamente, responder eficazmente a las problemáticas socio-epidemiológicas de la población.

Por tanto, se recomienda diseñar un modelo operativo basado en la planeación estratégica que permita mejorar la calidad de la atención a los usuarios, y reposicionar al trabajador social como un profesional que puede desde lo social, contribuir a mejorar las condiciones de la salud de la población, y por ende, a su desarrollo humano; se presenta como propuesta, un bosquejo de modelo para Trabajo Social en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Trabajo Social en salud, práctica profesional, primer nivel de atención, administración social.

## **ABSTRACT**

The research aims to describe the main features of the professional practice of social workers in primary care, and their relationship with users and model currently operates the public health system of the Federal District.

It is an exploratory quantitative study with a focus on social management; in conducted a literature review to contextualize the organization, analyze the rules of the service, as well as the health of the users; A questionnaire was also used to identify the operational reality of the professional practice of social workers in primary care.

As a result, it was observed that the practice of social worker is medicalized and bureaucratic; conditions which follows, shows regulatory constraints and theoretical and methodological reference and systematization; it difficult to establish its link with the health model, but basically respond effectively to the socio-epidemiological problems of the population.

Therefore, it is recommended to design a business model based on strategic planning that will improve the quality of care users, and reposition the social worker as a professional who can from the social, contribute to improving the health conditions of the population, and thus to human development; It is presented as a proposal, an outline of a model for social work in primary care.

**Keywords:** Social Work in health, practice, primary care, social administration





***Los pueblos que olvidan su historia,  
están condenados a repetirla  
(Cicerón, M.T.)***

# Capítulo 1

## Introducción.

---

## 1.1 Preámbulo

Trabajo Social es una profesión de las ciencias sociales que busca con su práctica profesional, modificar o transformar positivamente los aspectos de tipo social que limitan u obstaculizan el desarrollo humano y la calidad de vida de los sujetos sociales (individuales, grupales o colectivos).

El área de la salud ha sido uno de los principales campos para el desempeño profesional del trabajador social, especio en donde se le han asignado como funciones sustantivas la investigación, administración, educación social y la asistencia (Galeana, 2004 p.148); recientemente se ha enfatizado la necesidad de retomar y asegurar la administración del servicio, esto como una forma de contribuir en la eficacia y la eficiencia<sup>1</sup> en la prestación de servicios de salud.

La reflexión sobre los avances y retrocesos que ha tenido la profesión desde su incorporación al Sistema de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) -poco más de 30 años-, obliga a pensar sobre la posibilidad de replantear la práctica profesional de Trabajo Social, y posicionarle dentro de una justa dimensión como personal de salud responsable de incidir en los factores sociales que limitan u obstaculizan las condiciones de vida<sup>2</sup> y el desarrollo humano de los usuarios de los servicios de salud.

Así, el presente trabajo busca ser una primer aproximación a la práctica profesional del trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), organismo público descentralizado que tiene como propósito regir y operar la política de salud de la entidad y contribuir a hacer realidad el derecho a la salud, esto a partir brindar servicios de atención médica, promoción de la salud y de vigilancia epidemiológica, específicamente hacia la

---

<sup>1</sup> La eficacia es la capacidad de producir resultados que guarden relación con los objetivos y metas de la organización en un periodo de tiempo determinado. La eficiencia es la maximización de los recursos empleados para generar productos o servicios; ya sea que con recursos iguales o constantes se obtengan mayores resultados o que para lograr resultados iguales o constantes se ejecuten menores recursos. (Scott, D., s/f). Se recomienda trabajar en la evaluación de ambos procesos a fin de tener mejores argumentos para la toma de decisiones que redunden en el fortalecimiento del servicio.

<sup>2</sup> Las condiciones de vida de la población se refieren a la seguridad, el empleo, el salario; a los servicios y a las transferencias públicas, así como también al tiempo, a la organización del trabajo; en general al cuidado de los derechos. Según Smith (1976), a un estado sostenible dentro de un proceso de reproducción social (Picchio, 2009).

población sin seguridad social laboral y con más desventajas sociales; es en este espacio en donde el trabajador social a partir del análisis de sus propias prácticas, debe retomar un sentido de predicción para dejar atrás la realización de acciones paliativas, medicalizadas y rutinarias para transformarlas en procesos de análisis contextualizados basados en teorías y metodologías que verdaderamente favorezcan las condiciones de salud y de vida de los sujetos sociales con los que trabaja cotidianamente.

Se trata de un estudio exploratorio y transversal de corte cuantitativo, en el que se utilizó el método sistémico con un muestreo aleatorio y estratificado. La investigación se llevó a cabo de marzo a diciembre del 2013 en las unidades de salud de primer nivel de atención dependientes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), organización de salud que tiene la responsabilidad de atender a los residentes de una de las ciudades más grandes del mundo, la cual además, se encuentra inmersa en un proceso de transición demográfica y socio-epidemiológica que requiere de la redefinición de estrategias de intervención locales y operativas que respondan a su realidad, esto a partir de los recursos y medios de que dispone, entre ellos el profesional de Trabajo Social.

La investigación se plantea desde un enfoque administrativo y no de intervención directa con los sujetos sociales, en la cual se pretende reflexionar sobre las principales características profesionales, organizacionales, teóricas y metodologías que presenta la práctica profesional de 695 trabajadores sociales que laboran en el primer nivel de atención<sup>3</sup>, así como, la vinculación que existe de esta práctica tanto con el modelo de salud como con el perfil socio-epidemiológico del Distrito Federal; lo anterior, con la finalidad de contar con argumentos que permitan redefinir estrategias de acción operativas y contextualizadas que contribuyan a mejorar la calidad en la prestación de servicios profesionales de

---

<sup>3</sup> Es importante mencionar que al hablar de 695 trabajadores sociales en el primer nivel de atención a la salud, es hablar de un caso único en México. Este grupo de profesionales -aunque insuficiente ante las características *sui-generis* de la entidad- ha intentado mostrar sus potencialidades de intervención con individuos, grupos y con la población en general en acciones de salud pública sin resultados del todo favorables, de ahí que surja la necesidad de contar con un servicio debidamente organizado, sistematizado y controlado a fin de que se considere como un área de oportunidad para continuar con la incorporación de más recursos y el desarrollo de este profesional dentro del sistema de salud pública.

Trabajo Social hacia la población usuaria y/o derechohabientes de los servicios, la cual asciende a poco más de 4 millones de personas.

Se intenta a su vez, actuar ante el riesgo latente de continuar viendo al trabajador social como un profesional de la salud subalterno, con acciones inmediatistas y con limitaciones tanto en su metodología como en su sistematización; pero principalmente, sin evidencias del impacto de la práctica profesional en los factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad de la población, razón de ser de Trabajo Social en el área de la salud.

Con el objeto de establecer el sustento de la investigación, el primer apartado da cuenta de los aspectos teóricos y conceptuales que sirvieron de referencia para la revisión de la práctica profesional de Trabajo Social en la salud pública, específicamente, en el primer nivel de atención a la salud. Se retoman las principales variables de estudio como lo es salud, sistema de salud, primer nivel de atención y por supuesto, la práctica profesional con sus aspectos teóricos y metodológicos, además de conceptos básicos de administración y planeación estratégica, estos últimos como área de oportunidad para la mejora en los principales procesos que tiene el servicio.

En conocimiento de la relevancia que tiene la postura de un investigador para realizar cualquier análisis de la realidad, en seguida se describe el paradigma desde el cual se planteó la investigación y la estrategia metodológica, es decir, se describe brevemente cómo se diseñó la muestra, los instrumentos y cuáles fueron los momentos que se dieron para la revisión y obtención de la información sobre la práctica profesional del trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Con el fin de contextualizar el espacio dónde se desempeña profesionalmente el trabajador social, en un apartado más del trabajo, se presenta una reseña general del Sistema de Salud Pública de la entidad, específicamente de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; asimismo, se describen los

antecedentes de Trabajo Social y las generalidades de que se concibe como su práctica profesional dentro de dicha organización.

En secuencia al guión establecido, se presentan los resultados del trabajo de investigación, es decir, el perfil socio-demográfico y epidemiológico del Distrito Federal, los datos obtenidos de la revisión de documentos técnico-normativos de Trabajo Social existentes para el primer nivel de atención y por último, se detalla la información obtenida del cuestionario aplicado a 107 trabajadores sociales que laboran en dicha organización de salud pública, entre la que destaca el perfil profesional y organización de los trabajadores sociales y las prácticas que el profesional realiza en su trabajo cotidiano.

La última parte del documento hace mención de los hallazgos obtenidos en este trabajo de investigación, así como, el planteamiento de algunas áreas de oportunidad para el servicio.

Finalmente, de forma general se muestra un bosquejo para el diseño de un modelo operativo de Trabajo Social a partir del cual, se pretende replantear las líneas generales, teóricas y metodológicas para la práctica profesional y favorecer con ello, la calidad en la prestación de servicios profesionales dentro del primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

## **1.2 Planteamiento del problema**

De inicio es importante hacer un breve comentario sobre los principales problemas contemporáneos que enfrenta Trabajo Social como profesión en nuestro país, nos referimos a la insuficiente especificidad y/o reconocimiento de su práctica profesional, así como, las limitaciones en el desarrollo de investigación y por ende, la generación de teorías y metodologías propias.

Las discusiones y/o distancias que existen entre la visión académica y la práctica profesional en sus ámbitos de aplicación laboral, es un aspecto más que limita el desarrollo de la profesión al pensar que las condiciones que enfrentan en

la actualidad los trabajadores sociales dentro de las organizaciones públicas o privadas, no deben ser considerados problemas a investigar.

Lo anterior, a pesar de que existen autores que sostienen de que toda realidad cotidiana puede y debe ser objeto de investigación (Zemelman, 2004); o que a partir de las situaciones contextualizadas (Shuster, 2004), puede surgir el interés y/o la relevancia de un tema para el investigador... y en su caso, presentarse como un intento de establecer una revisión sobre el “vínculo entre práctica y reflexión, lo que por supuesto requiere de una revisión” (Bettanin, 2014), o profundización en algunos aspectos de dicha realidad profesional y laboral para ser transformada; escenario como el que presenta Trabajador Social en el primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, y que se considera como una de las pautas para el desarrollo de este trabajo de investigación básica<sup>4</sup> sobre Trabajo Social en la salud pública.

Si bien es cierto que el área de la salud es considerada uno de los campos tradicionales de Trabajador Social, para el primer nivel de atención en específico, es poco clara la definición de cómo o cual debería ser su práctica profesional, *entendida esta como la serie de acciones operativas, sistematizadas e intencionadas que se integran a partir de los sujetos sociales y su contexto; de una teoría y metodología (García, 1991), así como, de ciertas competencias políticas que permiten la toma de decisiones (Netto, 2004), y la definición de su actuar con una visión holística y sistémica.*

Según Abreu (2009), dentro de la salud pública el profesional debe actuar desde la atención primaria a la salud; debe enfocarse a los factores o determinantes sociales de la salud, e incluso, incidir en los riesgos socio-sanitarios de la población, esto a través de funciones como la investigación, planeación,

---

<sup>4</sup> La investigación sobre Trabajo Social o Investigación básica según el Instituto Catalán de Salud (2002), es aquella que se realiza sobre la evaluación constante y sistemática que realiza el profesional; ejemplo de ello son los estudios sobre los servicios que presta, la adecuación y eficacia, sobre el proceso administrativo y de la figura del propio trabajador social, sobre si se conocen o no sus funciones por parte de las instituciones y usuarios, sobre presupuestos, sobre metodología, etc.”



gestión, educación, organización, capacitación y administración (Galeana, 2004 p.143).

Así, el presente trabajo se realiza en una organización de salud pública que cuenta con 695 trabajadores sociales, quienes como parte de su cotidianidad deben establecer su especificidad ante los demás profesionales de la salud y tratar de contribuir con su práctica profesional a dar respuesta desde *lo social*, a los problemas de salud-enfermedad que presenta la población (Terán, 1989).

En los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), organismo de primer nivel de atención y encargado de la salud pública en una de las entidades más grandes y complejas del mundo, en la operación de sus modelos de salud desde hace aproximadamente 30 años, el trabajador social ha sido parte de los equipos interdisciplinarios y ha jugado un papel de “contrapeso” a la visión biomédica curativa, aunque actualmente surgen interrogantes sobre *¿hasta qué punto, la hegemonía de estos modelos han hecho del quehacer del Trabajo Social una profesión medicalizada, instrumental, inmediatista y subalterna?*

En un ejercicio de autocrítica sobre la realidad que pudiera presentar en la actualidad Trabajo Social dentro de dicha organización pública, a continuación se comentan algunas de las condiciones que se considera, le han situado en una posición de vulnerabilidad laboral pero principalmente profesional, lo anterior, al incrementarse, diversificarse pero principalmente, distorsionarse las acciones que le han sido asignadas como parte de su quehacer profesional dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, y que requieren ser modificadas a fin de dar al trabajador social un posicionamiento ético y profesional dentro de este sistema de salud.

Trabajo Social como un subsistema y parte de la organización pública, en la actualidad carece de elementos estructurales y jerárquicos que le permitan tener un control de los diferentes recursos y principalmente, de los procesos de actuación que tienen o puede tener la profesión. Y aunque cuenta con documentos técnico-normativos, estos no son actuales por lo que se creó, no

responden a la realidad que se enfrenta cotidianamente en las unidades de primer nivel de atención a la salud.

El servicio tampoco dispone de un documento que defina la práctica que *debe* realizar Trabajo Social de acuerdo a su perfil profesional, las principales líneas estrategias de apoyo a la organización de salud pública y que considere además, las características sociales de los usuarios o derechohabientes de los servicios, elementos necesarios en el diseño de toda intervención profesional (Galeana, 2008), propiciándose con ello, la asignación de tareas improvisadas y/o que otros integrantes del equipo de salud no quieren realizar; situaciones que se considera, limitan u obstaculizan sus intervenciones profesionales manipulándolas y desviándolas fácilmente hacia la esfera curativa, burocrática y de apoyo administrativo (Tobón, Rottier y Manrique, 1983), y sin elementos suficientes que permitan verificar su efecto en las condiciones sociales que inciden en la salud de la población residente del Distrito Federal.

La carencia del modelo de operación específico que guie claramente la práctica profesional del trabajador social dentro del primer nivel de atención se creó, ha llevado a la subutilización profesional del trabajador social hasta colocarlo en una condición reactiva (actuar profesionalmente cuando los derechohabientes o usuarios de los servicios lleguen a solicitarles un servicio), y de sobreutilización de procesos de medicalización<sup>5</sup> los cuales pueden estar encubriendo las prácticas

---

<sup>5</sup> Medicalización se refiere un proceso que favorece la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social (Menéndez, 1983); “implica la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (Orueta, R. et al, 2011); también “denota la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójales o indeseables, de tal fenómeno” (Mainetti, J. A. (2006); como permeación del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos (Portillo, 1993) esta se considera como fundamental para el Modelo Médico hegemónico El modelo médico hegemónico según Foucault, es una construcción provisoria que se relaciona con el saber médico, cual dice es un conjunto coherente y transformable de modelos teóricos y conceptuales... este parte de una asocialidad y ahistoricidad de los padecimientos o enfermedades. Se refiere también a “un conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos” (Menéndez, E. y di Pardo, R., 1996). Es importante mencionar que este proceso tiene gran impacto dentro de la práctica profesional de Trabajo Social en salud y es clara la necesidad de profundizar más en el tema, solo que eso por si mismo es motivo de otra investigación, así brevemente referiremos que la medicalización del espacio social constituye uno de los ejes centrales en el origen de la profesión así como, en el discurso de las estrategias de promoción y prevención de la salud (Ortega, E., 2003), acciones en las cuales el trabajador social debe basar en la actualidad su práctica profesional en el primer nivel de atención a la salud.

sociales del profesional y evidenciar como el modelo médico hegemónico desvía los propósitos y marcos de actuación del trabajador social en salud pública; algunos ejemplos de ello es la capacitación que realiza a mujeres sobre la estimulación temprana de sus hijos; la impartición de pláticas fundamentalmente sobre temas medicalizados y el trabajo con grupos de ayuda mutua solo para lograr una adherencia terapéutica, entre otros; acciones que deberían ser operadas por el personal médico y de enfermería.

Otros elementos que se considera pueden constituirse como limitantes para el desempeño profesional del trabajador social, es la diversidad del nivel profesional, situación que hace complejo el realizar procesos de atención hacia los sujetos sociales con una misma visión y sistematización metodológica; y la antigüedad del personal, esto debido a que una parte importante de los trabajadores sociales tienen ya una trayectoria laboral prolongada de servicio y pueden ya no tener el mismo dinamismo e interés para la realización de las actividades que le son encomendadas como años atrás, en contraparte, la incorporación de nuevos profesionales de quienes se desconoce cómo y desde que perspectiva se integran a brindar sus servicios profesionales.

Las insuficientes oportunidades de capacitación para el desempeño de la práctica y el desarrollo profesional durante la permanencia laboral en la organización de los trabajadores sociales, es otro elemento que se cree influye de forma importante para el desempeño de la práctica profesional, esto en relación a la insuficiente actualización sobre los aspectos teóricos y metodológicos necesarios para desempeñarse cotidianamente ante los diferentes sujetos sociales.

La práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención se complejiza más ante la nueva situación social y epidemiológica que muestra la población usuaria de los servicios de salud, en donde además del aumento de la población en la entidad, hay un incremento de usuarios sin seguridad social laboral como resultado de las políticas económicas implementadas por el gobierno y que cada vez, colocan a un mayor grupo de población en desventaja social;

situación que requiere de la implementación de estrategias de intervención social que apoyen a esta población considera como vulnerable.

Desde lo epidemiológico, el incremento significativo de padecimientos crónico degenerativos, de accidentes y lesiones, de adicciones y de casos de violencia de género en los últimos años, son situaciones que han obligado a la organización a implementar e incrementar una serie de intervenciones de promoción y prevención a la salud, las cuales aunque sin una definición clara, han sido asignadas en su mayoría al trabajador social; en contraste, sin un aumento de profesionales que laboren en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, lo que puede estar originando una sobrecarga laboral que pudiera favorecer el desarrollo de acciones sin planeación y sin un adecuado control, es decir, inmediatistas y sin sistematización.

La diferenciación de los contextos territoriales es otro aspecto importante para la planeación y organización de la práctica profesional, lo cual pareciera estar limitado ante la definición centralista de acciones a desarrollar por las autoridades locales, en especial para Trabajo Social al ser el personal que tiene en mayor medida, la responsabilidad para operar las estrategias de promoción a la salud en el Distrito Federal.

Se considera también que Trabajo Social a lo largo de su trayectoria dentro de la organización de salud se ha ido “invisibilizado”; actualmente el Sistema de Información en Salud (SIS), no muestra evidencia sobre productos finales de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención, y aunque a nivel estatal se cuenta con registros que se consideran complementarios a dicho sistema<sup>6</sup>, estos no se toman como elementos sustantivos para reconocer al servicio desde y para el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, ni a nivel nacional.

---

<sup>6</sup> Existe un formato anexo en donde se registran actividades sustantivas de Trabajo social como entrevistas, visitas domiciliarias por programa, formación de grupos comunitarios, acciones de capacitación a la población, coordinaciones, elaboración y distribución de material informativo; a pesar de esto, ninguna de estas actividades son consideradas como producto final que se asigne a este profesional dentro del sistema de salud.

Estos registros además, no pueden ser considerados para los procesos de evaluación ya que se carece de indicadores que permitan valorar el impacto de la práctica profesional de Trabajo Social ante la población usuaria de los servicios de salud del primer nivel de atención.

Dichas situaciones se piensa, han perturbado la eficiencia, la eficacia y la oportunidad en la prestación de los servicios profesionales de Trabajo Social, de ahí que con esta aproximación se busque contar con argumentos que permitan en adelante contribuir a modificarle y/o transformarle, esto en *pro* de una mejor calidad en el servicio, y finalmente en favor de los sujetos sociales a quienes atiende cotidianamente.

Así, ante las ausencias, limitaciones y/o desviaciones expuestas, la interrogante que se plantea a saber es: *¿Cuáles son las principales características de la práctica profesional de trabajo social en el primer nivel de atención, y su relación con los usuarios y modelo que opera el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal?*; esto en la pretensión de reconocer la realidad operativa que vive en la actualidad el profesional y evitar caer en la parcialidad sobre los enfoques o los motivos organizacionales, estructurales o simplemente de ejercicio de poder hegemónico que influyen en el desarrollo de dicha práctica profesional como se ha referido por autores como Tobón, Rottier y Manrique (1983), y que ha contribuido a minimizar o desvirtuar el actuar de Trabajo Social como una verdadera la acción social en y para la salud pública.

### **1.3 Justificación**

Trabajo Social es una profesión de las ciencias sociales que a partir de su práctica profesional, busca incidir favorablemente en los problemas y necesidades de la población, estas en un tiempo y un contexto determinado.

En base a lo anterior, y en razón de ver a la salud como un derecho social; de que la ausencia o la falta de acceso a ella en una población se considera como un *problema social* de trascendencia, el trabajador social al igual que los otros

profesionales de la salud debe intervenir, es decir, debe trabajar e investigar sobre el tema con el fin de contribuir a asegurar la calidad en la prestación de los servicios, de favorecer la accesibilidad hacia los mismos, y en especial, de incidir positivamente en los factores sociales que determinan la salud y mejorar con ello, la calidad de vida de la población.

El panorama social y epidemiológico que presentan actualmente el Distrito Federal, habla de una transición epidemiológica caracterizada por la presencia cada vez más elevada de padecimientos crónico-degenerativos, violencias y accidentes -problemas de salud derivado básicamente de estilos de vida negativos a la salud y asociados a condiciones sociales de marginación, desempleo, inseguridad, entre otros-, y de la persistencia aún de enfermedades agudas; situaciones que requieren del diseño de estrategias o acciones de promoción de la salud que retomen los determinantes sociales de la salud, y en donde los trabajadores sociales por su perfil profesional pueden o deben ser considerados como un recurso humano fundamental para la operación dentro de la organización.

Por otro lado, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), es la única instancia de primer nivel de atención a nivel nacional que tiene un número -aunque insuficiente por las características *siu-generis* de la entidad- importante de trabajadores sociales (695 personas) y por consiguiente, es necesario contar con líneas de acción que orienten o direccionen su práctica profesional hacia el logro de la misión<sup>7</sup> y visión<sup>8</sup> de dicha organización pública, y para dar respuesta a los problemas y necesidades en salud que presenta la población abierta residente en el Distrito Federal, que asciende aproximadamente a poco más de 4 millones de personas (SSDF, 2011).

---

<sup>7</sup> La misión es prestar servicios de salud con equidad, calidad, suficiencia, sin discriminación alguna, ampliándolos fundamentalmente a las personas que carecen de seguridad social... Busca avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención a la salud de las personas que carecen de seguridad social (SSDF, 2011 p. 10).

<sup>8</sup> La visión se orienta a cubrir a la totalidad de los habitantes sin seguridad social del D.F., mediante el desarrollo de un sistema de salud universal, anticipatorio, resolutivo, eficiente, participativo, integrado, socialmente eficaz y decididamente equitativo... tiene bajo su responsabilidad la construcción de un sistema de salud integra (SSDF, 2011 p.10).

Como antecedente sistematizado de las problemáticas de organización y funcionamiento del servicio, años atrás se realizó un análisis de planeación estratégica, en donde se percibió que el servicio de Trabajo Social estaba inmerso en un estatismo técnico-profesional y en un dinamismo inediatista.

Se vislumbró a su vez, la necesidad de posicionar al trabajador social como un profesional parte del equipo de salud y con necesidades materiales, técnicas, tecnológicas y de estructura que requieren ser solventadas si se quiere que este desempeñe una práctica profesional de forma integral, con ética y dignidad humana para contribuir con su capacidad teórica y metodológica, en mejorar las condiciones de vida de la población con rezagos sociales que acude a los servicios de salud de primer nivel de atención; esto además, en sintonía y como una respuesta real a los planteamientos de justicia social que establecen las políticas públicas del Distrito Federal.

Con este antecedente, la presente investigación surge ante la necesidad de saber cómo es que en la actualidad realiza su práctica profesional el trabajador social en el primer nivel de atención a la salud, porque se creó, es la forma en que se podría justificar el replanteamiento del actuar profesional ante la organización y a su vez, ser un elemento importante que favorezca un actuar de calidad y seguridad para los usuarios de los servicios, aspectos que se consideran estratégicos dentro de la política y el modelo de salud vigente tanto del Sistema de Salud estatal, como de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF).

Desde lo profesional, se considera que la investigación es de relevancia debido a que pretende retomar los conocimientos y habilidades que la administración aporta al trabajador social, los cuales hay que ponderar con el fin de favorecer la sistematización de los procesos operativos actuales, e intentar rebasar los planteamientos hechos por Netto (1981, citado por Rozas, 1998), sobre lo que caracteriza tradicionalmente la intervención que realiza el profesional de Trabajo Social en América Latina, es decir, *llevar a cabo una “práctica empirista, reiterativa, paliativa y burocratizada”* (Rozas, 1998).

La administración como función sustantiva de Trabajo Social se constituye como un aspecto central para la planeación, organización, coordinación y control del servicio, además de que según la Comisión Mixta del Perfil Profesional (2003), permite llevar al profesional a alcanzar los objetivos de la organización y con resultados de calidad (Barranco, s/f).

Para Trabajo Social, administrar el servicio se considera como una acción o función de tipo indirecta (Robertis y cols, 1981), o secundaria<sup>9</sup>, aunque no menos importante que la intervención como tal, ya que este proceso favorece el logro de los objetivos organizacionales; situación que se considera como un sustento importante para la investigación, al ser un aspecto poco abordado.

Evangelista (2012), refiere a su vez la necesidad actual y tomar campos de desarrollo que permitan desde el Trabajo Social generar aportes, referentes teórico-conceptuales, modelos de intervención, métodos y técnicas que enriquezcan a la profesión, y que además se puedan extender a otras áreas de conocimiento; y dentro de estas áreas de oportunidad identifica a la Administración Social, perspectiva que refiere, se centra en la administración y gestión de instituciones u organizaciones sociales<sup>10</sup>, así como de los recursos humanos que en ellas laboran, situación que se busca retomar con esta investigación.

En este sentido, Trabajo Social como profesión y parte del Sistema de Salud, tiene como obligación administrar cada vez mejor sus recursos (humanos, materiales, financieros y tecnológicos) para fortalecer la eficiencia y eficacia de su práctica profesional, y tratar de contribuir al fortalecimiento de los servicios de salud específicamente en el primer nivel de atención, esto en *pro* de la calidad en

---

<sup>9</sup> Cabe aquí la aclaración que los conceptos (indirecta o secundaria) así planteados, no se relacionan con la importancia de la actividad, sino se refieren a que no es una acción que se da directa con y/o ante los sujetos sociales; se plantea como un conocimiento de la práctica desde y para los mismos trabajadores sociales y no como una intervención.

<sup>10</sup> Es importante hacer referencia que estos dos conceptos –institución y organización social- son categorías de la acción social y que trabajo social las considera en su práctica profesional. Estas tradicionalmente han sido utilizadas erróneamente como sinónimos, error que se reconoce desde su concepto ya que *“las instituciones son abstracciones y las organizaciones son el sustento material, el lugar a donde se materializan; son los individuos operando, tanto en condiciones materiales de existencia como incidiendo en la construcción de un mundo”* (Escalera y Acuña 2004) Por ello, y con el propósito de no retomar este error, en el presente trabajo al hablar del espacio en dónde el trabajador social desempeña su práctica profesional, no se referirá como institución, sino como organización social.



la atención a los usuarios o derechohabientes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Con lo anterior, y ante la problemática de salud pública que presenta el Distrito Federal, con los resultados de la investigación se podría contribuir en un futuro próximo, en el desarrollo de modelos más operativos y con acciones de salud con un enfoque social, esto a fin de ser congruente con la visión que desde el ámbito internacional, regional y nacional se tiene de la salud. Y más aún, podría ser esta una oportunidad para replantear el *deber ser* de Trabajo Social en el área de la salud, específicamente para el primer nivel de atención con una línea basada en la atención primaria y los determinantes sociales de la salud.

Se considera también que el trabajo puede ser significativo para el desarrollo del Trabajo Social, ya que se va a incursionar en un tema que a partir de la revisión que se ha hecho hasta la fecha, no se identificaron precedentes específicos de investigación en nuestro país, es decir, si bien es cierto que se han realizado investigaciones sobre la intervención de Trabajo Social en temas como violencia, género, trabajo social penitenciario y en algunos otras áreas y/o situaciones relacionadas a la salud, estas en su mayoría han considerado la acción del profesional a nivel hospitalario y desde una intervención con los usuarios, esto sin retomar los aspectos profesionales y organizacionales que se requieren para la planeación, organización, coordinación y control de la práctica profesional, y por consiguiente del servicio en organizaciones públicas.

En la revisión bibliográfica que se ha realizado a la fecha sobre la práctica profesional de Trabajo Social, se encontraron investigaciones hechas desde décadas atrás como la de Tobón, Rottier y Manrique (1983), en el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), quienes reflexionaron sobre aquellas prácticas que dificultaban las tareas profesionales en instituciones de bienestar y educación, trabajo que se retoma de forma importante en la presente investigación al considerar dos de las tres líneas que fueron abordadas.

La investigación de Acevedo y Ferrarós (2003), sobre las representaciones sociales de la práctica profesional en salud, trabajo que retoma básicamente la frustración e insatisfacción laboral; en este se hace referencia a que la práctica se da en base a los imaginarios que se establecen sobre su deber ser en un tiempo y contexto determinado... hacen referencia a los ideales que se construyen de la profesión y los obstáculos que enfrentan en la organización y con los sujetos sociales en un momento dado...; estos imaginarios permiten a su vez, con el paso del tiempo la transformación de las mismas prácticas cotidianas, tratando con ello de encontrar a su vez nuevos sentidos de la realidad.

Otros trabajos sobre práctica son el de Acosta (2004), quien hace una aproximación a la práctica profesional del trabajador social en educación especial; el de Guiliani (2006), sobre la práctica profesional del Trabajo Social y la inherente condición de lo femenino en hospitales y poder judicial; el trabajo de investigación de Amelotti y Fernández (2012), sobre estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional y en donde plantean repensar las prácticas profesionales de intervención del trabajador social a nivel interinstitucional, esto con el fin de aportar en la construcción de una práctica profesional integral en salud con enfoque crítico.

El trabajo de Romero (2012), es otro referente importante a considerar por el análisis que hace sobre la relación de la práctica profesional con los perfiles profesionales de Trabajo Social y en donde destaca el posicionamiento político del profesional para el ejercicio de su práctica en las organizaciones públicas.

Destaca el documento de Abreu (2009 p.77), sobre el Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria, trabajo que hace referencia a que la salud pública puede ser un área de especialización del trabajador social ya que el profesional realiza trabajo con individuos, con grupos y a nivel comunitario, esto desde una perspectiva psicosocial y su relación con la enfermedad; asimismo refiere la necesidad del fortalecimiento de las redes de apoyo familiares y sociales en beneficio de los sujetos, así como de las acciones educativas para incidir en los problemas de salud que presenta la población. En sus conclusiones la autora

manifiesta que los dentro de los retos que tiene el profesional es el de *“ser capaces de lograr el desarrollo de su potencial como profesión en un contexto cada vez más hostil a la atención de los factores sociales que inciden en la salud”*, situación que pudiera ser afín a lo que enfrenta el trabajador social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y que requiere de serias modificaciones una vez que estas sean conocidas a cabalidad.

Una publicación reciente sobre la sistematización de la acción de Trabajo Social en Salud es la de Vázquez y Cid de León (2015), la cual considera los tres niveles de atención y busca conocer a través de entrevistas a profundidad los modelos de intervención que operan los trabajadores sociales para la atención de los aspectos sociales que inciden en la salud de la población; en las conclusiones del trabajo se destaca la insuficiente sistematización para la configuración de dichos modelos, así como la necesidad de reforzar los procesos que incorporen conocimiento y mejores prácticas, las innovaciones y la normatividad internacional, la producción de conocimiento, de reflexión y producción teórica sobre la práctica profesional; algunos de los aspectos que se pretenden retomar en la presente investigación.

Así, en la mayoría de los trabajos referidos se reconoce dentro de sus conclusiones la necesidad de impulsar investigaciones sobre la práctica profesional y contribuir a mejorar el desempeño de Trabajo Social en sus diferentes campos de acción, estableciendo retos importantes en cuanto a un mejor desarrollo y desempeño profesional, así como, de su integración inter y multidisciplinar.

De gran importancia también son las conclusiones hechas en las Jornadas de Trabajo Social de Castilla y León (2013 p.2), en las que se manifiesta que la profesión es un área transversal en las acciones sanitarias o de salud pública, y se manifiesta una clara necesidad de posicionamiento, esto si se quiere avanzar en la visión social de la salud; lo anterior, a partir de contar con “una organización del colectivo, con autoridad reconocida por la organización sanitaria y liderada por un profesional de la misma disciplina”, aspectos que hablan de posicionar y administrar adecuadamente el servicio.

Pero a pesar de estos referentes, y de la existencia de trabajos sobre el campo de la salud, el primer nivel de atención es un espacio que ha sido poco abordado, lo que se considera, es una justificación más para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Por último -como parte de estos argumentos-, el no ocuparse de este tema de investigación puede llevar a continuar con esta indefinición general de actividades para el personal de Trabajo Social y se estaría contribuyendo con ello, al “desdibujamiento” profesional en un campo de acción que se ha tomado como tradicional y que tiene una gran concentración laboral, y más grave aún sería, la persistencia del riesgo acerca de que en el futuro cercano ya no se considere como necesaria la participación de este profesional en el área de la salud pública, espacio en donde se está convencida, puede ser trascendente la práctica profesional del trabajador social a partir de reconocer el componente social que caracteriza y/o determina los procesos de salud-enfermedad de la población, así como el empoderamiento y la construcción de ciudadanía para el ejercicio de los derechos sociales, acciones que son parte del *deber ser* de la profesión.

Se decide realizar este trabajo de investigación también, porque se creé, puede ser la única forma de contar con evidencias para replantear el actuar profesional, es decir, tener técnica y normativamente argumentos que otorguen operativamente una línea de acción sustentada desde lo teórico y metodológico, y que fortalezcan el desempeño profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud.

Se busca a su vez, proporcionar algunos elementos para iniciar la construcción de conocimientos a partir de una realidad operativa; ser una semilla para continuar con investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento de los aportes reales que puede dar la profesión a la vida cotidiana de los sujetos sociales, principalmente en aquellos que por condiciones o determinantes sociales se encuentran limitados o con problemas de salud que les impide avanzar hacia un justo desarrollo humano.

## 1.4 Objetivos

A partir de lo expuesto, y al reconocer la importancia de visualizar la práctica del trabajador social como profesional de salud que puede aportar conocimientos, métodos, técnicas y una gran experiencia operativa para actuar desde la salud pública en beneficio de la población que se considera con más desventajas sociales, condiciones que limitan el pleno ejercicio de un derecho social como es la salud y por ende, su desarrollo humano; los objetivos que se plantean para la presente investigación son los siguientes:

### *General*

Describir las principales características de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención, así como su vinculación con las condiciones socio-epidemiológicas de los usuarios y modelo de salud que opera el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, durante el 2013.

### *Específicos*

1. Detallar las condiciones demográficas, sociales y epidemiológicas que presenta la población del Distrito Federal.
2. Delimitar las características profesionales y organizacionales del trabajador social en el primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.
3. Identificar los principales referentes teóricos y metodológicos que dan sustento a la práctica profesional que realiza el trabajador social en el primer nivel de atención a la salud.
4. Establecer al vínculo que existe entre la práctica profesional de Trabajo Social tanto con el modelo de salud, como con el perfil socio-epidemiológico de los usuarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

## **1.5 Supuestos de trabajo**

Aunque por el tipo de investigación no se busca comprobar o desaprobar la relación causa-efecto existente entre las variables de estudio, se plantean dos supuestos de trabajo sólo a manera de posibles respuestas a considerar en los hallazgos del presente trabajo de investigación, estos son:

- a) La práctica profesional del trabajador social dentro del primer nivel de atención a la salud, presenta deficiencias en su referente teórico-metodológico y para su sistematización, y
- b) La práctica profesional del trabajador social, muestra limitaciones en su vinculación tanto con el modelo de salud, como con el perfil socio-epidemiológico de los usuarios de los servicios salud en el primer nivel de atención

A continuación y con el propósito de delimitar la línea teórica desde la cual se abordará la investigación, así como, la conceptualización de las principales variables que integran los supuestos de trabajo como lo es salud, modelo de salud, primer nivel de atención y por supuesto que la práctica profesional del trabajador social en el área de la salud pública, se presenta el marco teórico y conceptual.

# **Capítulo 2**

## **Marco teórico y conceptual para la práctica profesional de Trabajo Social en la salud pública.**

---

La práctica profesional de Trabajo Social en el ámbito de la salud, busca -sin ser una definición- incidir positivamente en los factores sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad; en el primer nivel de atención, esta entonces, debe darse a partir de los componentes más importantes de la salud pública, de los determinantes sociales de la salud (la política de salud, el acceso a los servicios, la información y capacitación sobre prevención y atención oportuna de enfermedades, entre otros), así como, de la decisión de los propios sujetos para ejercer su derecho a la salud (empoderamiento y ciudadanía).

Desde esta visión y en el reconocimiento de que toda acción profesional requiere de una fundamentación teórico-conceptual, ya que *“la teoría da los presupuestos sobre cuya base se puede construir modelos que sustenten la práctica”* (Campanini, A., Luppi, F., 1991 p.16), en el presente capítulo se describirán los principales elementos teóricos y conceptuales que permitirán dar sustento al análisis de la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud pública.

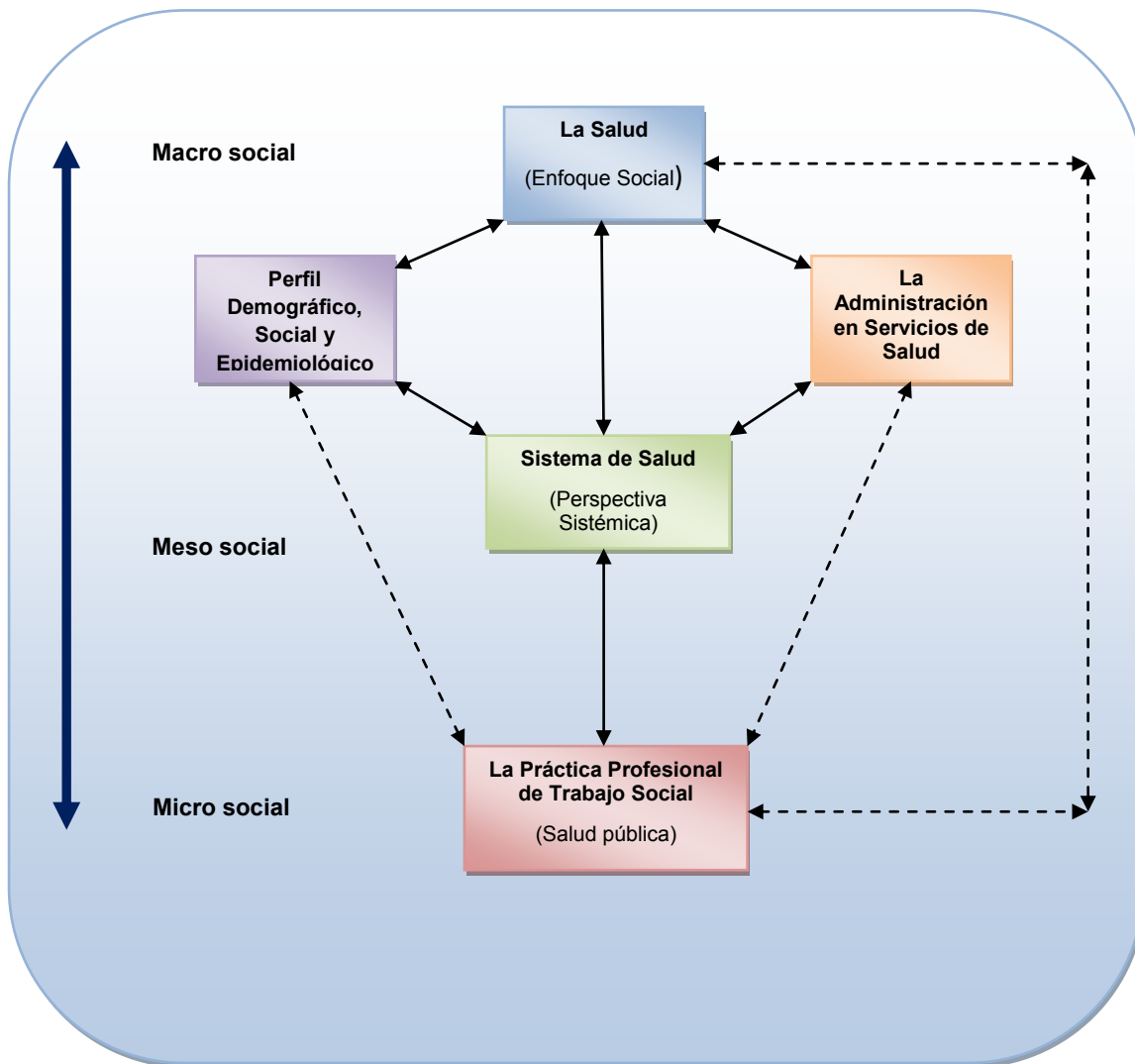
Es importante mencionar que si bien es cierto que el aspecto central es la práctica profesional, solo como una forma para dar orden desde lo macro a lo micro social, el marco se presenta a partir de conceptos amplios como salud, sistema y modelo de salud y salud pública, hasta llegar a la práctica profesional de trabajo social dentro de este contexto.

Por último, se abordan algunos elementos centrales de la administración por considerarse un tema sustantivo para el desarrollo del trabajo, lo anterior, debido a que a través de esta función se busca dar un nuevo valor a la práctica profesional del trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF).

El siguiente esquema muestra la forma en que se busca que estos conceptos adquieran sentido en esta interrelación estructural y sistémica (figura 2.1).



**Figura 2.1**  
**Esquema General para el Marco Teórico y Conceptual**



Fuente: Pérez, M. (2012)

La sociedad puede ser entendida como un conjunto de individuos que comparten además de espacio geográfico, una serie de condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que condicionan su forma de vida, en palabras de Shutz quien coincide con Weber, es *“un conjunto de personas que actúan en el mundo y cuyas acciones tienen sentido”* (Rizo, 2007. p.4).

De igual forma para el autor, dentro de esta realidad social, coexisten problemáticas que se relacionan con el momento histórico que vive la sociedad; dichos procesos sociales están dados y se ven reflejados en todo momento de interacción entre los diferentes actores sociales -el individuo, el grupo o en un colectivo-, es decir, los problemas sociales se dan en un sentido tal, que se consideran según Schütz (1977:25 referido por Rizo 2007), como hechos del mundo de la vida cotidiana y que *“se viven de una forma natural e irreflexiva...”* (Rizo, 2007 p.5).

Sin embargo refiere el autor, es precisamente en este mundo de la vida cotidiana o desde la misma realidad social en la que el hombre puede intervenir y además, puede modificarla..., ya que *“sólo dentro de este ámbito podemos ser comprendidos por nuestros semejantes y sólo en él, podemos actuar en conjunto con ellos”* (Rizo, 2007 p.5).

Así y desde el enfoque social, se posiciona a la salud como parte fundamental del bienestar; por tanto, esta se constituye como una parte sustantiva para la vida cotidiana de cualquier individuo y por ende de la sociedad; la sociedad a su vez, es influida positiva o negativamente por diversos procesos sociales en donde la práctica profesional del trabajador social visto como facilitador y educador en salud, ya que junto con los actores sociales es que puede contribuir en la modificación de sus condiciones de salud y por ende, de vida.

En la actualidad los sujetos sociales enfrentan problemas de índole macro-sociales, -problemas asociados con el sistema económico, político, los que resultan de las relaciones contractuales, entre otros.- y micro-sociales -los observados en el individuo y por la interacción interpersonal que establece este con su grupo familiar- dados dentro de un proceso bidireccional, es decir, lo que se vive desde lo social, se ve reflejado en la vida cotidiana del individuo, grupo colectivo y viceversa.

La importancia de estos niveles y su interdependencia, es decir, la vinculación de lo macro y micro en el análisis de los aspectos de tipo social como lo es la salud, resultan necesarios debido a que ambos son parte de una realidad en la cual no puede existir uno sin el otro, y cuya diferenciación se da sólo para el análisis de estos elementos (Castro, 2008).

Es importante además mencionar, que este análisis se representa como una postura interparadigmática compleja de abordar, sin embargo a decir de diferentes autores, es necesario hacerlo aún con el riesgo que ello implica debido a que es un proceso de construcción que pretende sobrepasar los reduccionismos de los extremos (Castro, 2008).

Entre los autores que hablan al respecto, Salles (2001 p.134), refiere que este tipo de análisis dicotómico puede y debe usarse ante cualquier estudio de realidad empírica. Dice además, que la integración teórica en estos niveles tienen un claro componente epistemológico y trascendente que permite saber cómo concebir la realidad y cómo buscar su transformación como objeto de conocimiento (Castro, 2008).

Giddens (2003, referido por Castro 2008), plantea que el análisis de lo macro y micro social no debe ser lineal y que no solo se deben considerar los extremos, propone por ello, una revisión de las prácticas sociales ordenadas en un espacio y un tiempo; al referirse a la acción social -acción que realiza el trabajador social-, dice que hay un vínculo desde lo macro a lo micro o viceversa, esto a partir del propio actuar de los individuos, los grupos y los colectivos (Castro, 2008).

Los aspectos macro y microsociales también son considerados como trascendentes en la práctica profesional de Trabajo Social, así lo refuerzan autoras como Tello (2008 p.14), quién refiere que:

*...la intervención profesional de trabajo social se da desde lo micro al pretender alterar o modificar el o los sistemas de forma directa, y en ese continuo necesariamente incide en lo meso y macrosocial buscando las rupturas del sistema dominante para alcanzar su probable transformación.*

Por lo anterior, se reconoce que las interacciones dadas entre las políticas públicas y sociales, las organizaciones públicas y privadas, las comunidades y los individuos son relevantes para la toma de decisiones en materia de salud, y que de ellos se obtienen beneficios importantes para la salud tanto individual como colectiva.

La práctica profesional de Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública que es una organización pública y que tiene dentro de misión aplicar la política social en beneficio de la población más vulnerable del Distrito Federal, se constituye como un eslabón trascendente en lo que se denomina construcción de *lo social* y su influencia en la salud para este momento histórico que vive la población.

Asimismo, dicha política social establece trabajar en la construcción de ciudadanos con derechos sociales, incluidos en ellos la salud, espacio de construcción en donde el trabajador social por su perfil profesional es o debe ser un eje fundamental para la promoción del empoderamiento y el ejercicio de los derechos entre los diferentes actores sociales, es desde este esquema que se plantea el trabajo macro-micro social.

## **2.1 La Salud y su enfoque social**

### *La salud*

El ser humano a lo largo de su vida atraviesa por diferentes eventos físicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden poner en riesgo su salud o su vida, por ello, la salud es considerada como uno de sus bienes más preciados.

En la historia, la salud además de estar asociada a la enfermedad y las maneras de cómo atacarla, ha sido entendida según las culturas, el sistema social, el nivel de conocimientos de la población y de cómo preservarla, entre otras. A partir de este contexto, a continuación se hará una breve revisión de una línea histórica de la salud considerando algunos de los elementos mencionados y

que de alguna forma tienen vigencia en cómo ver y establecer su abordaje para mantenerla.

Durante las denominadas culturas primitivas surgió el pensamiento mágico-religioso de la salud, el cual sostenía que las enfermedades se presentaban como un castigo divino, concepción que a pesar de los años se mantiene vigente en algunas ciudades, pueblos o comunidades de África, Asia, Australia y América, y por supuesto en nuestro país. Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que hicieron el primer cambio importante a esa visión al desarrollar un concepto de *higiene personal y pública*. La Ley Mosaica más adelante, planteó uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad, en él, se hace referencia a la influencia en la salud de la higiene personal, la alimentación, el comportamiento sexual y la profilaxis para las enfermedades transmisibles, aspectos también de actualidad (UNED, 2007).

Los romanos por su parte, aplicaron de igual forma la concepción higienista pero con una perspectiva más amplia al llevarla al terreno del *urbanismo*, su trabajo se dirigió básicamente a *la construcción de obras públicas* (agua) para el beneficio de la salud pública. Más adelante y durante la edad media con las escuelas monásticas, apareció el concepto *hipocrático* para la enseñanza de la medicina, en esa época y como refuerzo a lo que se estaba manejando sobre salud se elaboraron numerosos *consejos relacionados a la higiene*; esta concepción higienista se mantuvo hasta las últimas décadas del siglo pasado (UNED, 2007). Es importante mencionar que actualmente se están retomando algunos conceptos de esta visión higienista.

En el renacimiento, la manifestación más importante en materia de salud fue el surgimiento del campo de la *promoción de la salud* y su íntima relación con su preservación, dándose en esta época innovadores y grandes avances en materia de salud (UNED, 2007), este concepto es el que hoy en día se plantea como uno de los más importantes hablando de la salud pública y de la práctica del trabajador social en el primer nivel de atención.

Pero el cambio conceptual más relevante de la salud es el que establece la Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, en donde se le concibe como *“el completo estado de bienestar físico, psíquico y social”*.

A partir de esa fecha, han surgido numerosas definiciones de salud encontrando elementos comunes en ellas como la asociación a factores positivos y el verla desde un plano integrador de la sociedad y el hombre (UNED, 2007).

A finales del siglo pasado, ese concepto de salud se amplió a través de lo propuesto por la OMS y desde donde se le define como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, y agrega también, *la posibilidad para cualquier persona de estar, de aprovechar y desarrollar todas las capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual*; aunque este concepto ha sido cuestionado por diversos autores (Battistella, s/f p.2); a pesar de ello, en la actualidad este concepto sigue siendo el más aceptado a nivel internacional, regional y local, esto sin dejar de lado la visión de la salud asociada a un derecho social.

Destaca el cuestionamiento de Navarro (s/f), para quien el concepto de salud tiene un problema epistemológico al verle como un concepto universal y apolítico, esto al tratar de evitar su relación con el poder, así para el autor, la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica sino también social y política, condiciones en las que siempre van a estar presente las relaciones de poder dentro de la misma sociedad; de ahí la importancia de que el trabajador social como profesional de salud conozca de ello y defina cuál es su postura política y por ende, sus competencias.

En México con la nueva cultura de la salud se reconoce que la realidad social humana es inseparable de la realidad biológica y ecológica, por ello el concepto de salud actualmente adquiere un sentido holístico y sistémico, este contempla al hombre como una unidad integral, pero a su vez, en interacción con diferentes ámbitos, algunos de ellos considerados como determinantes de su salud (Secretaría de Salud, 2007).

Dentro de estos ámbitos y como uno de los más importantes se encuentra el social, ya que *“sin salud no hay trabajo, no hay desarrollo social ni bienestar familiar, ni amoroso”* (Battistella, s/f p.2) y viceversa.

A partir de ello, y con el propósito de asegurar que todo ser humano viva con salud, es que se en las últimas décadas del siglo pasado se impulso la idea de considerar a *la salud como un derecho social*, es decir, un derecho humano inalienable para cualquier ciudadano. Este es el enfoque que guía hoy a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, espacio en donde los trabajadores sociales han encontrado un área con grandes posibilidades para el desarrollo de su práctica profesional.

### *La Salud, un derecho social*

Los derechos sociales están dados al ser humano por el simple hecho de serlo, así, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asamblea General de las Naciones Unidas han tomado a la salud como un derecho, por ello en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), se expresa que:

*... todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que se enferme, a poseer los medios para curarse... El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria... El derecho a la salud es el goce del máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 2012)* Este hecho obliga según el organismo internacional a los Estados a implementar acciones sobre la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos... el derecho a la salud no debe entenderse solo como el derecho a estar sano, lo anterior, para lograr que los individuos, grupos o colectivos logren el bienestar que se plantea por definición.

El derecho a la protección a la salud en México se estableció en la Constitución Política de los Estados Unidos de México en la década de los 70s del siglo

pasado, y aunque hay importantes avances, aún no se ve reflejada dicha protección en la forma de operar del sistema de salud nacional ni local, esto a pesar de haber firmado compromisos internacionales sobre el tema con la OMS como la Declaración de Alma Ata (1978), en donde se comprometió como parte de los países miembros, a hacer lo necesario para asegurar “*la salud para todos en el año 2000*” utilizando como base fundamental la estrategia de Atención Primaria a la Salud, la cual pretende mejorar las condiciones de vida de la población a través de la educación y promoción de la salud, y de un trabajo multidisciplinario que promueva entre la población el desarrollo de capacidades que le permitan a los sujetos, mejorar y/o transformar sus condiciones de vida.

La Atención Primaria a la Salud (APS) es una acción global que se define como:

*... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad... (OMS, 1978).*

Para la Atención Primaria a la Salud (APS), la salud es un derecho humano fundamental, por lo que alcanzar un alto grado de salud debe ser uno de los objetivos sociales más importantes para todos los estados en todo el mundo y para lograrlo, se requiere de una acción coordinada y de la participación de otros sectores sociales como educación, economía y la política además del de salud. Asimismo, define como otro de sus ejes fundamentales, el derecho de los propios sujetos sociales (individuales o colectivos) a participar en la planeación y aplicación de las acciones en pro de su atención a la salud (Paganini, 1990).

La atención primaria propone incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones y plantea el disminuir y/o eliminar la participación de los quipos de salud y en especial del médico, es decir, eliminar la hegemonía asistencialista...; establece



además que los programas no deben ser verticales, estos deben surgir de las necesidades de la población e incorporar diferentes formas de participación; que hay que incluir e interactuar el saber popular y el saber profesional, y se debe también respetar las costumbres de la comunidad (Menéndez y Di Pardo, 1996), esta parte es fundamental para dar sustento a la práctica profesional del trabajador social en el área de la salud pública.

Después de varias conferencias internacionales en donde se dio seguimiento a los planteamientos de Alma Ata –por considerársele como una estrategia de visión eminentemente social ya que busca contribuir a mejorar tanto la calidad de vida, la paz y la seguridad en el mundo...-, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CESCR) planteó en el año 2000 la Observación General No.14 sobre el derecho a la salud en donde refiere:

*... el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (OMS, 2012).*

Para dicha observación, este derecho social considera cuatro elementos:

- *Disponibilidad*, número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud;
- *Accesibilidad*, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, esto incluye cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información;
- *Aceptabilidad*, los servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de ser sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y
- *Calidad*, los servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.

La observación plantea también, que al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones: *Respetar* (no ingerir en el disfrute del derecho a la salud, “no perjudicar”), *Proteger* (adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud) y *Cumplir*, (adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud).

Así, y ante los pobres resultados observados en materia de salud en los países miembros a más de 30 años de haberse propuesto en la conferencia de Alma Ata alcanzar “*la Salud para Todos*”, la Organización Mundial de la Salud en 2010, insta nuevamente a los Estados a retomar los postulados de la atención primaria a la salud a partir de uno de sus valores esenciales *la equidad*, y replantea la necesidad de considerar a los *factores sociales como determinantes de la salud de la población*.

A partir de estos conceptos y compromisos adquiridos, la protección a la salud en México implica un derecho social consignado en la carta magna, que en su artículo 4to. Constitucional, dice...

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud; agrega de forma específica que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos... derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad... derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar... derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible... y el derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Establece además para todos los casos, que el Estado debe ser el garante para asegurar dichos derechos a los ciudadanos mexicanos (Cámara de Diputados, 2011).*

Derecho humano y social que a la fecha en no se ha logrado alcanzar, esto a partir de análisis realizados desde diferentes niveles, organismos, instituciones e investigadores como Corzo (2014), quién afirma que México es uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que no ha logrado entre otras cosas, el acceso universal a la salud de sus ciudadanos.

Evidencia de esto, son también los actuales problemas de salud pública que enfrenta la población, los cuales se relacionan fundamentalmente con estilos de vida (sedentarismo, adicciones, violencia) y con acceso a los servicios, aspectos que de haberse integrado -y no quedado solo en discurso- en una estrategia nacional basada en los postulados de la atención primaria y su enfoque de promoción de la salud desde décadas atrás, ahora el panorama epidemiológico de la población sería diferente.

En el Distrito Federal por su parte, a partir del año 2000 con la entrada de un gobierno de izquierda con bases democráticas, se retoma una política social más democratizadora y con ello, se incluye a la salud como un derecho social. Se establece como un derecho universal responsabilidad del gobierno y dirigido a la población con mayor rezago social por no tener seguridad social laboral, así como, hacia la población mayormente expuesta a los abusos como son las mujeres, los adultos mayores, las minorías étnicas, los niños, entre otros (Laurell,1996).

Actualmente la entidad continúa con esta línea, define la protección de la salud como un derecho de los individuos y la considera como eje central al hablar del bienestar social de la población residente del Distrito Federal.

En este contexto, la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención se constituye como un elemento esencial debido a que es el personal de salud responsable de promover y brindar el acceso a los servicios de salud a través de la incorporación de la población con mayor vulnerabilidad social a los programas sociales de salud que aseguran este derecho, es decir, los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y el Seguro Popular; además de que por sus principios profesionales, es un promotor del desarrollo de habilidades en los sujetos sociales para que conozcan, aprehendan y ejerzan sus derechos como ciudadanos.

El trabajador social como parte del equipo de salud, pretende incidir en los factores sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad de la población (considerados como determinantes de la salud y que se abordarán a

continuación), a través de la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud; acciones que tienen como fin el empoderamiento de los sujetos sociales, es decir, favorecer el desarrollo de capacidades que permitan a los sujetos ya sea individuales o colectivos tomar decisiones y ejercer un mejor control de su salud, con ello, mejorar su calidad de vida.

### *Determinantes Sociales de la salud*

De acuerdo a lo que se manifiesta desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud está determinada por las condiciones sociales de la población, así quedó de manifiesto desde 1988, en la conferencia de Adelaida, en donde se planteó la necesidad de generar Políticas Públicas Favorables para influir en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Debido a la trascendencia de este planteamiento, ha sido retomado en conferencias posteriores como la de Yacarta (1997), Bangkok (2005), y recientemente en la conferencia de Río de Janeiro (2011), dónde se expuso que *“La salud es fundamental para el desarrollo sostenible”*, desarrollo que tiene que ver con las condiciones de vida de la población, es decir, con los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud (DSS), han sido definidos como:

*... las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2005).*

Se les conocen también como las causas de las causas porque se relacionan directamente con el poder y los factores económicos, lo anterior traducido en la visión de las políticas que cada Estado implementa en su población en busca de alcanzar el desarrollo y por ende, bienestar de la misma.

Asimismo, *“los determinantes sociales de la salud establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y*

*lograr sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente” (Urbina, M., 2012 p.11).*

De acuerdo a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), estos se dividen en: estructurales e intermedios.

- *Los determinantes estructurales* se refieren al contexto sociopolítico y las políticas socioeconómicas (vinculadas al género y etnicidad), las que estructuran las clases y sectores de la sociedad, es decir, lo que determina los niveles de educación, ocupación y la distribución de la riqueza de la población.
- *Los determinantes intermedios*, son aquellos que se relacionan con la vida de la población, y por tanto, son lo más cercano al proceso de salud-enfermedad, se habla de la alimentación, el ingreso y los aspectos psicológicos, entre otros (Villar, 2012 p.30).

Desde esta concepción se puede hablar de igual forma de determinantes macro y micro-sociales, aspectos que como se ha mencionado tienen una relación trascendente en la vida cotidiana de los individuos y de las sociedades, y desde donde los trabajadores sociales pueden establecer ciertas intervenciones profesionales en beneficio del individuo, las familias y la población en general.

Las condiciones de salud en la actualidad, evidencia la forma en que estos determinantes sociales hacen cada vez más grandes las diferencias y la inequidad entre la población en el acceso a la salud (OMS), por ello, el Plan de Acción Mundial de Salud definido en la 60ª Reunión Mundial celebrada en Ginebra (2007), pide a los Estados diseñar políticas y planes de salud basados en la promoción sanitaria y establece entre otras cosas, aplicar un enfoque intersectorial para la salud, invertir en acciones de promoción de la salud y hacer de esta estrategia, el eje para modificar los determinantes sociales de la salud (Secretaría de Salud, 2007), acciones todas en las que Trabajo Social debe participar activamente y tienen una gran oportunidad para tratar de modificarlos.

La Comisión de Determinantes de la Salud (2008), estableció además tres recomendaciones generales a los Estados miembros y que son:

- 1- Mejorar las condiciones de vida cotidiana
- 2- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- 3- Medición y análisis del problema

En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS), después de haber examinado el informe sobre la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, insta nuevamente a los Estados miembros:

1. A que luchen contra las inequidades sanitarias en los países y entre éstos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional... ( ) ;
2. A que desarrollen y apliquen objetivos y estrategias para mejorar la salud pública... ( ) ;
3. A que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales... ( ) ;
4. *A que velen por el diálogo y la cooperación entre los sectores pertinentes...* ( ) ;
5. A que aumenten la sensibilización entre los proveedores públicos y privados de asistencia sanitaria... ( ) ;
6. A que contribuyan a la mejora de las condiciones de vida cotidianas que favorecen la salud y el bienestar social a lo largo de toda la vida... ( ) ;
7. A que contribuyan a la emancipación de los individuos y los grupos, especialmente los marginados... ( ) ;
8. A que generen métodos y datos científicos nuevos, o utilicen los existentes, adaptándolos a los contextos nacionales con el fin de abordar los determinantes y los gradientes sociales de la salud, así como las inequidades sanitarias;
9. A que elaboren sistemas de información sanitaria y capacidad de investigación para seguir y medir la salud de las poblaciones nacionales... ( ) ;

Lo anterior, porque la estratificación social crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, en la prevención de enfermedades y en las posibilidades de restablecimiento y supervivencia de los individuos tras una enfermedad (OMS, 2013).

Esto implica tener claro por los profesionales de la salud, que para trabajar en y para la salud, es necesario hacerlo de forma intersectorial, inter y multidisciplinaria ya que la salud no sólo es atender enfermedades, sino que tiene una relación muy estrecha con promover condiciones de equidad, es decir, una mejor distribución y acceso justo a educación, empleo, vivienda e ingreso, condiciones estas que se denominan *las causas de las causas* de los problemas de salud; *hacer promoción de la salud para alcanzar el bienestar de la población*.

Es en este grupo de causas en donde el trabajador social sustenta su práctica profesional al ser los problemas que surgen de estos sectores sociales, el contexto y el momento histórico en que se dan, el objeto principal de su práctica profesional, así lo han manifestado diversos actores como Ander-Egg (1995), quien planteó la necesidad de brindar atención integral al paciente y reconocer que la salud no es sólo un problema físico-biológico, sino que es el resultado de una interacción dialéctica del individuo con su medio ambiente.

La atención de los problemas de salud desde este planteamiento refiere, debe ir más allá de sólo la actuación del médico y la enfermera, por lo que la participación del profesional de Trabajo Social en el área de la salud es necesaria (Ander-Egg, E., 1995), específicamente en el primer nivel de atención ya que es el lugar en donde se ve claramente la operación de la política de salud y en donde mayor peso tienen y se desarrollan las acciones de promoción y prevención de la salud, acciones esenciales para mejorar la calidad de vida de la población; así, lo referido da cuenta de las prácticas que realiza o debe realizar el trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF).

Ante lo expuesto, existe la necesidad de que el Estado diseñe y desarrolle un sistema de salud que permita atender los problemas prioritarios de salud que se presentan en los diferentes grupos de la población, que incluya el desarrollo de programas específicos con énfasis en la atención primaria de salud, es decir, que contemple acciones que fortalezcan la promoción de la salud a través de sus cinco funciones básicas (Paganini y Capote, 1990), las cuales actualmente están definidas en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) de nivel

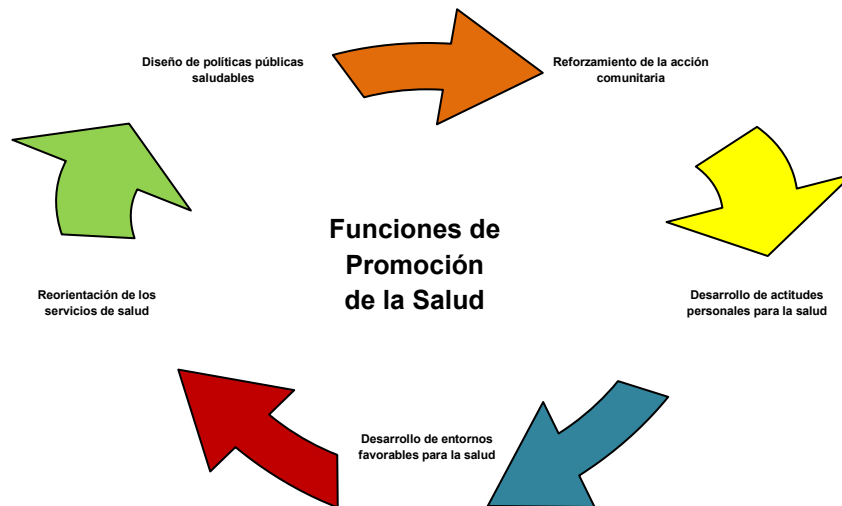
federal, planteamiento desde el cual también los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal intentan delinear sus acciones de promoción y prevención de la salud.

La Promoción de la Salud (PS) constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para que la población cuente con las condiciones sociales y de salud para disfrutar la vida, esta busca brindar a los pueblos las herramientas necesarias para empoderarse y ejercer su derecho a la salud; por lo anterior, se considera a esta como una estrategia sustantiva de la salud pública al establecer los mecanismos para incidir en la prevención de las enfermedades, en promover estilos de vida saludables y en facilitar la participación intersectorial en *pro* de la salud, esto en consideración a sus funciones básicas (figura 2.2).



Figura 2.2

### Funciones de la Promoción de la Salud



Fuente: Modelo Operativo de Promoción de la Salud, 2007.

1. *Elaboración de políticas públicas sanas.* Colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones en todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos, a fin de que las decisiones se inclinen hacia la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio y trabajo que sean fuente de salud para la población.
2. *Reforzamiento de la acción comunitaria;* promover la participación de la comunidad en la definición de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.
3. *El desarrollo de las aptitudes personales;* proporcionar información y herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida.
4. *Creación de ambientes favorables;* fomentar el apoyo recíproco, generar condiciones de trabajo y de vida para que sean gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.
5. *Reorientación de los servicios sanitarios;* impulsar a los servicios del sector salud para que trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica (MOPS, 2007 pp. 27-28).

Ámbitos todos, en donde el trabajador social tiene un campo de acción muy importante a desarrollar debido a que dichas acciones se vinculan directamente con funciones sustantivas de Trabajo Social como la educación social, organización y participación social, gestión social y la investigación social. Además de coincidir en algunos de sus propósitos... *trabajar para el ejercicio de los derechos sociales de los ciudadanos y la lucha por una justicia social*; todas ellas desde el mismo sistema de salud.

## **2.2 El Sistema de Salud desde la perspectiva sistémica**

La salud es considerada como el equilibrio biopsicosocial y ambiental de un individuo o de una población, y la presencia de desequilibrios o enfermedades son fenómenos que se consideran como multicausales. Esta situación obliga a los Estados a implementar estrategias que vayan más allá de las medidas preventivas o curativas; por tanto, es imprescindible realizar análisis multifactoriales que aborden las necesidades básicas -alimentarias, educativas y de vivienda- de la población y a partir de ello, definir la forma en que se atenderá el proceso salud-enfermedad, es decir, organizar un sistema de salud que responda a las necesidades sociales y por ende, de salud de su población (Dávila y Guijarro, 2000).

Para entender la complejidad de los factores que inciden en la construcción del sistema de salud, es necesario retomar elementos y/o posturas teóricas que dejen ver de una forma más clara el porqué de su funcionamiento actual como sistema de salud.

Los Sistemas de Salud (SS) han sido referenciados y analizados desde diferentes teorías como son las representaciones sociales, la teoría de la complejidad, la teoría de riesgo y la teoría de sistemas, entre otras. Al respecto, destaca que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en México autores como Cordera (1992), han planteado que para diseñar los sistemas de salud es importante retomar la postura sistémica ya que *“su tema es la formulación y derivación de aquellos principios*

*que son válidos para los «sistemas» en general”* (Bertalanffy, 1976 p.32); esta además, es una teoría que promueve una visión holística y permite la integración de diferentes disciplinas para trabajar en el campo de la salud.

A partir de lo anterior, y de considerar que el sistema de salud es un ente de “tipo social y muy complejo” ya que incluye diversos procedimientos y una gran cantidad de elementos sociales y conceptuales (Maya, 2003), se tomará para este trabajo como referente la teoría de sistemas y sus conceptos básicos, los cuales permitirán abordar de manera general la forma en cómo funcionan, cómo están estructurados, cómo interaccionan y cómo se conciben los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y el área de Trabajo Social, como parte de ellos.

### *Teoría de Sistemas*

La Teoría General de Sistemas (TGS), referente teórico central para la investigación, se ha constituido como un amplio punto de vista que trasciende lo tecnológico y necesario en el estudio de cualquier disciplina, ya sea de ciencias duras o las ciencias sociales, de comportamiento o filosóficas, esta se presenta como “un nuevo paradigma en el pensamiento científico que se contrapone con el paradigma analítico, mecanicista, unidireccionalmente causal de la ciencia clásica” (Bertalanffy, 2006). Según Bertalanffy existen modelos, principios y leyes que pueden ser generalizados a través de varios sistemas, sus componentes y las relaciones que se dan entre ellos (Centro de Gestión Hospitalaria, s/f),

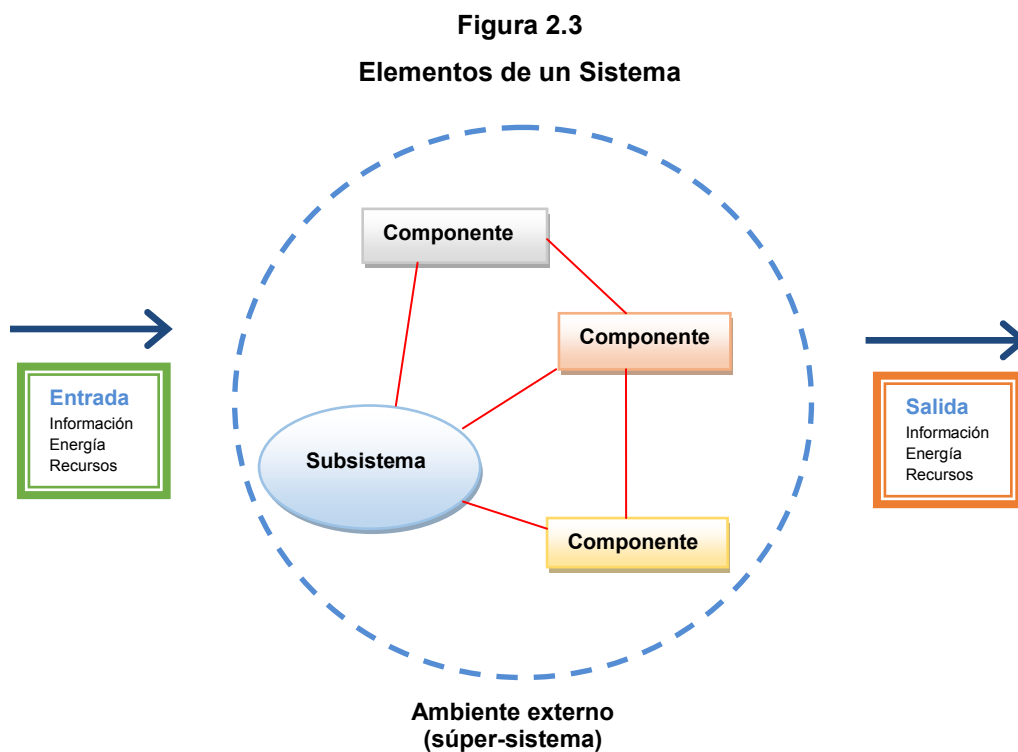
Aquí, es importante aclarar que en este trabajo no se busca generalizar la información obtenida, sino conocer la forma en que Trabajo Social se identifica o no, como parte integrante del personal de salud, así como, la forma que tiene de interacción con otras disciplinas.

Un concepto general de sistema es aquel que lo define como un “*conjunto de partes o elementos organizados y relacionados, que interactúan entre sí para lograr un objetivo*”. Este incluye entrada, salida, frontera, ambiente externo y puede ser parte de un macro-sistema o incluir dentro de sí, subsistemas o

microsistemas como se muestra en la figura 2.3 (Diccionario de Informática y Tecnología, 2012).

También se le ha definido como “una entidad con límites dentro de la cual se intercambia energía física y mental” (Payne 1995 p.178); un sistema a su vez, hace referencia a:

... realidades percibidas de la observación o inferidas de esta, y que existen independientemente del observador... Incluye esquemas conceptuales entendidos como construcciones simbólicas, con sistemas abstractos (ciencia) como sub-base de las últimas, es decir, sistemas conceptuales correspondientes a la realidad (Bertalanffy, 2006).



Fuente: Diccionario de Informática y Tecnología, 2012

Estos aspectos son considerados como parte de las bases de la teoría general de sistemas, teoría que sirvió de marco general de referencia para la realización de investigaciones y descubrimientos que tienen implicaciones revolucionarias. A partir de esta teoría, ha sugerido un cambio de paradigma o de referentes

conceptuales del trabajo científico, en palabras de Kuhn, “una revolución científica”. Este planteamiento sugiere un cambio que implica reemplazar los modos de pensar analíticos fragmentados, por otros de naturaleza holísticos e integrantes (Lilienfeld, R., 1984).

Para Siporin (1980 referido por Payne 1995), son antecedentes de la teoría de sistemas las investigaciones realizadas en Inglaterra a finales del siglo XIX, así como, la teoría de la información y la escuela socialista de Chicago de los años treinta; para Mancoske (1981 citado en Payne 1995), ésta tiene su origen en el “Darwinismo Social” de Spencer (Payne, 1995).

Según Bertalanffy (pionero de la teoría general de sistemas) durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX se concebía al mundo como un caos a partir de diferentes premisas como: el movimiento incierto de los átomos, lo que de acuerdo al mecanicismo y positivismo eran la realidad última; la vida era considerada un accidente de procesos físicos y la mente a su vez, un epifenómeno de los mismos. El autor refiere también, que otro momento que generó caos fue cuando se dijo que la vida era producto del azar, esto por ser resultado de mutaciones fortuitas y la supervivencia se presentó como una selección natural. De igual manera se aseguraba que la personalidad humana era producto casual de la naturaleza y crianza, o como consecuencia de accidentes a lo largo de la vida del ser humano (Lilienfeld, 1984).

Así, y ante la necesidad de buscar otra perspectiva del mundo, Bertalanffy plantea *“el mundo como una organización”*, él manifestó que si el pensamiento científico lograba aceptar de manera sustentada este concepto, se influiría profundamente en las actitudes prácticas (Lilienfeld, 1984).

Bajo este marco, surgen en esa época una diversidad de disciplinas que favorecieron este enfoque como la cibernética, las teorías de juegos, de la información, de decisiones y la propia teoría de sistemas, todas ellas en ocasiones con diferencias desde su concepción matemática y en otros momentos, hasta con algunas contradicciones. Sin embargo -y con mayor fuerza-, se identificaron

elementos o conceptos de interés en común como el de “sistemas”, “totalidades” y “organizaciones” entre otros. La teoría de sistemas nace a partir de dos etapas: la primera con una visión filosófica y psicológica, y la segunda -de una forma más completa- desde la biología y la física, esta fundamentalmente a partir de los postulados de Bertalanffy (Lilienfeld, 1984).

Von Bertalanffy con su “teoría biológica” -pensamiento sistémico-, establece que *“...los organismos son sistemas compuestos por subsistemas, formando aquellos a su vez, parte de unos macro-sistemas”...*, en donde la realización de ciertas *funciones* de cada uno de sus elementos, logra que el sistema se desarrolle armónicamente, es decir, un *organicismo funcionalista* (Bautista, s/f).

Dentro de los conceptos fundamentales de la Teoría General de Sistemas (TGS) se identifica el de “sistema abierto”; este como un sistema que establece intercambios permanentes con su ambiente, intercambios que determinan su equilibrio, capacidad reproductiva o continuidad, es decir, su viabilidad. Y el de “orden jerárquico”, del cual plantea... “el universo es una tremenda jerarquía de las partículas elementales o los núcleos atómicos, átomos, moléculas, compuestos de moléculas complejas”; esta jerarquía dentro de los sistemas se observa en las estructuras (orden de partes) y en las funciones (orden de procesos) (Bertalanffy, 2006).

Para Bertalanffy, todo sistema es determinado por cinco características básicas: estabilidad (el mismo se mantiene recibiendo inputs), homeostasis o equilibrio (se mantiene a pesar de los cambios usando los inputs, o cuando emite los outputs), diferenciación (son el tiempo se hacen más complejos y por ende, diferentes), no totalidad (todo es más que la suma de sus partes) y reciprocidad (si una de sus partes cambia, con la interacción misma entre las demás partes, estas a su vez, también cambian) (Payne, 1995 p.179).

En esta concepción amplia, aparece también Scott (1963 citado por Bertalanffy 1976), con la teoría de las “organizaciones formales” en donde refiere que son estructuras escrupulosamente formadas en las que se incluye el ejército, la

burocracia, las empresas, etc., y manifiesta además que una de sus principales premisas es que “la organización debe verse como un sistema”... “cuyas características son totalidad, crecimiento, diferenciación, orden jerárquico, control, competencia, etc.” (Bertalanffy, 1976 p.7, 47), elementos que en la actualidad consideran casi todas las organizaciones de salud.

Específicamente dentro del ámbito social, Lotka hizo una de las primeras conceptualizaciones de sistema con una visión basada en problemas de la población, para él *“un sistema es como una comunidad, sin dejar de ver al individuo como una suma de células”*; y reconoce que aunque la teoría propuesta por Bertalanffy se aplica básicamente a los sistemas biológicos, también es aplicable a lo social, ya que según el autor *“los fenómenos sociales deben ser considerados como sistemas, por difícil y fluctuante que sea la definición de estas entidades socioculturales”* (Bertalanffy, 1976 p.6, 10).

Desde esta concepción más holística, el enfoque sistémico surge como una alternativa para abordar la complejidad de las interrelaciones que se dan en la realidad social ya que busca observarla como una “totalidad”, es decir, esta debe explicarse a partir de la multidisciplinaria, descubriendo las relaciones que se presentan -individuales y globales- y que determinan su dinámica y comportamiento (Galeana, 1999).

En consideración a lo expuesto, se reconoce que el sistema de salud es una organización formal y por tal motivo necesita analizarse bajo esta idea, esto con el fin de dejar de lado el reduccionismo, el reduccionismo de los modos de pensamiento de las ciencias biológicas... ( ), y estudiar a la organización como una interacción de totalidades organizadas y coordinadas, con diversas e infinitas variables que requieren de nuevas categorías de interacción, transacción, organización y fundamentalmente, con una visión humanística (Bertalanffy, 2006).

Es importante reconocer además, que la lectura sistémica favorece a su vez establecer intervenciones estratégicas que permiten ajustar cambios dentro de la organización para acoplarse al entorno local o global en el que esta interacciona

(Márquez, s/f), esto con el fin de que se puedan eficientar sus procesos en beneficio de sus usuarios. En palabras de Bertalanffy (1976, p.34, 83), es un instrumento útil para crear modelos utilizables y transferibles entre diferentes campos y evitar vagas analogías que a menudo han perjudicado el progreso en dichos campos; esta teoría se considera también como un medio metodológicamente adecuado para favorecer y estimular el control de dichas transferencias entre los campos disciplinares.

La aplicación del enfoque sistémico en salud ha permitido realizar el análisis de los sistemas desde dos vertientes: a partir de los propios servicios de salud, y del análisis en relación al estado de salud de la sociedad y sus determinantes. En el primer caso, observa a “la salud-enfermedad como producto final de un proceso que puede ser desagregado en sus partes y descrito en sus interrelaciones”; para el segundo caso, porque ve al sistema de salud como un sistema abierto o como una organización en continua y recíproca interacción con el medio ambiente (OPS, 1992), dos áreas de análisis en la que los trabajadores sociales están incluidos y deben considerar trascendentes para el desarrollo de su práctica profesional.

La Teoría General de Sistemas (TGS) a su vez, ha dado grandes aportaciones al Trabajo Social al poder aplicar los elementos esenciales de esta a los sujetos sociales con los que actúa este profesional. Dentro de esta línea sistémica Pincus y Minahan (1973, referidos en Payne 1995), manifiestan que la aplicación de esta teoría en la práctica del profesional del trabajador social se puede dar a partir de tres tipos de sistemas en los que se apoyan los sujetos: *los sistemas informales* como la familia y amigos; *los sistemas formales* como los grupos comunitarios o sindicatos y *los sistemas socializados* entre los que se encuentran las escuelas y hospitales (Payne, 1995 p.180).

Dichos elementos además, son parte de lo que Bertalanffy establece como niveles en su teoría; sistema (familia), suprasistema (amigos, vecinos) y subsistemas (individuos).



Para dichos autores, las tareas que el trabajador social lleva a cabo dentro de estos sistemas tienen que ver con:

- Ayudar a la gente a desarrollar sus capacidades para la solución de sus problemas.
- Facilitar el contacto entre la gente y los sistemas que brindan los recursos.
- Propugnar o modificar las interacciones entre la población y los sistemas de recurso.
- Buscar mejorar la interacción entre la gente desde de los sistemas.
- Contribuir al desarrollo y cambio de la política social.
- Actuar como agente de control social.
- Además refieren, que el Trabajo Social ganaría como profesión si se lograra definir adecuadamente cual es el sistema en que se debería asignar al usuario considerando su situación, problema o necesidad, esto con la finalidad de optimizar la atención del mismo (Payne, M., 1995 p.181).

A partir de lo anterior, la teoría de sistemas permite analizar los problemas sociales y/o de salud considerándolos como parte de un aspecto de índole mayor (social) y sin hacer una desarticulación o fragmentación de los mismos, acción que el trabajador social puede y debe desarrollar dentro del sistema de salud; lo anterior, basado en las herramientas teórico-metodológicas con las que cuenta y que le permite ver al sujeto, su problema y el entorno en donde se desarrolla para contribuir a tener una visión integral de las condiciones de salud-enfermedad de los sujetos, así como la relación de estas con el contexto socio-histórico en que se presenta.

Así, cada usuario o derechohabiente de los servicios debe verse en su presente y su contexto actual, identificando la forma en cómo esto influye en sus condiciones de salud; a partir de esto, *“no es posible hacer predicciones deterministas sobre los procesos de desarrollo de los individuos y sus familias... cada individuo, cada familia son únicos”* (Tenorio y Mendoza, 2004 p.175), por ende, la práctica profesional debe darse a partir de este conocimiento particularizado.

Otro aspecto fundamental a considerar desde la perspectiva sistémica, es que Trabajo Social dentro del sistema de salud constituye un grupo de profesionales (microsistema) que junto con los médicos y enfermeras conforma los equipos de salud, profesionistas con los cuales establece relaciones de interdependencia para brindar servicios a la población que acude a las unidades de salud en busca de orientación o de la atención que le lleven a preservar y/o restaurar su salud.

Estos equipos de salud son lo que dan vida a los Servicios de Salud Pública del D.F., organización de salud de primer nivel que es parte del Sistema de Salud del Distrito Federal y que a su vez, es el encargado de implementar las estrategias generales para asegurar la protección de la salud a la población bajo los principios de igualdad, no discriminación y universalidad que establece la constitución política mexicana (SSDF, 2011), aspectos que *per se*, son parte de los ideales por lo que el trabajador social trabaja.

El Sistema de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) como organización pública también es parte de otro sistema más amplio denominado Sistema Nacional de Salud, así, todos los niveles del sistema cumplen con una estructura y delimitación de funciones, están definidas las jerarquías entre los diferentes profesionales y la estructura; lo anterior, da cuenta de la forma en cómo todos estos elementos del sistema de salud se ven sostenidos en la teoría general de sistemas.

### *Sistemas de Salud*

Se considera un sistema como “el conjunto de elementos interrelacionados que conforman una entidad que persigue un objetivo identificable o finalidad” (Maya, 2003 p.1).

En este mismo ámbito, y específicamente hablando de sistemas de salud, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, regionales como la Organización Panamericana de la Salud y nacionales como la Secretaria de Salud, coinciden en

que un sistema de salud “*comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud*” (OMS, 2005).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) agrega a este concepto, que un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como, una orientación y una dirección generales. Además refiere, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y que sean justos desde el punto de vista financiero.

Actualmente uno de los conceptos más acertados para definir a los sistemas de salud (SS) es el que le refiere como

*...un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada (Maya, 2003. p.3).*

En otro análisis sobre el concepto de sistema de salud, se menciona que este no solo implica las instituciones productoras de los servicios de atención a la salud, sino que también debe considerar aquellas prácticas no institucionales que apoyan de manera importante la atención del proceso salud-enfermedad; esto se refiere a las acciones de auto-cuidado, a las prácticas de medicina tradicional y a las condiciones económicas y sociales que determinan o modifican el proceso de salud-enfermedad de una población (Roux, Pedersen, Pons y Pracillo, s/f).

A los Sistemas de Salud (SS), también se les ha denominado sistemas de servicios de salud o sistemas de atención a la salud (términos más conocidos), los cuales además de lo ya mencionado, son el resultado de una acción global, intersectorial y de gran complejidad por la cantidad de componentes que lo integran (Maya, 2003).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) los sistemas de salud tienen básicamente tres objetivos:

- 1) Mejorar la salud de la población
- 2) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y
- 3) Garantizar la seguridad financiera en materia de salud.

Y para alcanzar dichos objetivos se sustentan en cuatro funciones: La rectoría, la prestación de servicios, el financiamiento y la generación de recursos (SSDF, 2002).

Es importante también considerar que los fines que debe tener un sistema de salud, así como los medios de los que se dispone para brindar dichos servicios a la población derechohabiente, deben estar bajo un esquema de atención que garantice la calidad de los servicios y bajo un marco de equidad (Guerrero, s/f), elementos que en la actualidad están considerados dentro de las políticas de salud y programas del Distrito Federal.

Los servicios de salud para poder satisfacer las necesidades de los usuarios, asegurar su protección financiera y contribuir a mejorar el estado de salud de la población (fines), requiere contar con infraestructura y equipamiento necesario, con recursos humanos que brindan la atención y finalmente, con los insumos y medicamentos que aseguren la atención eficaz de los pacientes (figura 2.4).



## *Tipos de Sistemas de Salud*

Los sistemas de salud han sido clasificados a partir de diferentes enfoques, es decir, puede ser a través de la forma en que surgen, por el tipo de organización que tienen o, por la manera en que se financian.

A partir de la forma en que surgen, los sistemas se dividen en *naturales y artificiales*<sup>11</sup>; dentro de esta tipificación internacional, el sistema de salud es considerado como un sistema artificial, es decir, fue creado por el hombre y con la finalidad específica de preservar la salud de la población. A su vez, los sistemas artificiales se subdividen en cuatro categorías que son: *los de procedimientos, los físicos, los sociales y los conceptuales*; de acuerdo a esto, el sistema de salud se considera un sistema de tipo social y muy complejo, debido a que incluye diversos procedimientos y una gran cantidad de elementos sociales y conceptuales (Maya, 2003).

De acuerdo a su organización puede haber: *Sistemas Únicos de Salud* que a su vez se subdivide en Asistencia Pública y Seguridad Social, o *Sistemas Mixtos de Salud*. Con relación a su financiamiento se subdividen en *Sistema Nacional de Salud*, de *Seguridad Social* y como *Aseguramiento Privado* (Maya, 2003).

El sistema de salud mexicano a partir de las reformas al sector salud hechas en el sexenio 1995–2000 y la nueva forma de ver la salud en el país, es de tipo mixto y fragmentado; ya que considera dos formas de producción, es decir, se compone dos sectores: *el público y el privado* (Gómez, et. al., 2011).

El sector público incluye a las instituciones prestadoras de servicios de salud para los trabajadores del sector formal de la economía ya sea federal, estatal o municipal, así como los servicios para la población que no cuenta con seguridad social laboral. El sistema de seguridad social está integrado por el Instituto

---

<sup>11</sup> “El sistema natural es el conjunto de objetos interrelacionados que se presentan en la naturaleza sin que el hombre haya hecho nada para organizarlo. (Ej. Sistema planetario, sistemas orgánicos, etc.). Los sistemas artificiales en cambio, son diseñados por el hombre y siempre es posible determinar la finalidad para la que fueron creados Ellos son fruto del desarrollo de la cultura humana (Ej. Sistemas legales, sistemas de salud, etc.)” (Maya, 2003)

Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y Petróleos Mexicanos (PEMEX). Con relación a la población abierta, los servicios son otorgados a través de la Secretaría de Salud (SS) y su operador el Seguro Popular (SPS), por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y por el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) (Gómez, et. al., 2011).

El financiamiento para el primer grupo de instituciones se obtiene a través de tres fuentes que son: la gubernamental, la proporcionada por el empleador y por último, por las aportaciones hechas por el mismo trabajador. En relación a los servicios de salud para la población abierta o sin seguridad social laboral, el recurso se obtiene de la federación, de los gobiernos estatales y en una menor proporción, por las cuotas de recuperación aportada por los usuarios al recibir la atención médica, esto último se refiere al financiamiento que otorga el seguro popular (Gómez, et. al., 2011).

Por su parte, el sector privado cuenta con una gran cantidad de establecimientos médicos de los diferentes niveles de atención que brindan servicios de salud a la población que cuenta con capacidad de pago; el financiamiento o recurso en este sistema se puede obtener a través de dos formas básicamente: a través del pago de «honorarios por servicios» o por «servicios médicos pre-pagados» (Flores, 2002).

Un Sistema de Salud (SS) entonces, debe integrar diferentes organizaciones que cuenten con una diversidad de servicios y/o acciones que puedan responder a los diferentes padecimientos o enfermedades que presenta la población, es decir, diferentes niveles de atención a la salud, de los cuales a continuación se presenta una breve descripción.

### *Niveles de Atención*

En la conformación de los sistemas de salud y con la finalidad de dar respuesta institucional a las necesidades específicas de atención, se hace necesaria la configuración de una red de servicios determinados por niveles de complejidad tecnológica, creciente y a su vez, ligados entre sí, condiciones que aseguren la atención oportuna y eficaz de la salud de los pacientes. Esto derivado de que en toda sociedad se presentan eventos que, por su gravedad, rebasan la capacidad resolutoria del médico familiar –quién en la mayoría de los casos es su primer contacto- y se hace necesario enviar al paciente a sitios en donde se asegure la atención con diferente nivel de complejidad tecnológica y que garantice la solución de su problema de salud; dichos niveles se pueden identificar como: salud comunitaria; medicina de familia; consulta de especialidades básicas; hospitalización básica y de alta especialidad (Dávila y Guijarro, 2000).

En México, el sistema de salud ha sido dividido de acuerdo a su complejidad resolutoria en tres niveles, denominados primero, segundo y tercer nivel de atención.

Estos niveles pretenden resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud de la población con diferente magnitud y severidad, a continuación, se describe en qué consiste cada uno de los niveles de atención que muestra la figura 2.5.



**Figura 2.5**  
**Niveles de Atención a la Salud**



Fuente: Pérez, M. (2012).

- El primer nivel de atención posee el mayor nivel de oferta de atención, es decir, atiende entre el 70% y 85% de las necesidades de salud de la población en padecimientos de baja complejidad, se le considera como el nivel de menor complejidad tecnológica y desarrolla básicamente acciones de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de atención de la salud más frecuentes. En contraparte, el primer nivel de atención es el que presenta una mayor complejidad social y cultural, condiciones que permiten y/o hacen oportuna la práctica de Trabajo Social, entre otras cosas porque es el profesional de salud que tiene la responsabilidad de controlar del sistema de referencia y contrarreferencia, dentro de este mismo sistema es quién facilita la atención

de los usuarios y/o derechohabientes en otros niveles de atención y es quién realiza el seguimiento de los todos los casos referidos; el trabajador social también debe contribuir en la realización del diagnóstico situacional y de salud comunitaria, promueve, integra y coordina la capacitación y participación de grupos comunitarios desde su ámbito local y brinda orientación-consejería de casos entre otras acciones; en otras palabras, realiza acciones de promoción de la salud y de atención médica.

- En el segundo nivel de atención se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o a los que se presentan de modo espontaneo con algún tipo de urgencia. Generalmente cuenta con las cuatro especialidades básicas: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría, así mismo, realizan acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud. Aunque, actualmente se pueden encontrar unidades de este nivel con un mayor número de especialidades. En este nivel de atención, el trabajador social participa básicamente en acciones de atención médica a partir del seguimiento de casos, de la orientación-consejería, de la educación para la salud con grupos de población cautiva, y en el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.
- El tercer nivel de atención es considerado como de alta especialidad y complejidad tecnológica, generalmente son institutos de referencia nacional y regional, se caracteriza por desarrollar acciones de investigación y docencia; la atención es reducida y se dirige a la atención de los usuarios de los servicios de salud con padecimientos de mayor gravedad (Vera, H., 2009).

Es necesario mencionar que México al igual que otros países, también cuenta con un sistema de atención a la salud familiar y comunitario, los cuales indudablemente en muchos de los casos son la primer alternativa de atención a

la salud de la población, este se integra por la familia, los vecinos, los curanderos, yerberos, hueseros, parteras tradicionales, entre otros. Esta medicina tradicional actualmente se considera ya como una oportunidad que amplía la cobertura de los servicios de salud en la población, e indudablemente, se debe trabajar para rescatarla.

El mundo actual muestra jerarquías entre las naciones, los sistemas o modelos económicos implementados, el propio sistema de salud como organización pública -burocrática- como se ha referido, está integrado por una serie de niveles de atención o complejidad para brindar atención a la salud, tiene una estructura definida y bien cimentada en donde se coloca al médico como eje rector del sistema y los demás profesionales de salud como apoyo de; a estos en esta jerarquía se les denomina paramédicos, condición que establece relaciones de poder-subordinación que dificultan un trabajo inter y multidisciplinario real y de calidad, y más aún, que dé respuesta real a las problemáticas de salud que presenta la población al ser un sistema que pondera la atención médica y cada vez más especializada sobre la promoción y prevención de la salud, razón de ser del primer nivel de atención a la salud.

Las nuevas tendencias impulsadas por la OMS, se orientan a la organización del sistema de salud basado en redes de servicios, organizado en forma horizontal y no de forma piramidal como se muestra en los niveles de atención; la atención se plantea, debe brindarse por equipos multidisciplinarios y sin jerarquía del médico.

Un aspecto que también es importante en la categorización de los sistemas de salud es el Modelo de Salud que aplica, ya que de este depende la forma de operar del mismo y es fundamental para la evaluación de los avances en materia de salud de cualquier país.

Actualmente no se habla de un modelo de salud ideal, sino se hace referencia a una serie de experiencias exitosas (modelos como el de Cuba, Chile, Canadá, entre otros), las cuales han dado la pauta para hacer el planteamiento de que

cada sistema de salud debe ser creado de acuerdo a las condiciones culturales, geográficas y sociales de cada país, entidad o región. Asimismo, ha surgido la necesidad de definir o implementar modelos de salud que sean eficientes, eficaces, con calidad y equidad, esto a partir de las reformas implementadas desde la Organización Mundial de la Salud y por los sistemas de salud de diferentes países en el mundo (Maya, 2003). Y un ejemplo más actual en Latinoamérica es el modelo de Brasil, el cual basa todo su sistema de salud en la atención primaria a la salud.

### **2.3 Los Modelos de Salud a partir de la visión salubrista**

De forma general los modelos pueden entenderse como esquemas de referencia, mapas mentales de la realidad, instrumentos de investigación o como instrumentos conceptuales que se construyen como ayuda en el estudio y comprensión de la realidad.

Modelo de salud por su parte, se ha denominado:

*...al conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el modelo se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios (MSPAS, 2011 p.10).*

El Consejo Nacional de Salud (1998) por su parte, refiere que el modelo de salud es:

*... un conjunto de elementos y funciones articulados, con estructuras y programas bien definidos, con normas específicas para su funcionamiento y que responde a las necesidades en salud de la población.*

Estos modelos han sido analizados desde diferentes profesiones y a partir diversos enfoques, metodologías, corriente teórica y época en que se han implementado, por ello se presenta una breve reseña de los diferentes modelos desde la visión salubrista.

Dicho enfoque por la relevancia que esta visión tiene en la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención y porque el modelo así planteado, permite formalizar la acción profesional, la cual se da en la relación entre los problemas detectados, los fines y las acciones que el trabajador social considera más adecuadas para contribuir a transformar la realidad, en este caso de salud pública.

En la búsqueda de modelos en salud pública se han encontrado diferentes propuestas, pero uno de los más persistentes hasta nuestros días es el modelo médico hegemónico. Se identifica así al *modelo médico clásico*, su hegemonía y origen data del siglo XVIII, su relación está dada al principio de beneficencia y posteriormente al de bienestar, esto bajo la vía del Estado; ésta intervención asistencial del Estado pretendía –y creo sigue haciéndolo- la legitimación de la clase política. Este propuesta encarna como ninguno del *modelo biologicista*, el cual que privilegia lo biológico frente a los aspectos socioculturales, minimizando estas condiciones y su papel en la generación de la enfermedad y por ende, las respuestas que pueda dar el Estado y la sociedad en este campo (Franco, 2010).

La idea de *modelos sanitaristas y ambientalistas* surgió durante la segunda mitad del siglo XIX, ésta se considera como un gran salto cualitativo en relación al higienismo presente en el mismo siglo, así, aunque se llevaron a cabo diferentes conferencias Mundiales de Salud como la de Oslo (1968), Río de Janeiro (1992), Sundsval (Suecia, 1991), y surgieron los programas de Río de Janeiro y el Protocolo de Kioto en donde se enfatizó el tema ambiental (Franco, 2010), estos no tuvieron gran trascendencia en la implementación de políticas sociales y económicas, mucho menos en la salud de la población.

A finales del siglo XIX, el modelo clásico entra en crisis pero de forma casi inmediata, este se renueva con la presencia del *modelo hospitalario* debido a que se basa en la atención de la enfermedad particular de los individuos y aunque no se le dió aparentemente gran auge, este se establece durante el siglo XX. Así, la hegemonía del modelo clásico hace a un lado una vez más, lo colectivo del higienismo que había surgido en el siglo XIX como un modelo alterno (Franco, 2010).

En el siglo XIX, también a partir de la teoría del germen surgen las prácticas curativas y esencialmente las preventivas (inmunizaciones específicas), estas como parte fundamental del *modelo preventivista epidemiológico*. Esta teoría se hizo presente en gran parte del siglo XX y hace crisis en su segunda mitad, sin embargo, la introducción de la terapéutica a mediados de este último siglo conduce nuevamente a reforzar el modelo médico biologista y medicamento hegemónico (Franco, 2010).

Al final del siglo XX, surge la era genómica y la teoría biomolecular como un refuerzo una vez más al modelo biologista, “simultáneamente surge el llamado de atención sobre las nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas que afloran en el terreno de la salud derivadas de la genética y la micro-medicina, responsables ellas de cambios importantes sobre la causalidad de la enfermedad y por ende, en las soluciones prácticas” (Franco, 2010 s/p.).

Según Franco (2010), en este ciclo oscilatorio de teorías y modelos relacionados con los sistemas y modelos de salud, actualmente se ven fortalecidos con las nuevas estrategias planteadas a nivel internacional basadas en la atención primaria en salud y en específico por la promoción de la salud (Alma Ata, 1978), esto a partir de la propuesta del diseño de políticas públicas y estilos de vida saludables, y por la inclusión de la participación ciudadana en salud (Ottawa, 1984), así como, por el reconocimiento sobre la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población (Adelaida, 1988).

Las acciones de salud a partir de esto, buscan romper con la visión médico biologicista y la preventivista epidemiológica, es decir, se pretende a partir de las nuevas prácticas de salud llevar a una “*nueva salud pública*” basada en la atención primaria a la salud.

Dentro de esta nueva salud pública, la promoción de la salud se erige como su principal pilar al retomar los planteamientos de ciudades y espacios saludables, de la promoción de políticas públicas sanas, actividades comunitarias y proyectos intersectoriales con un enfoque centrado en el desarrollo local; acciones todas en las que el trabajador social una vez más, puede ser el profesional de salud que promueva, coordine y controle dichos trabajos desde los diferentes ámbitos de influencia que tienen los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Lo anterior también, es apoyado por los nuevos enfoques integrales y holísticos de salud planteados en donde se busca incidir en el cambio del paradigma médico hegemónico a partir de reconocer que la atención a la salud necesita de la participación inter y multidisciplinaria y con un verdadero enfoque social.

Así, las ciencias de la salud han sufrido transformaciones importantes con la integración de campos disciplinarios de salud, los cuales según Entralgo (1961, citado por Samaja, 2004), tienen que ver con:

- a) El hombre sano y la naturaleza humana
- b) El hombre enfermo y la naturaleza de la enfermedad
- c) La curación o la acción terapéutica
- d) La higiene o la preservación de la salud
- e) La relación de las prácticas médicas como parte de las prácticas sociales y del Estado y/o
- f) De la medicina como profesión (Samaja, J., 2004 p.31).

Bajo estas premisas se sustenta la necesidad de abrir el abordaje de la salud a la interdisciplina, multidisciplinaria y transdisciplinaria, y por ende, la necesidad de incluir -estructural y funcionalmente- al trabajador social como parte de los equipos de salud, y se asegure el desempeño de una práctica profesional con enfoque social, esto

con el fin de contribuir desde estos campos disciplinares, en la preservación de la salud de la población.

El trabajador social con el desarrollo de su práctica profesional dentro del primer nivel de atención, debe entonces, asegurar y posicionar a la salud como un derecho y fortalecer a través del empoderamiento de los ciudadanos el ejercicio pleno de este; todo ello a través de la organización, la gestión y la participación social en salud, funciones con las que puede ayudar a operar la nueva salud pública.

## **2.4 Trabajo Social en la salud pública, una acción social**

Trabajador Social es una profesión de las ciencias sociales que con su práctica profesional busca contribuir al bien común, dicho fin como se ha referido, tiene una estrecha relación con la salud y su enfoque holístico, es decir, esta no solo dirigida al individuo, sino también con los colectivos y con el entorno en beneficio de su calidad de vida; en otras palabras, puede y debe hacer salud pública.

### *Antecedentes de Trabajo Social*

Los seres humanos como entes sociales, desde el inicio de su integración como colectivos ha desarrollado diferentes formas de ayuda hacia el otro, estas transformándose cada vez hasta lograr servicios profesionales como el del trabajador social.

Como profesión, Trabajo Social tiene su antecedente en prácticas no profesionales, nos referimos a la caridad (hacer el bien por amor a dios) y la filantropía (hacer el bien por amor al hombre), las cuales son parte de la beneficencia que a su vez implica, *hacer el bien*. En el desarrollo de dichas prácticas, surge un intermediario entre los obstáculos de la población con necesidades y los entes sociales encargados de satisfacerles; es un sujeto con voluntad para participar en esta respuesta ya sea como parte de un acto divino o terrenal. Así, la especificidad del trabajador social nace a la luz de este proceso de relaciones sociales, específicamente en *la interacción que se da entre los*



*portadores de necesidades y/o problemas sociales y los portadores de satisfactores para esas necesidades sociales* (García, 1991).

Durante el siglo XIX y como parte de la institucionalización, en Europa y Estados Unidos, la beneficencia empieza a darse en otras condiciones. Esta como forma de especialización hacia los indigentes de la industrialización dando como resultado, el inicio de la ayuda a través de las Organizaciones de las Sociedades de la Caridad, los Movimientos de Reforma Social y la incipiente acción del Estado; en cada una de ellas, el trabajador social tenía una acción y significación específica de su desempeño profesional (García, 1991).

Así y como un saber socialmente especializado, García Salord (1991 p.30), refiere que Trabajo Social nace a principios del siglo XX a partir de tres aspectos:

- La institucionalización de la asistencia privada que aporta un saber práctico.
- La ampliación de las funciones del Estado, y que aporta un espacio laboral y legitima la intermediación a partir de un trabajo asalariado, desarrollando una nueva profesión que colabora en la sustentación del poder. y
- El desarrollo de las ciencias sociales que genera un campo diversificado de argumentación teórica y de herramientas metodológicas... que dan a la profesión la posibilidad de constituirse como un campo especializado.

En el siglo XXI, el recrudescimiento del capitalismo y los procesos de globalización han incrementado de manera importante cambios en la vida de las sociedades contemporáneas tanto positivos como negativos, estos a su vez, han provocado desajustes y mayores necesidades sociales (Bibliomed, 2014). Un balance general muestra que son más los aspectos negativos generados, en especial por la agudización en ciertas regiones y/o grupos sociales que ya presentaban algún tipo de problema o necesidad, en consecuencia, el incremento de la inequidad e injusticia social.

Es en estos procesos sociales contemporáneos en donde Trabajo Social como profesión del área social encuentra la vinculación y los motivos para desempeñar actualmente su práctica profesional, esta como una acción social.

Trabajo Social según la Federación Internacional de Trabajo Social “FITS” (2000), se define como:

*La profesión que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.*

Son varios los objetivos que tiene la profesión, aunque destaca el planteamiento de García Salord (1991, referido en Escobar s/f), quien refiere que el trabajador social debe:

*contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades, priorizando aquellas situaciones que reflejan una mayor carencia de recursos personales, sociales o económicos; promoviendo el pleno desarrollo de las capacidades de las personas para conseguir un mayor bienestar social.*

Para lograr lo anterior, y a partir de considerar las características del objeto de intervención, Trabajo Social tiene definidas funciones básicas, como:

- La investigación social
- La gestión social
- La educación social
- La organización social
- La capacitación social
- La administración

A partir de estas funciones, el trabajador social busca la promoción de un desarrollo social incluyente, esto en el reconocimiento que sólo con y a través de la participación de la población, es que se logrará mejorar sus condiciones de vida. (Galeana, 2004)

Dentro de los grandes debates que han existido en la historia de Trabajo Social, como ya se ha referido se encuentra el tema de la especificidad, y si bien es cierto que existen diferentes posturas e incluso controversias sobre lo mismo, aquí se tomará como punto de referencia lo que plantea García Salord (1991 pp.19-20), para quién la práctica profesional de Trabajo Social se sustenta entre otras cosas, en tres aspectos nodales:

- a) Los sujetos sociales
- b) El objeto de intervención
- c) Marco de referencia

*Los sujetos sociales*, son aquellos sujetos con los que el trabajador social realiza su práctica profesional; esta puede ser desempeñada de forma individual, con grupos o colectivos y con la sociedad.

*El objeto de intervención*, la autora refiere que este es el terreno de los obstáculos que se presentan en la producción y reproducción social, estos como resultado de las interacciones sociales y vinculadas a las condiciones de vida cotidiana de la población, es decir, son los problemas relacionados con la vivienda, educación, alimentación, recreación, trabajo, salud, entre otros.

*El marco de referencia*, este punto según García Salor (1991), es lo que debe sustentar teórica y metodológicamente la intervención o práctica profesional del Trabajo Social, refiere que incluye tres elementos: los objetivos, la función social y los procedimientos metodológicos.

Sobre los objetivos, dice que la práctica profesional de Trabajo Social responde básicamente a dos tipos: uno que tiene que ver con aspectos externos, es decir, los objetivos institucionales y de las políticas sociales; y el otro tipo de objetivos es el que corresponde a los propósitos mismos de la profesión, en esto incluye la metodología que aplica el trabajador social en su intervención.

En relación a la función social, la autora manifiesta que esta hace referencia al impacto de la práctica profesional en las relaciones sociales involucradas en el

objeto de intervención, es decir, es el logro obtenido con la acción profesional, el cual puede provocar a su vez, la solución o la redefinición de la problemática del usuario o derechohabiente.

Sobre la matriz metodológica diseñada para la práctica profesional de Trabajo Social –tercer elemento que incluye el marco de referencia-, la autora dice que el proceso independientemente de que se realice a nivel individual, grupal o colectivo, incluye las siguientes etapas:

- *La investigación*, busca conocer el problema en el que se pretende intervenir; la orientación del proceso de investigación depende de la corriente de pensamiento en la que se inscribe cada propuesta.
- *El diagnóstico*, identifica las características particulares del problema y la valoración sobre cual tipo de acción profesional es la más adecuada para el problema.
- *La planificación*, esta etapa tiene como propósito ordenar y organizar el tratamiento del problema, estableciendo objetivos y estrategias, seleccionando actividades, recursos y tiempos lo más adecuado posible al problema.
- *La ejecución*, implica la puesta en práctica del proyecto elaborado con la información y/o acciones previas a esta.
- *La evaluación* es una acción permanente, es decir, se plantea desde el inicio de todo el proceso de intervención; se dirige a valorar todo el proceso y generalmente se reduce a la confrontación de los objetivos planteados con los productos logrados (García, 1991 p.51).

Por su parte Galeana (2004), plantea la necesidad de agregar a estas etapas la *sistematización*, esta como una reflexión sobre el hecho y vida cotidiana, así como, sobre la práctica profesional desarrollada. Lo anterior, ante la necesidad de retroalimentar y enriquecer tanto a la organización en donde se realizan la práctica profesional, como al mismo trabajador social para mejorar su desarrollo profesional.

Dentro del enfoque metodológico, no se puede dejar de mencionar lo que se conoce como *los métodos de trabajo social*, los cuales se clasifican en métodos

tradicionales (caso, grupo y comunidad), método único, método básico e integrado. Aunque es claro que existen diversos documentos y autores que los han abordado, aquí solo se hará una breve descripción de cada uno de ellos en base a la revisión hecha por Barreto, Benavides, Garavito y Gordillo (2003).

*El método de caso* es el más antiguo, surge como tal en Estados Unidos en la década de los 20s del siglo pasado dentro del área de la salud y tiene un sustento teórico básicamente psico-conductista y sistémico; se le ha definido por Richmond (1917 p.67, referido por Barreto, et al, 2003 pp.113-114), como:

*El conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consiente e individualmente al hombre a su medio social.*

Más recientemente, y aunque no es el único autor que le ha conceptualizado, Moix (1991 p.313), dice que es:

*Un método de ayuda basado en un cuerpo de conocimientos, en la comprensión del cliente y de sus problemas, y en el empleo de técnicas aplicadas que trata de ayudar a la gente a ayudarse a sí misma.*

Este método opera a través de diferentes modelos como son el clínico-normativo y el modelo de crisis; recientemente se ha impulsado además tanto el modelo socio-conductista y el de comunicación-interacción. Hay diferentes planteamientos sobre las etapas o momentos de este método, en su mayoría coinciden con las cuatro que planteó Mary Richmond y son: Estudio, Diagnóstico, Pronóstico y Plan de tratamiento (Barreto, et al, 2003).

*El método de grupo* surgió a partir de los movimientos de educación informal, recreación y trabajo con los jóvenes en Inglaterra, aunque como método profesional se da a finales de la década de los 20s y mediados de los 30s del siglo XX. Se sustenta teóricamente en la psicología dinámica, terapéutica y en la psicología social. Barreto et al (2003 pp. 127-128), se le definió en por varios autores y momentos como:

*Un proceso psicosocial que atañe tanto al desarrollo de la habilidad para ser cabeza o líder con capacidad de cooperación (Hamilton, 1960 p.18),*

*Un proceso socioeducativo que desarrolla la personalidad y la adaptación social de los individuos, a través de asociaciones voluntarias que tienen un objetivo establecido y motivado por los participantes (Kisnerman s/f p.37),*

*Un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social (Contreras, 1979 p.9).*

El método ha pasado por varias etapas que van desde lo paliativo, lo recreativo, lo terapéutico, hasta concebirse ahora desde la promoción. Como todo proceso, incluye cuatro etapas: Estudio y Diagnóstico de la realidad, Programación de proyectos y actividades a realizar, Realización de lo programado y Evaluación de lo realizado. Las etapas básicas del trabajo con grupo son: Formación, Organización y la Integración. En Trabajo Social los grupos pueden estar orientados hacia la rehabilitación o tratamiento, hacia la participación social o descentralizada, o hacia la socialización o al desarrollo (Barreto, et al, 2003).

El *método de comunidad* surgió desde finales del siglo antepasado con ideas filantrópicas, sin embargo después de varias décadas y modificaciones, el desarrollo de la comunidad tiene auge en Estado Unidos en las décadas de los 30s y 40 del siglo pasado. Como método se materializa en 1960 con la “Federación fondos y consejos de la comunidad unidos” organización fomentada por las agencias filantrópicas. Este tiene influencia de la sociología, de la antropología, de la psicología social y de la pedagogía. Sobre su concepto, puede encontrarse como desarrollo u organización de la comunidad de forma indistinta. Según Bonfiglio (1982 p.40 citado en Barreto et. al.2003 p.146), la Organización de Naciones Unidas (ONU) planteó que el método de desarrollo de la comunidad se debía concebir como:

*... aquellos procesos en cuya virtud de los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de la*

*comunidad; integrar estas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional.*

Por su parte Ander Egg (1997 p.85 en Barreto et. al.2003 p.143), refiere que la “Organización de la comunidad designa aquella fase de la organización social que constituye un esfuerzo consciente de parte de la comunidad para controlar sus problemas y lograr mejores servicios de especialistas y organizaciones”. El Desarrollo de la comunidad: es otra línea de desarrollo práctico, metodológico y conceptual que desemboca y confluye como elemento subyacente del trabajo social comunitario. El mismo autor dice que la práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta en algunos aspectos, es casi tan vieja como la misma humanidad (Ander-Egg, E., 1997 p.94).

Como método incluye las siguientes etapas: Estudio de la comunidad, Planteamientos, Ejecución y Evaluación (González, 1963 pp.7-14); Ander-Egg años después modifica su planteamiento inicial sobre este método y replantea los pasos para quedar como: Estudio y Diagnóstico de la realidad, Programación de proyectos y actividades a realizar, Realización de lo programado y Evaluación de lo realizado (Barreto, et al, 2003 pp.144, 148).

En la década de los 60s, como consecuencia de la situación económica, política y social de crisis en América Latina y la idea de reformular la práctica de Trabajo Social, surge la propuesta de modificar estos métodos, y se plantea el método integrado, el básico y el método único.

*El método integrado* aparece en Puerto Rico a partir del surgimiento del trabajador social polivalente, se establece el uso simultáneo del caso, grupo y comunidad en un solo método. Este método consta de cuatro etapas: Estudio, Diagnóstico, Ejecución (tratamiento) y Evaluación (Barreto, *et al*, 2003).

*El método básico* se oficializa en 1969 en Chile, este método al igual que el anterior, busca la integración de los métodos de caso, grupo y comunidad en un método denominado básico, esto a partir de los aportes de Freire. Su marco de referencia se centra en la definición filosófica, el estudio de valores, la ideología y

la realidad social de Chile en ese momento histórico. Como método plantea las siguientes etapas: Investigación u observación significativa, Interpretación diagnóstica, Planificación o programación, Ejecución y Evaluación (Barreto, *et al*, 2003).

El *método único* nace también en Chile y se caracteriza por su complejidad en la dimensión operativa. Como una propuesta diferente al modelo funcionalista, este método se basa en la concientización, el cambio social, la promoción social, la asistencia y la prevención social. Este método se basa en cuatro funciones principales, a cada una de las cuales corresponde un proceso metodológico específico: Educación social, Investigación social, Planificación social, y la función Asistencial. Este se considera como el método menos difundido entre los trabajadores sociales debido a la dificultad en su operación (Barreto, *et al*, 2003).

Por otro lado y dentro de una postura contemporánea, es importante retomar los tres niveles que Netto (2004), ha planteado en cuanto a la calificación o competencias para el desempeño profesional del trabajador social; para el autor, este debe contar con referentes teóricos que le permitan observar la realidad y construir su práctica profesional en base a ella; contar con competencias para desarrollar su práctica, es decir, tener capacidades operativas y técnicas; y como tercer punto, el profesional debe tener competencias políticas las cuales le permitan vislumbrar la visión de sociedad que se plantea, y tomar decisiones sobre hacia y desde donde dirigir su práctica profesional, esto como parte de la acción holística que sugiere una visión sistémica.

En referencia al posicionamiento político del trabajador social, no se puede dejar de mencionar que como sujeto, como profesional y como parte de una organización pública, el trabajador social se asume política e ideológicamente a partir de la situación o realidad en la que se desenvuelve, así, el profesional puede actuar a partir de dos posiciones antagónicas; un actuar para la reproducción de prácticas hegemónicas establecidas por la clase dominante (capitalismo) y en donde la función del profesional está dada para ajustar a los sujetos sociales a las demandas de la organización, -función por cierto que dio origen a la inclusión del



Trabajo Social en las organizaciones públicas-, en palabras de Netto (1992, referido por Romero, 2012 p.21), un profesional domesticado.

O de lo contrario, desarrollar una práctica profesional que rompa con el conservadurismo de dichas prácticas hegemónicas y buscar la resignificación profesional y su acción meramente “educativa”, ampliar sus acciones a fin de lograr una participación activa y decidida de los sujetos sociales en la toma de decisiones; esto implica ver el entramado de su realidad social y hacer un trabajo integral apuntando con todo ello, a mejorar sus condiciones de vida; a partir de este actuar, el autor refiere que es una práctica que define a un profesional que sabe lo que es *ser profesional* y *su deber ser* como trabajador social (Romero, 2012 p.21).

Aunque según Oliva (2000 p.2, citada por Romero 2012), el trabajador social dentro de su práctica profesional no siempre se sitúa de manera pura o permanece en alguna de estas dos posturas, sino por el contrario, generalmente se encuentra entre contradicciones constantes y son las condiciones sociales y el contexto en donde se desenvuelve, lo que le llevan a tomar decisiones cotidianamente sobre el cómo de su desempeño ante los sujetos sociales; este posicionamiento profesional puede ser para fomentar la lucha o transformación de la sociedad, o de sometimiento y control social (Romero, 2012 p.21).

En el campo de la salud, para Romero (2012), la postura política del trabajador social es *burocratizadora*; la práctica profesional busca adaptar a los usuarios de los servicios y contribuye a restringir las decisiones de los sujetos en relación al manejo o control de su condición de salud, con ello, se le limita a su vez a ejercer o hacer efectivo su derecho a la salud.

Esto para la práctica profesional de Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal es fundamental, debido a que el profesional actualmente está inserto en un esquema que reproduce las contradicciones de posicionamiento político descritas, esto a pesar de que la visión y misión de la organización que busca un ejercicio pleno del derecho a la salud por los

ciudadanos de la entidad, y de que la postura debería ser hacia el empoderamiento del usuario o derechohabiente para hacer efectivo ese derecho, en la mayoría de las ocasiones se contribuye a limitar a los sujetos para tomar decisiones y se promueve día con día el seguir instrucciones medicalizadas en el discurso de que es por su salud.

También aunque se refiere la necesidad de trabajar hacia la construcción de ciudadanos y de su empoderamiento para facilitar la toma de decisiones en materia de salud, esto generalmente es negativamente manipulado por el personal de salud (entre ellos el trabajador social); en cambio se promueve y se limita a los participantes a trabajar en la ejecución de acciones y a la sub-evaluación de los procesos de salud.

Es claro que un cambio de posicionamiento ético y político del trabajador social sobre la línea de sujeción que después de 30 años ha tenido dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, sería ir en contra del modelo médico hegemónico y todo lo que ello conlleva dentro de un sistema de salud y sus características hegemónicas, situación que sería ideal; aunque es importante que el profesional reflexione acerca de la misión y visión de su práctica profesional en la salud, de ahí que se considera que Trabajo Social debe retomar su “*ser profesional*” y su “*deber ser*” dentro de una organización de primer nivel de atención para trabajar en *pro* de la salud pública.

### *Trabajo Social y salud pública*

El Trabajo Social como profesión social y con características *siu-generis*, puede desarrollarse en diversos sectores (educación, asistencia social, salud, empresarial, entre otros) y en diferentes organizaciones, ya sea gubernamentales (centralizadas o descentralizadas) y no gubernamentales (de asistencia privada, asociaciones civiles y organizaciones populares) (Galeana, S., 2004).

El área de salud y específicamente dentro de las organizaciones gubernamentales, es donde el trabajador social ha encontrado un enorme y rico

campo para su práctica profesional, de ahí que actualmente exista un elevado número de profesionistas laborando dentro de este sector (casi un 70% de los profesionistas según el Diagnóstico del Campo Profesional realizado en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, 2007), y en los diferentes niveles de atención

Así, la salud es considerada como un área tradicional para Trabajo Social, y Margarita Terán (1989, citada por Galeana 2004 p.148), planteó que es un espacio en donde:

*... se aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, es decir, desde un enfoque biopsicosocial, objetivado en necesidades y problemas sociales pugando por una salud completa de los individuos, por lo que su accionar se orienta a la investigación sociomédica, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad, la gestión y administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas, así como en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.*

Y de acuerdo a Silvia Galeana (2004 p.148), algunas de las funciones que debe desempeñar este profesional dentro de esta área son:

- *La investigación*, sobre los factores sociales, económicos y culturales que inciden en las enfermedades; perfiles de usuarios; elaboración de diagnósticos de salud; identificar causas que originan el desapego al tratamiento médico; investigación evaluativa sobre la calidad de los servicios de salud.
- *La administración*, generar proceso de gerencia y gestión social; coordinación interinstitucional e intersectorial; orientación y asesoría para el uso de los servicios; promover la eficacia y eficiencia de los servicios de salud.
- *La educación social*, diseñar modelos educativos en salud; promover y realizar acciones de capacitación para habilitar a los pacientes en los tratamientos socio – médicos.

- *La asistencia*, valorará el otorgamiento –gratuito o no- de servicios de salud; apoyo en la canalización de pacientes; proveer de servicios de apoyo a los pacientes que lo requieran (en Sánchez, M. Coord., 2004).

Así, y antes de entrar de lleno a la salud pública, es importante retomar por considerarse un aspecto trascendente para la práctica profesional del trabajador social brevemente su antecedente y los debates de la especificidad en lo que a salud se refiere; trascendente es lo que el doctor Rafael Shaffino (1928),<sup>12</sup> planteó desde principios del siglo XIX como argumentos para justificar la inclusión de las visitadoras domiciliarias -a quienes se considera como las antecesoras de Trabajo Social debido a que su labor era hacia *lo social-* y diferenciar su acción de la realizada por las enfermeras, especificando claramente lo siguiente:

*La visitadora social representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe despistar los peligros que a la salud amenazan, para poder evitarlos; la divulgadora de los conceptos higiénicos, a fin de hacer que el organismo resista en mejores condiciones a los ataques de las infecciones y peligros que lo rodean de continuo, a hacer por su prédica que el desgaste por la labor a que está condenado el hombre, sea lo menos dañosa posible; la propulsora de los medios modernos de prevención contra las enfermedades y la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación, en el desarrollo, en la habitación, en los métodos de la vida higiénica”.*

*Las tareas que son asignadas a las visitadoras consisten en la acción de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento, “labor de todos los días y de todas las horas”.*

*El espacio donde dicha labor se debería desarrollar era descrita como muy amplio y abarcaba la escuela, los hogares, las fábricas y “todas las manifestaciones a que el hombre dedica sus actividades, y que entrañan todas, en mayor o menor grado, peligros para la salud del hombre o de la sociedad”. Aclara que la visitadora social*

---

<sup>12</sup> Se retoma todo el texto sobre la inclusión de la visitadora social porque es fundamental para identificar la diferenciación con otro personal de salud que realiza acciones comunitarias como lo es la enfermera. Información obtenida en el Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo 1 No. 3: 340. Enero de 1928 pp.9-47

*debe conocer las tareas de la enfermera pero “debe sobrepasar esos límites de la asistencia con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene”. Agrega la necesidad de que posea “una buena base de conocimientos generales y condiciones de cultura social más completas” que han de hacer posible su ‘acción bienhechora’.*

*La visitadora servirá al médico de precioso auxiliar para obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo, influencia del ambiente sobre la enfermedad y, en general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnóstico o el tratamiento; la visitadora deberá completar la obra médica y del cumplimiento exacto de las prescripciones facultativas... A ella correspondería crear entre el médico y la familia del enfermo un ambiente de absoluta confianza que facilitara la ejecución del tratamiento indicado, así como la obtención de informes precisos y verídicos, a través de una intervención “cariñosa, diligente y hábil, que le permitirán conseguir cosas que parecerían imposibles”. La coloca así como una carrera “especialmente apropiada para la mujer”. Se agrega que la función de estas visitadoras finalmente contribuye al bienestar social (Ortega, 2003 p.48).*

Acciones que por su trascendencia para la profesión, se considera será necesario retomar y adecuarlas a los nuevos contextos sociales y de la propia organización de primer nivel de atención -en este caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal-; área donde básicamente se desarrollan quehaceres o prácticas de salud dirigidas tanto a los individuos como a la sociedad en general y desde diferentes entornos públicos y privados como son la vivienda, la escuela, los parques, los centros de trabajo, entre otros; es decir, se trabaja en salud pública..

La salud pública es una rama de la medicina que ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

*La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad (Cardona, 1998 p.286)*

Existen definiciones, aunque de entre ellas destaca la de Winslow, para quien la salud pública “es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- El saneamiento del medio ambiente
- El control de las enfermedades transmisibles
- La educación sanitaria
- La organización de los servicios médicos y de enfermería
- El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud” (Orozco, 2006 p.13).

También se entiende a esta, como una la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Y dentro de las nuevas tendencias para Terris (1990 referido por Martín 2009), es:

*La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación; así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Martín, 2009 p.19).*

A nivel Latinoamérica Molina (1997, citado en Cardona 1998), le ha conceptualizado como “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud. Es sinónimo de administración sanitaria” (Cardona, 1998 p.286); aspecto central sobre el porqué la relevancia de la salud pública y la administración del servicio de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud.

La salud pública surgió con las primeras civilizaciones, pero se reconoce como profesión a mediados del siglo XIX; sus acciones tienen un sustento teórico y práctico a partir de las siguientes premisas:

1. el estudio de los fenómenos colectivos de enfermedad es un medio eficaz para dar cuenta de la evolución general de la salud;
2. es posible explicar con un alto grado de precisión el origen de los riesgos diferenciales de enfermar y morir entre los distintos grupos humanos; y
3. los países tienen la capacidad y la responsabilidad de garantizar la conservación de la salud de la población mediante intervenciones desarrolladas desde el Estado (López, Puentes y López, 2010 pp.19-27).

Para lo anterior, la salud pública hace uso de conocimientos sobre todas las facetas de la existencia humana, sobre las características personales de orden biológico y sobre las dimensiones sociales más generales como la cultura, la organización política y la estructura económica; áreas en que se encuentran inmersos los seres humanos (López, Puentes y López, 2010), y en las que el trabajador social ha mostrado que puede incidir positivamente con algunas de sus funciones profesionales, esto debido a que la mayoría empatan con las denominadas funciones esenciales de la salud pública.

De acuerdo a la OMS y OPS (2000), las *Funciones Esenciales de Salud Pública* (FESP) deben estar encaminadas a promover las competencias y las acciones necesarias para alcanzar el objetivo central de la salud pública, es decir, “mejorar la salud de las poblaciones”, y son:

1. El monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población
2. La vigilancia, la investigación y el control de riesgos y amenazas para la salud pública
3. La promoción de la salud
4. El aseguramiento de la participación social en salud
5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública

6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos
9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud
10. La investigación en la salud pública
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública

Por lo anterior, los servicios de salud pública en cualquier país se consideran como un elemento esencial de los sistemas de salud debido a que sus acciones consisten en la aplicación de esfuerzos colectivamente organizados y que se despliegan con el objetivo de prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud, por ende, pretenden buscar el bienestar de la población; esto implica además, dejar de lado el aspecto individualista de la salud (López, Puentes y López, 2010).

Asimismo, para promover el bienestar de la población es necesario retomar lo que desde hace siglos atrás Virchow planteaba sobre que la salud y las prácticas de atención médica son intervenciones sociales, y que los cambios políticos, sociales y económicos por ende, tienen que considerarse dentro de la salud pública (Navarro s/f), visión que de acuerdo al enfoque social y de derechos que plantea el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, debe considerarse en la operación de los servicios de salud pública.

Lo expuesto, refuerza la idea de que “la salud pública es una especialidad no clínica de la medicina que está enfocada en la promoción, prevención e intervención de la salud, desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva, ya sea a nivel comunitario, regional, nacional o internacional; no centrada en el individuo, sino en el colectivo; y debido a la amplitud de sus funciones, en la salud pública confluyen múltiples disciplinas orientadas a la administración del sistema



sanitario” (En <http://www.significados.com/salud-publica/>), entre ellas Trabajo Social.

“En México, el organismo estatal encargado de la administración de la salud pública es la Secretaría de Salud, dentro de sus funciones esta la creación de políticas públicas en materia de salud, coordinación de programas de salud, administración del Sistema Nacional de Salud, prevención, control y erradicación de enfermedades, creación de establecimientos de asistencia pública, elaboración de campañas educativas, y en general, velar por la calidad del sistema sanitario, el derecho y el acceso a los servicios de salud, el bienestar colectivo y la calidad de vida” (En <http://www.significados.com/salud-publica/>).

Aunque la mayoría de las acciones de salud pública se llevan a cabo desde los mismos servicios de salud -en donde son diseñadas, operadas y evaluadas-, por su propia naturaleza, algunas otras actividades deben ser desarrolladas por otros sectores ya que involucran decisiones de otros campos y competencias como lo es la educación, vivienda, trabajo, ecología o la industria (López, Puentes y López, 2010), de ahí la relevancia de un trabajo intersectorial y por ende, multidisciplinario. Al respecto, Abreu (2009), cuando describe la intervención de Trabajo Social sanitario en Atención Primaria, destaca su participación en una serie de acciones que actualmente se observan englobadas dentro de la estrategia de promoción de la salud (políticas públicas saludables, participación comunitaria, desarrollo de competencias en salud, entornos saludables y reorientación de los servicios de salud hacia lo social); estrategia central para la salud pública.

En una breve reseña sobre la incorporación del trabajador social en el área sanitaria o de salud, diremos que se esta se remonta al siglo diecinueve a partir del reconocimiento de la relación entre la enfermedad y la desigualdad económica y por ende, de bienestar, así, surge la salud pública y la medicina social. Pero es hasta principios del siglo veinte en que los ingleses retoman el enfoque holístico de la existencia y con ello la visión de la promoción de la salud como eje del modelo de atención a la salud (y que se conoce hasta nuestros días). Bajo este

mismo esquema, en Estados Unidos nacen las primeras clínicas de atención higiénica o centros de salud, modelo que se extenderá posteriormente a nuestro país (Abreu, 2009).

Es el año de 1905 en que se dice nace oficialmente el Trabajo Social sanitario, época en donde se reconoce desde un enfoque teórico de la medicina (social), la influencia de los factores sociales en el proceso salud-enfermedad y la necesidad de un abordaje multidisciplinario; así, desde este nuevo paradigma se incorpora al profesional para contribuir en la atención integral de la población, y básicamente con una intervención no solo desde la concepción asistencial, sino desde lo social (Abreu, 2009).

En los años 60s y 70s del siglo pasado, como resultado de diversos movimientos sociales en contra del capitalismo, “surge el paradigma ecológico-biológico-social, el cual promueve la justicia social y el cambio hacia una sociedad más igualitaria”; el cual se retoma por la OMS en la Conferencia de Alma Ata (1978), dando un nuevo valor a la salud; esta da lugar a la incorporación de los trabajadores sociales en los centros de salud, profesional idóneo para abordar los aspectos sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad (Abreu, 2009 p.72).

A partir de esto, es que se plantea que los aspectos de promoción de la salud (educación en salud, trabajo intersectorial y de participación social y comunitaria), pueden y deben ser liderados por el trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, esto en el tenor de la relación que existe con las funciones de la profesión entre las que se encuentra la educación social, la gestión social, la participación social, la organización social y la coordinación intersectorial e interinstitucional, las cuales aplica en y con beneficio de los sujetos sociales, ya sea individuales o colectivos.

De acuerdo a algunas de las experiencias recientes en Latinoamérica sobre la práctica profesional del trabajador social en las organizaciones gubernamentales de salud, el Trabajo Social contemporáneo tiene como propósito:

*... contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, esto a través de las acciones de promoción, prevención y atención a la salud (Bibliomed, 2014).*

Así, se plantea que desde la promoción de la salud -esencial para la salud pública-, la función del trabajador social es básicamente promocional y de desarrollo social, ya que pretende potenciar las habilidades y/o competencias de los recursos comunitarios y optimizar la utilización de los recursos institucionales para una mejor respuesta a las necesidades humanas y sociales (Bibliomed, 2014).

En relación a las acciones preventivas, refieren que estas las desarrolla el trabajador social cuando actúa sobre las causas de determinados problemas sociales o cuando organiza programas de atención, dirigidos a grupos de población más vulnerables o que se hallan en situación de riesgo (Bibliomed, 2014).

El trabajador social también “ejerce una función de atención a personas, familias o grupos que se encuentran en situaciones de crisis y que requieren de una respuesta inmediata, o bien en situaciones de carencia, que necesitan una asistencia social planificada para superar sus dificultades; y atiende también problemas específicos que tienen una dimensión colectiva” (Bibliomed, 2014).

Lo anterior de forma general, muestra grandes coincidencias con lo que se plantea como misión de Trabajo Social y el desarrollo de su práctica profesional dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, organismo público que tiene a su cargo trabajar en la salud de la población residente en una de las entidades más grandes y complejas del mundo, el Distrito Federal.

Aquí además, se retoma por coincidir con él, el planteamiento de Sobremonte (2008, referido en Abreu 2009 p.71), en relación al desconocimiento que persiste sobre la importancia de la participación del trabajador social en la salud pública, tanto por la organización de salud como por el demás personal del equipo de salud, lo que está favoreciendo un discurso contradictorio en relación a la atención

de lo social, es decir, se intenta reducir la intervención social del profesional a la mera gestión de recursos (acciones administrativas), y por ende, erróneo al referir que dicha acción la puede realizar algún otro miembro del personal de salud desplazando a su vez, la necesidad de incorporación de trabajadores social en estos equipos de salud; profesionales que han sido parte de los equipos multidisciplinarios y que tienen como misión, abordar los aspectos sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad; riesgo que se identifica latente dentro del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal y en especial, para su primer nivel de atención a la salud.

En México -al igual que en la mayor parte del mundo- a pesar de los logros obtenidos en esta materia de salud pública durante el siglo XX, como el incremento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad materna y la erradicación de algunos padecimientos transmisibles, según el Observatorio de Salud Pública (2010), los resultados son malos, esto lo evidencian las ineficientes condiciones sanitarias de la población, las mayores condiciones de inequidad y las desigualdades en la atención médica, por ello se plantea la necesidad de fortalecer las acciones de cobertura, equidad, exhaustividad e inclusividad (UAM-X, 2011).

Es de resaltar, que dentro del análisis realizado por el Observatorio de Salud Pública (UAM-X 2010 pp.14-16), otros de los elementos que han incidido en estos malos resultados son:

- a) Que la salud pública está muy influida por la concepción biomédica de la salud y en los diferentes niveles de atención;
- b) Se privilegian las acciones individualizadas como la vacunación a diferencia de las colectivas; existe una estructura lineal de los programas de salud; el desarrollo en materia de regulación sanitaria es desigual;
- c) El financiamiento es insuficiente para la salud pública ya que la mayor parte del gasto se dedica a la atención médica curativa, entre otros.

Ante esto, la salud se convierte en un verdadero reto social para el país, por ello refieren, si se desea incidir positivamente en las condiciones de salud de la

población como lo plantea la esencia de la salud pública, es necesario asegurar un sistema de salud pública más *oportuno, pertinente, suficiente y efectivo* (UAM-X, 2011), y con una visión verdaderamente social.

Resulta imprescindible entonces, reestructurar en lo local las acciones que fueron definidas desde la estrategia de promoción y prevención para una mejor salud 2007-2012; estas se plantean como anticipatorias a nivel individual, familiar y comunitario, las cuales pretenden mejorar las condiciones de salud de la población como lo establecen las funciones de la salud pública

En base a este contexto, el trabajador social desde el enfoque social en la salud, debe dirigir su intervención en lo clínico pero a su vez, en lo socio-epidemiológico y retroalimentarse de ambos procesos; en palabras de Ituarte (2009 p.9), lograr “la comprensión de la realidad psicosocial como lugar de encuentro entre la persona y su contexto, y como marco en el que se producen los conflictos psicosociales y el malestar psicosocial”.

Trabajo Social una vez más, se encuentra ante la oportunidad de ser el profesional que por su formación y herramientas metodológicas puede favorecer los planteamientos estratégicos de la salud pública, y en específico los de la promoción de la salud, es decir, promover la inclusión de la salud en todas las políticas, trabajar de forma intersectorial y en la educación en salud; fundamentalmente hacerlo bajo los principios de los derechos humanos.

Otro de los argumentos que apoya lo anterior, es que el profesional a través de su práctica profesional vista como una acción social, puede contribuir al análisis la realidad social en el contexto en la que esta se presenta, lo que le permite aportar elementos desde la visión social para el planteamiento de estrategias que busquen mejorar las condiciones de salud de la población, y replantear por ende, el liderazgo en esta área de trabajo en promoción de la salud dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a su vez, ir modificando la “invisibilidad” que se está presentando con el profesional dentro de la organización y los demás integrantes del equipo de salud, pero fundamentalmente ante los

problemas sociales que presentan los usuarios de los servicios en el primer nivel de atención, situación que coincide con los planteamientos de Ituarte (2009).

### *La práctica profesional de Trabajo Social, una acción social*

Antes de desarrollar este apartado, es importante comentar el por qué tomar el concepto de práctica profesional y no praxis como variable central del presente trabajo de investigación.

Según la raíz etimológica de praxis, esta hace referencia a lo práctico (En <http://etimologias.dechile.net/?praxis>); aunque se establece una marcada diferencia con la práctica; así, esta última ahora se usa más para describir a lo utilitario u operativo.

La praxis por su parte, y de acuerdo al marxismo -corriente en donde principalmente se considera surge el concepto- es más compleja ya que se relaciona con el concepto de *práctica social consciente*, la cual retoma niveles teórico-filosóficos, teórico-económico, teórico-político. Se considera entonces que, la praxis es una acción que se encamina hacia una transformación profunda... se dice también, que la praxis es la parte teórica y filosófica de la práctica (Bermudo, J.M., s/f).

Desde otro enfoque, la praxis se aproxima a los aspectos asociados a la metafísica... “es decir, a un subjetivismo radical, a un humanismo metafísico y a un idealismo absoluto” (Bueno, G., 1975 p.13). Actualmente, el concepto de praxis aborda básicamente los contextos sociocultural y simbólico más que lo operativo.

Esta a su vez, “es entre personas para satisfacer o no sus necesidades, tanto materiales como espirituales” (Romero, Tobos, Jinete, y Lindo, 2006 p.2), es decir, hace referencia a una intervención directa, la cual en este momento y para este trabajo no es considerada como tal, debido a que el enfoque es básicamente de una acción indirecta o de administración del servicio.

Ante este breve planteamiento conceptual, el presente trabajo de investigación como ha sido diseñado, no permitiría abordar y cumplir con el conocimiento de esa parte de la conciencia sobre el actuar del trabajador social ni con los diferentes niveles de análisis que requiere la praxis, esto porque solo es una aproximación en la que se busca dar cuenta del cómo es que se están dando las acciones operativas que el profesional desempeña y que al ser expuestas o referidas no requiere de una reflexión sobre la intención o la postura ideológica y política que está implícita con cada una de ellas, no porque no sea importante, sino porque el trabajo en su planteamiento no tiene ese fin.

Es claro que después de esta aproximación y los resultados que de ella emanen, se podría continuar con la indagación sobre estos aspectos más subjetivos de la práctica profesional de trabajador social en la salud pública y propiamente de su intervención ya ante los sujetos sociales, esto en el reconocimiento de que esa parte también puede contribuir de forma significativa en la transformación de los aspectos sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, y aportar para un mejor desarrollo humano y social; así entonces, es bajo este planteamiento que se decidió abordar como variable central *la práctica profesional* de Trabajo Social en el primer nivel de atención y no praxis, y específicamente desde una visión de administración para mejorar la calidad del servicio dentro de una organización de salud pública.

La práctica como la actividad visible-material de las personas tiene que ver con la noción de algo que se realiza, que se lleva a cabo y que requiere determinado conocimiento o constancia para que los resultados sean los esperados (En <http://www.definicionabc.com/general/practica.php>).

Aunque toda práctica humana se dice es una acción social... cuando se habla de práctica y se conjuga con lo social, se alude por excelencia a “la acción que se orienta a una transformación como ser social y que conduce al cambio de sus relaciones económicas, culturales y sociales”. Se considera también a esta como una actividad transformadora del hombre y de la sociedad, y que responde siempre a ciertas necesidades (Miranda, P., 2011 p.41), o fines que desde su

esencia tienen estrecha relación con lo que busca el trabajador social al desempeñarse profesionalmente.

La práctica profesional por su parte, se entiende como:

*...un vínculo bidireccional en el que teoría y práctica que se asimilan mutuamente, concretándose y dando lugar a un nuevo sentido y significado de la realidad social y profesional, esta abarca una experiencia multidimensional centrada en el “conocer en la práctica”; ...es un aprendizaje en función de una interacción entre la experiencia y la competencia (Universidad Pedagógica Nacional, 2002).*

Y desde el Trabajo Social, la práctica profesional ha sido conceptualizada como:

*...el conjunto de actuaciones de los actores sociales con que se pretende satisfacer, de manera directa o indirecta, las necesidades de los sujetos sociales, e implican acciones operativas (ciclo de tareas secuenciadas orientadas por un sentido, que genera efectos en los actores e impacto en el medio social y natural), de actitud (posiciones personales ante lo que hagan o digan otros) y de comportamiento (reacciones emotivas y formas de movimiento físico del cuerpo) (Romero, et al, 2006 p.2).*

Esta a su vez debe:

*“ser intencionada, es decir, buscar el cumplimiento de determinados objetivos de los tres agentes sociales, utilizando una serie de procedimientos que deben ser seleccionados y organizados de acuerdo a la problemática social que aborda el profesional” (Tobón, Rottier y Manrique, 1983 p.56);*

Es a partir de esa acción intencionada, y en relación al beneficio de los sujetos sociales a los que atiende, que la práctica profesional del trabajador social se concibe como una acción de tipo social.

Según Estrada (2011, p.5), esta práctica es una de las principales fortalezas de la profesión por saber priorizar lo social, acción de la que carecen otras disciplinas sociales que priorizan y continúan priorizando la construcción de un objeto de



conocimiento; así, Trabajo Social a lo largo de su práctica profesional *“ha ido acumulando un saber, un saber-hacer y un deber ser”*.

Si bien es claro que la acción social ha sido analizada por varios teóricos, aquí solo para conceptualizarla y describir algunos de sus antecedentes a partir de un clásico, se retoma el concepto de Weber (1964 pp.15-21), para quién la acción social se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser pasadas, presentes o esperadas como futuras. Para el autor, la *“acción social tiene el sentido que le da el agente en su intención de interaccionar con el otro. Este sentido, además de ser expresión de la voluntariedad del individuo, se entremezcla con creencias, valoraciones, perspectivas y sentimientos”*; aspectos todos que se consideran y se vivencian en la práctica cotidiana del trabajador social dentro del primer nivel de atención a la salud.

Así, por su magnitud y con el propósito de facilitar su comprensión, Weber (1964) divide la acción social en cuatro categorías, que son:

- 1) Racional con arreglo a fines
- 2) Racional con arreglo a valores
- 3) Afectiva
- 4) Tradicional

De estas categorías, sin dejar las demás por completo, es principalmente la primera *“racional con arreglo a fines”*, la que se vincula básicamente con la práctica profesional de Trabajo Social, ya que es un profesional que trabaja para incidir en los problemas que resultan de las carencias sociales que tienen los otros, es decir, los sujetos individuales o colectivos en un momento y en un contexto determinado; así a decir de Tello (2008) el profesional establece su acción o práctica profesional como un proceso racional e intencional que se basa en el conocimiento científico y desde una perspectiva social.

Desde este punto de vista Falck (1990 p.70, citado en Ituarte 2009 p.5), refiere que la relevancia de la práctica de Trabajo Social en salud es porque observa a la enfermedad como un acto social y no biológico; parte de que las enfermedades de

los individuos tienen como la causa y consecuencia el contexto social en el que viven (Ituarte, A. 2009), por tanto, la práctica profesional en la actualidad, debe darse considerando los determinantes sociales de la salud y sin dejar de lado, los valores y ética profesional los cuales tienen también en su esencia, lo social.

Así, la acción social y en este caso la práctica de Trabajo Social, debe entenderse a partir de *categorías* (individuos, sujetos, ciudadanos, instituciones, organización social, movimientos sociales, entre otros), de *metodologías* (desarrollo comunitario, desarrollo humano, investigación-acción, desarrollo local, educación popular, animación sociocultural, entre otras) y de las *teorías* que las sustentan, (estas van desde los enfoques funcionalistas, marxista, constructivismo y actualmente también desde la hermenéutica); esto en el fin de hacer un trabajo verdaderamente sistematizado y con bases científicas, y lo más importante, que responda verdaderamente a los problemas y necesidades actuales de la población.

Finalmente, y en relación a la relevancia de estas prácticas o acciones sociales y el poder que adquieren por el conocimiento que se ejerce con ellas, Foucault (1984) afirma: *“las prácticas sociales conforman dominios del saber, generan objetos de conocimiento, conceptos, técnicas, filosofías y transforman los sujetos de conocimiento”* (Estrada, V.M., 2011 p.5), estos dominios de saber son parte de los retos que tiene en la actualidad el Trabajo Social en general y específicamente, en el área de la salud pública.

Es necesario entonces, replantear estrategias, planes o proyectos de mejora desde la misma organización para trabajar sobre una estructura, un mejor funcionamiento y control del servicio de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, situaciones que ayudarán a mejorar la calidad en la prestación de servicios; aspectos en los que la administración se convierte en una de las funciones y/o estrategias sustantivas. Asimismo, puede servir para el desarrollo de Trabajo Social dentro de nuevas líneas de acción profesional como

la gerencia social en salud o la administración con enfoque social, como lo refiere Evangelista (2012).

## **2.5 La Administración, función sustantiva para Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud**

En un mundo convulso y tan dinámico como el que vivimos actualmente, todo ejercicio profesional - incluido el Trabajo Social- que pretenda analizar la realidad que enfrenta la sociedad, necesita retomar el análisis que plantea la administración.

La Administración dentro de Trabajo Social, se ha desarrollado como una actividad sin valorar la dimensión que esta proporciona a la profesión en general, y en específico al servicio dentro del área de la salud. Lo anterior, en consideración a que la administración posee una gama de herramientas que aplicadas en los sistemas de salud pueden ayudar a éstos a desarrollar una visión de conjunto sobre el sistema, optimizando recursos humanos, técnicos y financieros con el fin de llevar a las organizaciones de salud a un estado de eficiencia y crecimiento paulatino (Pavón y Gogeochea, 2004), siempre en busca de mejorar la calidad de los servicios.

Cordera (1992), -pionero en el diseño de modelos de salud en México- desde varias décadas atrás, manifestó la necesidad imperante de tomar en cuenta a la administración dentro de los servicios de salud ya que consideraba a esta, como fundamental para asegurar la adecuada operación de los mismos, pero también, porque el personal dirigente debe contar con las herramientas y habilidades para manejarlos eficaz y eficientemente.

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal como organismo público descentralizado de la administración federal, es una organización que opera la política social de salud y para implementarla, cuenta con diversos profesionales de salud quienes trabajan de forma coordinada e interdisciplinaria hacia un objetivo común, es decir, brindar servicios de salud; esta es una de las premisas que da

pie a retomar la teoría situacional de las organizaciones, teoría de la administración que según Cordera (1992), debe ser considerada para cualquier intervención que se dé en el área de la salud, esto si se quiere cumplir con criterios de científicidad en el diseño de sistemas y modelos de salud.

### *Teoría Situacional*

La teoría situacional surge a partir del análisis de las organizaciones y se basa en la teoría de los sistemas, se presenta como un modelo conceptual que permite efectuar simultáneamente el análisis y la síntesis de la organización en un ambiente complejo y dinámico; así, las partes de la organización se plantean como subsistemas interrelacionados dentro de un macro-sistema (Chiavenato, 2006).

La teoría situacional nace de diversas investigaciones en las que se buscó verificar cuales eran las estructuras organizacionales más eficaces en determinados tipos de empresas; para esta teoría, nada es absoluto, todo es relativo y se depende de diversos factores externos (Chiavenato, 2006).

Para el autor, la teoría tiene como premisas que: a) toda organización es de naturaleza sistémica (es sistema abierto), b) que las características de la organización presentan interacción entre sí y con el ambiente, y c) que los aspectos ambientales son independientes, mientras que los organizacionales son interdependientes.

Para Chiavenato (2006), toda organización se constituye de diversos elementos, los cuales se clasifican en básicos y de trabajo

1. Elementos básicos, esto se refiere a las personas cuyas interacciones conforman la organización, las interacciones pueden ser: Individuales; entre individuos y la organización; entre la organización y otras organizaciones; entre la organización y el ambiente externo.
2. Elementos de trabajo, son los recursos que utilizan para el funcionamiento de la organización, esto son humanos, no humanos y conceptuales.

Y el análisis de los recursos humanos específicamente desde el enfoque sistémico, se da a su vez a partir de tres niveles:

- a) *Nivel Social*, la sociedad como macro-sistema, muestra lo complejo e intrínseco de la organización y la trama de interacciones entre ellas
- b) *Nivel de comportamiento organizacional*, es decir, se observa a la organización como sistema, y
- c) *Nivel de comportamiento individual*, este ve al individuo como un microsistema.

La teoría situacional busca analizar las interrelaciones entre los subsistemas, así como, las dadas entre la organización y los factores externos. Esta plantea que los cambios deben ser planeados y presentarse a diferente velocidad en las organizaciones; los diferentes ambientes obligan a las empresas a adoptar nuevas estrategias y estas a su vez, exigen cambios en las estructuras organizacionales; así, los aspectos normativos y organizacionales deben sustituirse constantemente por criterios de ajuste entre la organización, el ambiente y la tecnología (Chiavenato, 2006).

Es a partir de estos planteamientos que la salud vista como derechos social e indicador para el Desarrollo Humano, coloca a la administración y su vocación de servicio dentro de la Salud Pública del Distrito Federal, como un punto focal y como proceso(s) transversal(es), para asegurar su operación en los diferentes niveles del sistema y en los servicios que le integran; entre los que se encuentra Trabajo Social.

Asimismo, se toma como referencias importantes los planteamientos de autoras(es) como Robertis et al. (1981), y Evangelista (2012), quienes han entendido y descrito en diferentes momentos y contextos sociales la importancia de la administración para el trabajador social, esto debido a que ambos (administración y trabajo social), coinciden en trabajar para favorecer el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

La administración según Brech (referido por González y Mayén, 2004 p.297), es “un proceso social que lleva consigo la responsabilidad de planear y regular en

forma eficiente las operaciones de un organismo para lograr un propósito dado”, esto se plantea a su vez como:

*...un instrumento a través del cual el trabajador social, utilizando técnicas racionalmente y recursos, puede ayudar a que los individuos y la comunidad reciban los beneficios del bienestar social (González y Mayén, 2004 p.297).*

En base a esto, la administración se convierte en un elemento central para el desarrollo de la práctica profesional de Trabajo Social dentro de las organizaciones públicas como son las de salud, ya que al utilizar métodos, técnicas o herramientas de esta área, en o para disposición de los sujetos sociales, estos puedan tener mayores oportunidades de recibir los beneficios de las políticas públicas, incluida la de salud.

El sector salud por si mismo, es un espacio estratégico para la sociedad, por ello es importante considerar que debe renovarse constantemente y si quiere acceder o formar parte de las organizaciones inteligentes (aquellas que se basan en el auto-reconocimiento y el aprendizaje interno), y alcanzar una ventaja competitiva dentro de su mismo nivel organizacional o sistema, es necesario tener la capacidad de aprender de manera rápida del entorno o contexto, aprovechar la disposición y la capacidad de aprendizaje de los individuos que conforman dicha organización en sus diferentes niveles estructurales, así como, entender que para generar el cambio en los individuos, es necesario planificar el aprendizaje desde la misma organización, es decir, llevar a cabo un aprendizaje institucional.

Por ello, y al ser Trabajo Social parte de los recursos de salud dentro del primer nivel de atención, requiere trabajar intensamente desde ambas dimensiones a fin de avanzar en la transformación del servicio y aportar nuevos planteamientos organizacionales basados en la administración social, para la salud pública.

Lo anterior además, para incursionar en y como parte del pensamiento sistémico que según Senge (1998), implica: dominio personal, modelos mentales, construcción de una visión compartida y aprendizaje en equipo; en palabras del mismo autor, *trabajar hacia la quinta disciplina*.

Es importante señalar que el papel que juega el factor humano en el desarrollo de estos procesos es fundamental, de ahí, la necesidad de impulsar la formación y/o capacitación para el desempeño y desarrollo profesional del trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Dicha preparación debe propiciar en los profesionales, el interés para desempeñar lo mejor posible sus funciones y actividades ante los diferentes sujetos sociales, ya que un trabajador con interés, tiene iniciativa para enfrentar y dar respuesta a situaciones imprevistas y complejas; además desarrolla habilidad para conectar eficazmente con los usuarios y/o derechohabientes de los servicios de salud, nos referimos con esto, brindar verdaderamente atención de calidad en salud (IESE, 1997).

Pero *¿por qué la insistencia en hablar de calidad?*; el hablar de calidad nos lleva a reconocer que el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal incluido el primer nivel de atención, espacio en donde el trabajador social realiza su práctica profesional, está inserto dentro del nuevo paradigma que pretende mejorar la prestación de servicios; en contraparte, al interior de la organización se observa un sin número de turbulencias que limitan la integración de los equipos interdisciplinarios, la distribución adecuada de las funciones y actividades, así como, la eficiente distribución y uso de los recursos para la atención de los derechohabientes de los servicios. En relación a estos últimos, además y como resultado de lo expuesto, se observan límites en la oportunidad del acceso a los servicios generando en algunos casos un caos, y en consecuencia, su insatisfacción; en suma, insuficiente calidad en la prestación de servicios de salud.

Esta situación exige la necesidad de replantear los servicios a fin de que cumplan con lo dispuesto en la política nacional *Si Calidad*, la cual ha sido retomada a nivel estatal con el propósito de brindar servicios de calidad y seguridad para los pacientes o usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención.

La calidad, entendida en el sentido más sencillo como dar al cliente lo que pide, cuando lo pide y donde lo pide, o en palabras de Evans y Lindsay (2005, p.16), *“cubrir o exceder las expectativas del cliente”*; es una de las principales acciones para asegurar la calidad, por lo que desde la década de los 50s se inició con la acreditación de unidades de salud, esto con misión de:

*...mejorar de manera continua la seguridad y la calidad del cuidado que se ofrece al público a través de la acreditación y de servicios relacionados que apoyen en la mejora del desempeño de las organizaciones dedicada al cuidado de la salud (Evans y Lindsay, 2005 p.63).*

Actualmente y como parte de este proceso que busca mejorar los servicios, es necesario definir una nueva visión que contemple el cambio constante, que se origine un impacto proactivo dirigido a la calidad y se disminuya la incertidumbre en los procesos para equilibrar los servicios de salud, interpretando a Kotler, generar resiliencia (sensibilización de los individuos que intervienen en la organización para aceptar el cambio), así como estimular la creatividad e innovación (necesaria ante la complejidad, la emergencia, lo inesperado, y en condiciones de incertidumbre, por lo que nunca se puede reducir a cero), las cuales deben estar apuntaladas en el uso de tecnología disruptiva<sup>13</sup> para dar un nuevo valor tanto en los procesos como en los servicios (Kotler y Caslione, 2000), en este caso, indispensable para mejorar el servicio de Trabajo Social del primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Se requiere entonces, tomar estrategias que se adapten a las exigencias de los nuevos contextos y a los usuarios de los servicios, así, es obligado considerar el concepto de calidad total, definida esta como *“un sistema administrativo enfocado hacia las personas, que busca un incremento continuo en la satisfacción del*

---

<sup>13</sup> La innovación o procesos disruptivos se caracterizan por el hecho de que crea un cambio dramático y provoca que el statu quo quede rápidamente obsoleto ... tiene la capacidad de crear caos y cambiar modelos ...con los clientes objetivo, precisa las prestaciones de aquellos que tienen necesidades y no habían sido atendidas o que no están del todo satisfechos. (Kotler y Caslione, 2000)



*cliente a un costo real cada vez más bajo”... este como un enfoque real de sistemas (no un área ni un programa independiente), y parte integral de una estrategia de alto nivel que debe aplicarse horizontalmente en todas las funciones y departamentos; que comprende a todos los empleados, desde el nivel más alto hasta el nivel más bajo, y que se extiende hacia atrás y hacia delante para incluir la cadena de proveedores y la cadena de clientes... destaca en esta también, el aprendizaje y la adaptación al cambio continuo como la clave para el éxito de la organización (Evans y Lindsay, 2005 p.17).*

Para obtener calidad en el servicio, se requiere de un cambio exigido por el entorno en el que se encuentra la organización y el servicio de Trabajo Social, ya que como comenta Arboniés (2009), es necesario generar rutinas creativas, que “a diferencia de las rutinas operacionales o las rutinas de mejora, se crea conocimiento”; desde estos conceptos, se necesita de tiempo y del diseño de indicadores que midan el desempeño en los procesos ejecutados en el servicio de Trabajo Social, lo cual se logrará a través del uso cotidiano de herramientas y de la administración, situación que favorecerá la integración de nuevas líneas de acción que dirijan los esfuerzos para potencializar los recursos humanos, materiales físicos, técnicos y tecnológicos, es decir, hacer planeación estratégica.

Así, *la administración con visión social*, puede fortalecer al servicio de Trabajo Social ya que incluye los principales aspectos para dar forma y fondo al actuar del profesional dentro de la organización (SSPDF), es decir, lograr verdaderamente una acción social. El área contempla aspectos como *la gestión de la innovación*, entendida como una forma de oportunidad ante lo clásico de la administración o como un “aprendizaje de lo que es valioso”, y al retomar el binomio idea-ejecución, se favorece el inicio del proceso de transformación del servicio que lleve a la creación de un nuevo valor dentro de la organización (Arboniés, 2009 p.56), así como, el fortalecimiento de *la planeación estratégica*, la cual surge a partir de prioridades reales y reconocidas por el mismo grupo y define los objetivos y su asociación con los principios y valores generales de Trabajo Social y de la organización (Etkin, 2005 p. 170).

## *La Planeación Estratégica*

Aun cuando la planeación estratégica “tiene una larga data, su origen está en ámbitos militares y su uso en las organizaciones privadas, y se da alrededor de la década de los sesenta, esta surge como instrumento de apoyo a la gestión pública en el marco de las iniciativas del New Public Management de mediados del ochenta en los países de la OCDE” (Armijo, M., 2009 p.6).

La planeación estratégica ha sido conceptualizada como:

*Una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen (Armijo, M., 2009 p.5).*

Scott, D. (2011, p.5) por su parte refiere que es:

*Un proceso continuo, flexible e integral, que genera capacidad de dirección... un proceso que permite a una organización ser creativa en vez de reactiva en la formulación de su futuro...*

A través de la planeación estratégica básicamente se busca alcanzar objetivos y metas, y según Scott (2011, p.5) esta permite:

1. Establece la razón de ser de la organización
2. Define el ámbito competitivo
3. Busca alcanzar ventajas competitivas sostenibles
4. Define e integra tareas directivas
5. Genera patrones de decisiones coherentes
6. Define la naturaleza de las contribuciones para los participantes
7. Determina el camino para el logro de los lineamientos estratégicos
8. Desarrolla competencias esenciales
9. Es una forma de adquirir recursos y capacidad

Y según el mismo autor, la planeación estratégica se integra por cuatro etapas:

- *Diagnóstico estratégico*, es imprescindible conocer los eventos del macro (aspectos políticos, económicos, sociales) y micro entorno (grupos existentes en la organización) y su manera de manifestación... cómo influyen estos en los miembros, sus valores y potencialidades. Esto sin dejar de lado el diagnóstico interno de la organización y/o grupo.
- *Formulación estratégica*, implica la toma de decisiones o definir el curso de acción, esto a partir de disposición y de cómo se interprete la información, del análisis, la intuición, la emoción, el conocimiento político entre otros; incluye las metas y temas estratégicos, diseñar la operación de las acciones y definir los indicadores de evaluación.
- *Difusión estratégica*, fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de la estrategia de una organización, esto a partir de procesos participativos para establecer, desplegar y posteriormente auto controlar el proceso para la consecución de los objetivos. A partir de los objetivos, definir metodología, arquitectura organizacional (función-proceso) y el portafolio de planes de operación.
- *Monitoreo estratégico*, implica el monitoreo de los indicadores diseñados para dar seguimiento a las acciones planteadas a través del tablero de control; este permitirá tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora (Scott, 2011 pp. 18-44).

Actualmente, el uso de esta herramienta en el ámbito de las organizaciones públicas se considera como imprescindible para la identificación de prioridades y asignación de recursos en un contexto de cambios y altas exigencias, así como, para avanzar hacia una gestión comprometida con los resultados (en este caso, resultados en salud).

Además porque “la planificación estratégica pone su foco de atención en los aspectos del ambiente externo a la institución: los usuarios finales a quienes se entregan los productos principales o estratégicos, y los resultados finales o los impactos de su intervención” (Armijo, M., 2009 p.10); lo anterior, en el entendido de que el interés último de la organización son los usuarios y/o derechohabientes de los servicios de salud del Distrito Federal.

Dentro del Trabajo Social contemporáneo, las funciones de planeación social, administración social y de gerencia social, son grandes áreas de oportunidad para la profesión; principalmente la administración social entendiendo a esta, como una perspectiva centrada en la gestión de instituciones y la administración de recursos humanos (Evangelista, E., 2012), en beneficio del otro.

Así, los nuevos paradigmas de la administración y de la planeación estratégica, vista esta última como un proceso de reflexión que permite tomar decisiones para mejorar las acciones, los servicios y/o las organizaciones, deben ser considerados como indispensables para mejorar la eficiencia y eficacia del servicio de Trabajo Social dentro del primer nivel de atención.

Dichas herramientas a su vez, y como parte del proceso de gestión de calidad, concibiendo a esta como las acciones desarrolladas para alcanzar las metas propuestas, la misión y la visión del servicio así como de la organización (Scott, 2011); estos son aspectos nodales que Trabajo Social debe considerar dentro del desarrollo cotidiano de su práctica profesional.

Es importante referir que el proceso de gestión se da a partir de una serie de acciones definidas como un ciclo, el cual incluye el Planear (para el logro de los objetivos estratégicos), Hacer (desarrollo de las actividades de la organización previamente determinadas), Verificar (seguimiento a la gestión, dándole dinamismo al proceso planificador, la toma de decisiones y la retroalimentación de las acciones, para garantizar el logro de los resultados previstos) y, Actuar (implica propuestas de reorientación para encausar la gestión hacia el cumplimiento de los planes, programas y proyectos que cierran el ciclo del proceso administrativo, conocido como PHVA (Scott, 2011 pp.6-13).

Importante dentro del punto de la planeación, es lo que Armijo (2009, p.10), refiere sobre la planificación operativa, la cual dice tiene que ver con *“la generación de metas y compromisos internos que son parte de la programación para lograr los productos en la cantidad y el tiempo necesario”*, así entonces, es importante entender que se requiere contar con modelos, programas y/o proyectos

específicos que delimiten la práctica profesional de Trabajo Social dentro del primer nivel de atención de la salud pública, esto con su enfoque atención primaria y desde los determinantes sociales de la salud.

No se puede dejar de puntualizar una vez más, que dentro de este proceso administrativo la construcción de la misión y visión son fundamentales para una adecuada delimitación de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención; esto porque son elementos necesarios para fijar su dirección, sus principios y valores, y por ende, favorecer su identidad profesional, y como parte de los equipos interdisciplinarios que operan los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Finalmente, el poder usar estas herramientas y la definición de los objetivos, funciones y actividades de Trabajo Social dentro de la organización, ayudará de manera importante a la evaluación y sistematización de la práctica profesional, lo que permitirá contar a su vez, con elementos de análisis para replantear y/o resignificar la labor tan importante que realiza este profesional dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y que como se ha referido, se ha ido “invisibilizando” al paso del tiempo.

Todo lo descrito, se considera sería importante colocarlo dentro del marco de un modelo operativo para Trabajo Social, esto como una propuesta de mejora y creativa que redundará significativamente en la prestación de servicios profesionales de calidad, en el primer nivel de atención a la salud.

Como una forma de encontrar la congruencia a los elementos planteados en los capítulos anteriores, y que permitan establecer el cómo es que se hará para alcanzar los objetivos propuestos, en el siguiente capítulo se describen los aspectos metodológicos empleados en este trabajo de investigación.

# **CAPITULO 3**

## **Metodología.**

---

El aspecto metodológico constituye una de las columnas que sustentan cualquier trabajo de investigación ya que el incluye una descripción de los pasos a seguir para alcanzar los objetivo planteados. Lo metodológico requiere tener una clara vinculación con los aspectos teóricos y conceptuales que se han propuesto, esto con el fin de asegurar la coherencia requerida en todo trabajo de investigación.

La investigación aplicada a las ciencias sociales busca crear conocimiento a partir de la realidad, sobre los cambios del sistema en su totalidad o el alguno de sus componentes. Existen diversos tipos de investigación, paradigmas y teorías que las pueden sustentar, así como, un sistema metodológico con reglas y técnicas que el investigador puede utilizar de acuerdo al camino que desea tomar (Herrera, s/f).

En Trabajo Social la investigación aunque tiene un camino recorrido, presenta una serie de dilemas aún sin resolver, asimismo, enfrenta cuestionamientos en la definición del paradigma que guía sus procesos de investigación, en este sentido para el trabajador social como para todo investigador social y como primer paso, es necesario involucrarse en el tema a trabajar, y esclarecer desde que visión se realizará el trabajo de investigación.

Evangelista (2012), plantea que el Trabajo Social en su desarrollo como profesión se ha apegado básicamente a cuatro paradigmas, entre los que identifica al positivista y funcionalista, aunque comenta que en lo contemporáneo, se pueden ya identificar estudios desde el enfoque Social Natural (Hill, 1995), o el Humanista dialéctico (Di Carlo, 1996).

Así entonces, para iniciar la descripción de la metodología, se hará una breve reseña del paradigma cuantitativo (el cual se sustenta en el positivismo y funcionalismo); metodología empleada para llevar a cabo el análisis de la práctica profesional de Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, organización pública y en la cual, dicho modelo es vigente.

La investigación cuantitativa según Herrera (s/f), se ha definido como un método para todas las ciencias, se basa en el paradigma explicativo y utiliza lo numérico o cuantificable para tratar de explicar una realidad social, utilizando un nivel de estructuración lógica.

Este tipo de investigación se caracteriza por tener una base positivista, funcionalista y su medición es objetiva; es un método estructurado y sistemático que se basa en el análisis estadístico y que en la mayoría de los casos, busca la generalización de la información como se observa en la figura 3.1 (Herrera, s/f).

**Figura 3.1**  
**Características del Paradigma Cuantitativo**

<b>Base epistemológica</b>	Positivismo, Funcionalismo
<b>Énfasis</b>	Medición objetiva, demostración de la causalidad, y en la mayoría de los casos, la generalización de resultados de la investigación.
<b>Recolección de información</b>	Estructurada y sistemática
<b>Análisis</b>	Estadístico
<b>Alcance de los resultados</b>	Búsqueda cuantitativa de leyes generales de la conducta

Fuente: Pérez (2013) con datos de Herrera, s/f p.4

En las ciencias sociales, este enfoque ha dado mayor precisión a la descripción de las problemáticas sociales debido a que se basa en la racionalidad y se orienta fundamentalmente a establecer conclusiones o recomendaciones operativas (Herrera, s/f), aspecto este último, que se consideró importante en la decisión de tomar esta metodología para el presente trabajo de investigación.



Asimismo, es importante mencionar que otro de los argumentos para optar por este paradigma de investigación, es que aunque se tiene clara la existencia de muchas y diversas críticas a lo cuantitativo para los trabajos de investigación en Trabajo Social, así como de la necesidad de incursionar más en otro tipo de paradigmas, se considera que a partir del contexto de la salud pública, de una organización de primer nivel y de un espacio de salud que no ha sido sujeto de estudios previos en el área de Trabajo Social, en este primer momento se piensa sería difícil realizar un estudio con mayor profundidad para el análisis de la práctica profesional como lo permite un trabajo de corte cualitativo.

Desde Trabajo Social, Rodríguez (1995), refiere que existe una fuerte tendencia a identificar el accionar científico con la postura empírico-positivista; este tipo de investigación a pesar de las críticas a las que ha sido expuesta desde el interior de la profesión, sigue presente desde la formación académica del profesional hasta en los enfoques metodológicos y/o de investigación que utilizan, ya que autores de Trabajo Social como Richmonds, Ander Egg, Kisnerman y Nidia Aylwin, entre otros, presentan dentro de sus propuestas pasos similares al método científico. También se advierte una asociación del método positivista a la aplicación y al concepto tecnológico de intervención social, tendencia relacionada directamente con la práctica profesional del trabajador social (Rodríguez en Quezada et al., 1995).

Para dicha autora, la línea positivista de la investigación en Trabajo Social también se asocia más con la postura crítica de Popper que con el positivismo lógico; esto a partir del uso del método deductivo y con una tendencia -aunque incipiente- hacia un pensamiento más crítico. Aunque refiere a su vez, que la profesión no ha tomado por completo esta línea, sino que se ha dirigido a la construcción de categorías híbridas a partir del positivismo mezclándolo con la fenomenología, incluso ha sido planeado un positivismo desde la dialéctica pero con una visión meramente instrumentalista, por lo que sugiere abrirse al desarrollo del conocimiento científico y a la búsqueda de explicaciones de los hechos tal como ellos se dan en la realidad, ello permitirá la elaboración de propuestas

específicas desde la perspectiva del Trabajo Social (Rodríguez en Quezada et al, 1995); lo anterior, es lo que determinó también que en este momento el presente trabajo de investigación se abordara desde esta perspectiva.

A partir de lo expuesto, en este capítulo se hará una breve descripción de las dimensiones que incluye el análisis de la práctica profesional del trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, así como del método y procedimientos que se realizaron para la obtención, registro, análisis y presentación de los resultados de la investigación.

### **3.1 Dimensiones para el análisis de la práctica profesional de Trabajo Social**

Como se ha referido, existen pocos estudios sobre la práctica profesional de Trabajo Social en salud, y en la revisión realizada, ninguno específico en el primer nivel de atención a la salud.

En experiencias anteriores sobre el análisis de la práctica profesional desde las instituciones (u organizaciones), se encontró el trabajo realizado por el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) en la década de los ochentas, trabajo en el que se consideran tres áreas para el análisis: la institución, los profesionales de Trabajo Social y los usuarios. A partir de ello, y después de ver las posibilidades reales de desarrollo de la investigación, el presente trabajo considera para el análisis de la práctica profesional de Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal solo los ámbitos de la organización y del profesional.

- a) Desde el punto de vista de la organización, se indagaron las características profesionales y laborales de los trabajadores sociales del primer nivel de atención así como, los medios y recursos de que disponen para el desempeño de su práctica profesional. También se abordaron los aspectos organizacionales, funcionales y técnicos de la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención descritos en sus documentos técnico-normativos.

- b) Por otro lado, se realizó el análisis del desarrollo de las acciones de los trabajadores sociales en las diferentes jurisdicciones sanitarias, los referentes teóricos y la metodología empleada, así como el uso de técnicas e instrumentos en su práctica cotidiana, en busca además, de la relación de estas acciones con el modelo de salud actual y el perfil socio-epidemiológico que presenta la población residente en Distrito Federal.

### **3.2 Estrategia metodológica**

La estrategia metodológica se refiere a un esquema general que permite identificar criterios y enfoques en base a los cuales se llevará a cabo el trabajo, así como, da la pauta para establecer la congruencia metodológica de la investigación; aspectos que a continuación se describen.

Aunque en la introducción se mencionaron y sólo a manera de recordatorio, el objetivo general que se planteó para la investigación es:

*Describir las principales características de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención, así como su relación con las condiciones socio-epidemiológicas de los usuarios y modelo de salud que opera el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, durante el 2013.*

Con los siguientes supuestos de trabajo:

- a) La práctica profesional del trabajador social dentro del primer nivel de atención a la salud, presenta deficiencias en el referente teórico-metodológico y en su sistematización, y
- b) La práctica profesional del trabajador social, muestra limitaciones en su relación tanto con el modelo de salud, como con el perfil socio-epidemiológico de los usuarios de los servicios salud en el primer nivel de atención

### *Tipo de estudio*

Se plantea una investigación de tipo *Exploratorio, Transversal y No experimental*, es decir, los fenómenos serán observados tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (Hernández, Fernández, y Baptista. 1998).

### *Método*

Se utilizó el método sistémico, el cual “está dirigido a modelar el objeto mediante la determinación de sus componentes, así como las relaciones entre ellos” (En <http://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion/>).

Asimismo, se abordaron los niveles macro y micro social, los cuales según Cicoure (citado por Ritzer, 2002), implica una postura más equilibrada e integradora ya que no busca solo ligar dichos niveles, sino que este tipo de análisis se plantea cómo un vínculo que se da ontológica, teórica y metodológicamente (Ritzer, 2002).

Salles (2001), refiere también que el análisis dicotómico macro-micro social además de *poder y deber* usarse ante cualquier estudio de realidad empírica, desde lo metodológico, permite observar la realidad social considerando lo cuantitativo y cualitativo, aspectos que son claras formas que adopta la acción social, en este caso, la práctica profesional de Trabajo Social.

En base a los debates sobre la relación a cómo analizar y explicar la realidad social -que se relaciona con la forma en que se revisan los datos y/o la forma en cómo se pueden describir, comprender y explicar los fenómenos sociales-, se planteó para esta investigación, el uso de una metodología cuantitativa ya que se buscó obtener información acerca de cómo interactúan las variables, se configuran los acontecimientos y se producen resultados para así entonces, describir las principales características que presenta la práctica profesional de los trabajadores sociales dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

### *Momentos de la investigación*

El trabajo contempló dos fases, la primera es una investigación de tipo documental, y la segunda es el trabajo de campo o aplicación del instrumento; a través de ellas, se obtuvieron los datos motivo de análisis en la presente investigación.

a) La fase de investigación documental incluyó a su vez, tres momentos:

1. La revisión de datos oficiales para el conocimiento de la organización y el perfil socio-epidemiológico de la población como la morbilidad, mortalidad, índice de marginación, los aspectos económicos, sociales, políticos, población, entre otros, que presenta la población que reside en el Distrito Federal, esto último como bosquejo general de las características que presentan los sujetos sociales y la configuración del objeto de intervención del trabajador social.
2. Se trabajó en la aplicación de la lista de cotejo, en donde se llevó a cabo un análisis comparativo de los documentos oficiales (Manual de Organización de Trabajo Social, El Manual de Procedimientos de Trabajo Social y la Guía de Actividades de Trabajo Social en los módulos de medicina general familiar), en los cuales se refiere lo que *debe hacer* este profesional, y tratar de ver su correspondencia con lo que desde la visión académica (Terán, 1983 y Galeana, 2004, Abreu, 2009, Bibliomed, 2014,), se plantea como su campo de intervención o *deber ser* del trabajador social en el área de la salud, y específicamente en la salud pública; a partir de lo cual se conoce parte del referente que debe considerar toda práctica profesional de un trabajador social.
3. Se revisó el Informe de Trabajo Social, documento que está integrado al sistema de información en salud estatal, y en donde se muestra la evidencia (numérica) de lo que puede

considerarse la práctica profesional del trabajador social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

- b) La segunda fase fue el trabajo de campo, a través de esta etapa se buscó tener cierta claridad sobre las características de la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención, para ello se realizó la aplicación de un cuestionario al personal que labora en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. El instrumento consideró las dimensiones para el análisis de dicha práctica, es decir, lo profesional, laboral, lo teórico, lo metodológico, y el tipo de prácticas que cotidianamente desempeña el trabajador social dentro del primer nivel de atención, esto último para verificar si están vinculadas o no con el modelo de salud y las características socio-epidemiológicas de la población que atiende cotidianamente Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud.

### **3.3 Población y Muestra**

#### *Población*

El universo de trabajo lo constituyen los 695 trabajadores sociales que laboran en los diferentes Centros de Salud y Clínicas de las jurisdicciones sanitarias que dependen de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Con el fin de delimitar quienes de este universo podrán ser parte de los sujetos informantes para el trabajo de investigación, a continuación se describen los criterios considerados para la participación de los trabajadores sociales.

#### *Inclusión*

- Ser trabajador social (técnico o licenciado).
- Ser trabajador de los SSPDF (base o interino).
- Tener antigüedad mínima de 1 año.
- Estar en operación el cualquiera de los servicios o niveles estructurales de trabajo social.

### *Exclusión*

Tener código de trabajador social y no ser trabajador social.

### *Eliminación*

Personal de trabajo social que no desee contestar el cuestionario.

Cuestionarios incompletos.

### *Muestra*

De una población de 695 trabajadoras sociales que laboran en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, y a partir de un muestreo aleatorio para investigaciones en salud con un nivel de confianza del 95%, el tamaño de la muestra quedó en 107 cuestionarios por aplicar en las dieciséis jurisdicciones sanitarias de dicha entidad.

## **3.4 Instrumentos**

Para obtener la información motivo de análisis, se diseñaron dos instrumentos y se retoma además el informe que utiliza el trabajador social para el registro de sus acciones, los cuales a continuación se describen de forma general.

1. Se diseñó una *lista de cotejo* -herramienta que permite observar de forma sistemática o verificar si se cumplen con los parámetros o no de un proceso-, en la cual se incluyeron las funciones sustantivas de trabajo social y las funciones dadas para este profesional de la salud, a fin de confrontarlas con las funciones descritas en los documentos normativos de la institución para el trabajador social dentro del primer nivel de atención.
2. Se elaboró un *cuestionario* tipo papel y lápiz, con un total de 114 preguntas semi-cerradas de tipo exploratorio y tipo Likert para observar el dominio. Las categorías fueron los datos académicos (nivel académico, escuela de procedencia, si esta titulado, modalidad educativa que curso, y años de

haber concluido la escuela), y los datos laborales (antigüedad, tipo de contrato, tipo de unidad de salud en la que se desempeña, etc.).

Asimismo, consideró los aspectos centrales de la práctica profesional de Trabajo Social y sus referentes (teoría, metodología, técnicas, instrumentos, sistematización, recursos, etc.), esto con el fin de contar con información que permitiera hacer la vinculación de dicha práctica tanto con el modelo de salud, como con el perfil socio-epidemiológico (Anexo 1).

3. Finalmente, para contribuir a definir la relación de la práctica profesional con el modelo de salud, se retomó también el *informe de trabajo social*, documento que recopila las acciones que desempeña cotidianamente el trabajador social como son entrevistas, visitas domiciliarias, pláticas; acciones que serán desagregados por programa, lo que ayudará a ver si lo que se hace, se vincula con lo que define el perfil socio-epidemiológico de la entidad (Anexo 2).

Lo anterior, en consideración a los planteamientos de García Salor (1991), y Galeana (2008), quienes establecen para la intervención profesional del trabajador social los siguientes elementos: *los sujetos, la problemática u objeto de intervención, el contexto o marco de referencia, y medios de que se dispone para el desempeño profesional.*

### **3.5 Procedimientos**

#### *Variables*

La definición de las variables constituyen el primer momento para alcanzar los objetivos propuestos en la investigación, estas además permiten tener una aproximación al proceso que ayudará a definir la recolección y análisis de la información (Castro y Díaz, 2013 p.3).



A partir de esto, las variables centrales del presente trabajo fueron la práctica profesional, el sistema de salud, el modelo de salud, el perfil socio-epidemiológico y primer nivel de atención; estas se desagregaron de la siguiente manera

En primera instancia, se conceptualizó cada una de las variables de estudio, esto con la finalidad de tener clara la referencia de lo que significa para esta investigación cada una de ellas, por ejemplo: *qué se entiende práctica profesional, por sistema y modelo de salud, etc.*

En un segundo momento, se estableció cuáles serían los aspectos que incluiría cada uno de los conceptos propuestos para las variables, es decir, *para la práctica profesional se retomaron los aspectos teóricos, metodológicos, lo de competencia, la experiencia y el conocimiento de la realidad de los usuarios de los servicios, así para cada variable.*

Y como último paso de esta operacionalización de variables, derivado de estos elementos, se definieron los ítems para la conformación del instrumento como se muestra en la tabla 1.

#### *Diseño de la muestra*

El tamaño de la muestra para la aplicación del cuestionario que incluye las variables de tipo cuantitativas, se precisó a partir de la fórmula para la definición de una muestra aleatoria en investigaciones de salud y cuyo resultado fue de 107 instrumentos a aplicar, como se observa a continuación:

$$n = \frac{0.9(1-0.9)}{(0.05/1.96)^2 + (0.9(1-0.9)/N)} = 107$$

Con un nivel de confianza del 0.9, un margen de error de 0.05, y la fracción de estrato es de 0.23.

Con el resultado de esta fórmula y el uso de la fracción de estrato, se definió el número de instrumentos a aplicar por jurisdicción sanitaria y el nivel central.

Para seleccionar a que trabajadores sociales de las dieciséis jurisdicciones sanitarias y nivel central de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal se aplicaría el cuestionario, se utilizó un *muestreo de tipo estratificado* que según Sandoval (2003), consiste en retomar características heterogéneas llamadas subconjuntos de población, y que al mismo tiempo se distinguen por la homogeneidad respecto a alguna característica como profesión, sexo, estado civil, entre otros.

Tabla 1. Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Algunas preguntas para el cuestionario
Práctica profesional	<p>Propone un vínculo bidireccional en el que teoría y práctica se asimilan mutuamente, concretándose, dando lugar a un nuevo sentido y significado de la realidad social y profesional; abarca una experiencia multidimensional centrada en el conocer en la práctica, entendida como aprendizaje en función de una interacción entre la experiencia y la competencia.  <a href="http://www.upnmochis.com/practicas.html">http://www.upnmochis.com/practicas.html</a></p> <p><i>La práctica se entiende como acciones operativas -ciclo de tareas secuenciadas orientadas por un sentido, que genera efectos en los actores e impacto en el medio social y natura-, de actitudes -posiciones personales ante lo que hagan o digan otros- y comportamientos -reacciones emotivas y formas de movimiento físico del cuerpo-</i> Hernando A. Romero P., María Esther Tobos, Miryan Jinete, Mónica Lindo GRINPECTRA</p>	<p>Teoría</p> <p>Metodología</p> <p>Competencias                      Normatividad                      Organización y funcionamiento                      Acciones operativas                      Actitudes                      Comportamientos</p> <p>Experiencia</p> <p>Conocimiento de la realidad social                      Organización                      Usuarios</p>	<p>¿Cuáles son los referentes teóricos que usa en la práctica profesional?</p> <p>¿Qué método utiliza en la práctica profesional?</p> <p>¿Cuenta con manuales de organización y funcionamiento?</p> <p>¿Cuenta con manual operativo?</p> <p>¿Qué perfil académico y laboral tienen los trabajadores sociales en la organización?</p> <p>¿Conoce la misión y visión de la organización?</p> <p>¿Considera el perfil de usuario para la planeación de la práctica profesional?</p>
Sistema de Salud	<p>El sistema de salud es un sistema de “tipo social y muy complejo”. <i>Es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada</i> (Maya, J.M., 2003).</p> <p>Este no solo implica las instituciones productoras de los servicios de atención a la salud, sino que también debe considerar aquellas prácticas no institucionales que apoyan de manera importante la atención del proceso salud-enfermedad; esto se refiere a las acciones de auto-cuidado, a las prácticas de medicina tradicional y a las condiciones económicas y sociales que determinan o modifican el proceso de salud-enfermedad de una población (Roux, G., Pedersen, D., Pons, P., Pracillo, H., s/f).</p>	<p>Tipos</p> <p>Elementos</p> <p>Objetivos</p> <p>Acciones</p> <p>Modelo</p>	<p>¿Cómo se integra el sistema de salud del D.F.?</p> <p>¿Cuáles son los propósitos del sistema de salud del D.F.?</p> <p>¿Qué componentes integran el sistema de salud del D.F.?</p> <p>¿Cuáles son las acciones rectoras del sistema de salud?</p> <p>¿Cuál es el modelo de salud que sustenta el sistema del D.F.?</p>

<p>Modelo de Salud</p>	<p>Conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el modelo se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios (MSPAS, s/f).</p> <p>Un conjunto de elementos y funciones articulados, con estructuras y programas bien definidos, con normas específicas para su funcionamiento y que responde a las necesidades en salud de la población (Consejo Nacional de Salud, 1998).</p>	<p>Misión y visión</p> <p>Principios, valores</p> <p>Población</p> <p>Acciones  Promoción de la salud  Prevención de la salud  Atención a la salud</p> <p>Enfoques  Atención Primaria  Determinantes de la salud</p> <p>Niveles de atención</p> <p>Gestión de recursos</p>	<p>¿Existe modelo de salud?</p> <p>¿Cuál es la misión y visión de la organización?</p> <p>¿Cómo considera el modelo de salud al trabajador social?</p> <p>¿Qué población es la que atiende?</p> <p>¿Cuáles son los componentes principales del modelo de salud?</p> <p>¿Qué es la atención primaria?</p> <p>¿Qué son los determinantes sociales de la salud?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de atención?</p> <p>¿Cuáles y cuantos son los recursos que atiende la organización?</p>
<p>Perfil socio-epidemiológico</p>	<p>El perfil social, se refiere a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas, ingresos, educación, ocupación, género, raza/etnicidad</p>	<p>Aspectos</p> <p>Normativos</p> <p>Económicos</p> <p>Sociales</p> <p>Políticos</p> <p>Género</p> <p>Etnicidad/raza</p>	<p>¿Qué determinantes sociales influyen en la salud de la población?</p> <p>¿Qué características sociales presenta la población del D.F.?</p> <p>¿Qué características demográficas tiene el D.F.?</p>

	<p>El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. En <a href="http://www.epiredperu.net/epired/cursos/epidemiologia_bas-mh/epibas_text16.pdf">http://www.epiredperu.net/epired/cursos/epidemiologia_bas-mh/epibas_text16.pdf</a></p>	<p>Características</p> <p>Población</p> <p>Tiempo</p> <p>Morbilidad</p> <p>Mortalidad</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>¿Cuáles son las principales enfermedades que presenta la población?</p> <p>¿Cuáles son las principales causas de muerte de la población?</p>
Primer nivel de atención	<p>Es una modalidad de atención cuya oferta de servicios es para resolver los problemas de salud que se enmarcan predominantemente en el auto cuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito, este nivel está constituido por: brigadas móviles de salud, puestos de salud, consultorio médico, centros de salud con y sin camas, policlínicos, y poli consultorios; incluyendo todos los subsectores. El primer nivel de atención corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en: Promoción, Prevención de la salud, Curación (consulta e internación) y Rehabilitación. Constituye la puerta de entrada al sistema. En <a href="http://www.santacruz.gob.bo/accion/pdf/noticia.php?IdNoticia=2804">http://www.santacruz.gob.bo/accion/pdf/noticia.php?IdNoticia=2804</a></p>	<p>Propósito</p> <p>Servicios</p> <p>Modalidades de atención</p> <p>Tipo de unidades</p> <p>Recursos</p>	<p>¿Qué niveles tiene el sistema de salud estatal?</p> <p>¿Qué tipo de servicios se brindan en el primer nivel de atención?</p> <p>¿Cuántas unidades de salud tiene el primer nivel de atención?</p> <p>¿Cuántos y que tipo de recursos tiene?</p>

Fuente: Pérez, M. (2012).

Según Sandoval (2003), lo que se busca con este tipo de muestreo es asegurar que todos los estratos de interés estén representados adecuadamente en la muestra. Como cada estrato funciona independientemente, se aplica *la fracción de estrato* para asegurar la representatividad de cada uno de ellos.

Dentro de las ventajas de este tipo de muestreo, el autor refiere que permite establecer ciertos controles que garanticen la representatividad, por lo menos en forma proporcional de la muestra según la distribución poblacional.

Así y como primer parámetro, a partir del total de recursos que se encuentran laborando en los servicios de salud se aplicó el porcentaje proporcional (fracción de estrato) al número de recursos de trabajo social con que cuenta cada jurisdicción sanitaria a nivel operativo, quedando como se observa en la tabla 2.

**Tabla 2.**  
**Instrumentos a aplicar por Jurisdicción Sanitaria, según fracción de estrato.**

Jurisdicción Sanitaria	No. de instrumentos a aplicar	Jurisdicción Sanitaria	No. de instrumentos a aplicar
Gustavo A. Madero	12	Tlalpan	10
Azcapotzalco	4	Xochimilco	6
Iztacalco	7	Milpa Alta	3
Coyoacán	7	Tláhuac	6
Álvaro Obregón	7	Miguel Hidalgo	4
Magdalena Contreras	3	Benito Juárez	3
Cuajimalpa	3	Cuauhtémoc	7
Iztapalapa	15	Venustiano Carranza	10
		<b>Total</b>	<b>107</b>

Fuente: Pérez, M. (2013).

Un segundo aspecto a considerar fue el tipo de unidad en donde se desempeña el trabajador social, es decir, Centro de Salud T-III, T-II o T-I.

Finalmente ya dentro de la unidad y para la aplicación del cuestionario, se escogió aleatoriamente al trabajador social que cumplía con los criterios de inclusión, y que en ese momento se encontrara atendiendo a los usuarios de los servicios de salud.

### *Prueba piloto*

Con el propósito de validar el cuestionario realizado, es decir, obtener información acerca de los aciertos y debilidades que presentaba el instrumento y a partir de ellas, realizar las adecuaciones necesarias que permitieran obtener datos completos y de confiabilidad, se realizó una prueba piloto durante el mes de julio del 2013.

La prueba piloto se llevó a cabo de forma grupal con 10 trabajadoras sociales de nivel operativo de la jurisdicción sanitaria Milpa Alta, y a partir de las dudas y los comentarios realizados en relación a las inconsistencias y datos faltantes del instrumento, se complementó el cuestionario.

Las modificaciones realizadas al instrumento tuvieron que ver con la inclusión de opciones en cuanto a la forma en que realizaron sus estudios y tipo de contratación, pero la parte más importante fue la relacionada a los aspectos metodológicos de la práctica profesional, en donde hubo la necesidad de incluir dos tablas con preguntas tipo Likert, en las que se indagó acerca de los métodos y técnicas empleadas cotidianamente por el trabajador social como parte de su práctica; por último se hicieron algunos cambios de errores ortográficos y se agregaron unas líneas para comentarios finales.

### *Procesamiento y análisis de la Información*

Con relación a la información general obtenida de los documentos normativos, esta se presenta a partir de cuadros de análisis, las cuales han permitido

identificar si dichos documentos avalan sistemáticamente la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención.

Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario (datos cuantitativos), se utilizó el paquete estadístico SPSS, el cual a partir de una base de datos permite hacer un análisis completo y detallado de la información.

Aquí es importante puntualizar que dentro de este proceso de resultados y análisis de los mismos, en las preguntas tipo Likert del cuestionario, se tomaron como respuestas adecuadas *siempre y frecuentemente*, y como respuestas que presentan limitaciones en su desempeño, *ocasionalmente, algunas veces y nunca*, así como *no sabe*.

Los resultados se presentan esquematizados a través de figuras (gráficas o cuadros) y tablas; estos como un primer acercamiento a la práctica profesional del trabajador social; información que permite describir la frecuencia de cada una de las respuestas obtenidas a través del cuestionario.

Esta información se considera, es la base para llevar a cabo el análisis, es decir, la vinculación de los aspectos teóricos y conceptuales que se establecen como el *deber ser* de la práctica profesional de Trabajo Social en Salud y específicamente dentro del primer nivel de atención, con la realidad que se presenta actualmente en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Así entonces, con el propósito de dar cuenta sobre el contexto en donde se realizó la investigación (aspecto central del referente de la práctica profesional), en el capítulo siguiente se describen los aspectos generales del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, y específicamente, algunos de los antecedentes de Trabajo Social dentro de dicha organización de primer nivel de atención.



# **Capítulo 4**

## **La Atención a la Salud Pública en el Distrito Federal.**



El sistema de atención a la salud es una de las prioridades a implementar por cualquier gobierno como parte de su política social; desde esta premisa, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal son la instancia de primer nivel de atención local responsable de brindar servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social laboral, esto a partir de acciones de promoción y prevención a la salud y de atención médica integral; acciones que desarrolladas por equipos interdisciplinarios de salud, entre los que se encuentra el trabajador social.

La práctica profesional de Trabajo Social en el área de la salud, específicamente en el primer nivel de atención busca incidir en los factores sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad de la población, aspectos que se consideran como determinantes en las condiciones de salud y de vida de los sujetos sociales.

Dentro de los elementos que se consideran fundamentales para llevar a cabo el análisis de la práctica profesional de Trabajo Social, está el conocimiento del contexto sociopolítico y organizacional donde se desempeña profesionalmente, por ello, a continuación se describirán los aspectos generales de la política social y de salud del Distrito Federal; se detallarán las características estructurales y organizacionales del Sistema de Salud estatal y específicamente, de los Servicios de Salud Pública. La última parte de este capítulo, hace referencia a los antecedentes de trabajo social dentro de dicha organización, así como, de las acciones generales que desempeña actualmente como parte de lo que se considera como su práctica profesional.

#### **4.1 La Política Social y de Salud en el Distrito Federal**

Actualmente, el Distrito Federal es considerado como una de las entidades del país de mayor complejidad por las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales que presenta, ello implica la presencia de una amplia variedad de problemas que resolver. Es desde aquí, que resulta fundamental el diseño y la operación de la política social, entendida esta como las acciones que implementa

el gobierno para dar respuesta a los problemas y necesidades sociales de la población.

Con el ingreso al gobierno del Distrito Federal de un partido de izquierda a finales de los 90s del siglo pasado, se redefinen los planteamientos políticos, económicos y sociales, y como parte de sus postulados se establece ver a los ciudadanos como sujetos de derechos; de ahí que las políticas públicas busquen hacer efectivo el goce de estos derechos a la población residente del Distrito Federal.

La política social ha sido conceptualizada por el Gobierno del Distrito Federal (GDF) como:

*...la acción pública para construir una ciudad con igualdad, equidad, justicia social, reconocimiento de la diversidad, alta cohesión e integración social, pleno goce de los derechos, creciente elevación de la calidad de vida y acceso universal al conjunto de bienes y servicios públicos urbanos; con el fin de lograr su incorporación plena a la vida económica, social y cultural y construirse como ciudadanos con plenos derechos (SIDESO-GDF, 2007).*

A partir de este concepto, el gobierno local se autodefine políticamente como “un gobierno de izquierda y socialmente comprometido con la ciudadanía”, este pretende implementar acciones que permitan garantizar la calidad de los servicios sociales que se ofertan a la población con el fin trabajar para alcanzar un adecuado nivel de vida para la sociedad y con ello, incidir a su vez en la disminución de las profundas desigualdades económicas, sociales y territoriales que prevalecen en la entidad... *esto como el principal desafío de una acción socialmente responsable* de gobierno en el Distrito Federal (GDF, 2007).

El Gobierno del Distrito Federal planteó para el sexenio 2007-2012, un programa de desarrollo social con “*carácter rector, estratégico, intersectorial, transversal y pluriterritorial*”; bajo el lema de “Ciudad con equidad, incluyente y participativa” (GDF, 2007).

Bajo este esquema, el gobierno de la entidad definió a la política social como su razón de ser, y la sustentó en el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de la población; la estableció como una política social innovadora en busca de la equidad en el acceso a bienes y servicios básicos, con plena inclusión social para todas y todos los ciudadanos, como un bastión de combate hacia las marcadas desigualdades económicas, sociales y territoriales, y así, avanzar hacia el logro de una mayor cohesión social.

Los principios de dicha política tienen que ver con la universalidad, igualdad, equidad de género, equidad social, justicia distributiva, diversidad, integralidad, territorialidad, exigibilidad, participación, transparencia y efectividad, aspectos que se plantearon además, como obligados a considerar en el diseño de cualquier política y/o programa de desarrollo social de la administración pública del Distrito Federal (GDF, 2007).

En materia de salud, la ley de desarrollo social del D.F., en el punto II sobre los alcances de la política social, plantea como objetivo:

*Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social (GDF, 2007).*

Y como objetivos específicos en el tema define:

- Avanzar hacia la plena universalidad del derecho a la salud y la protección social para la población que no goza de seguridad social formal y afrontar los retos epidemiológicos y sanitarios que implica la transición socio-demográfica y epidemiológica del Distrito Federal en términos de cobertura, accesibilidad, pertinencia, calidad y calidez de los servicios.
- Abatir las brechas de desigualdad de género entre mujeres y hombres, principalmente en materia de ingresos, empleo, educación, salud, vivienda, propiedad y patrimonio, tiempo libre y acceso a la justicia, y
- Atender los temas emergentes de política social con alto impacto en la calidad de vida familiar y comunitaria, como lo son las adicciones y la salud mental.

Dentro de la línea programática sobre “Ejercicio de los derechos sociales, combate a la desigualdad y la pobreza”, precisa además nueve directrices para salud, las cuales tienen que ver con: cobertura de servicios, extensión de atención médica a población vulnerable (que no pueda acudir a las unidades de salud), atención gerontológica y con perspectiva de género, integra al sistema la atención a la población en materia de salud mental, fortalecimiento de las acciones de prevención a la salud para la generación de una nueva cultura de la salud pública e incidir en la presencia de riesgos sanitarios (GDF, 2007).

Todas estas acciones encaminadas a incidir positivamente en los problemas de salud que se consideran emergentes y resultado de los procesos de modernización, globalización y de mercado, los cuales repercuten negativamente en la salud y por ende, en la calidad de vida de la población.

Por otro lado, y como una estrategia integradora de los programas sociales del Distrito Federal durante el sexenio 2007-2012 se implementó el *Programa de Red Ángel*; dentro de este, la salud se definió como una de sus prioridades, dirigiéndola básicamente al fomento y al autocuidado, la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades, así como, hacia la adopción de estilos de vida más saludables (GDF, 2007).

Como ejes fundamentales para contribuir a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población y en cumpliendo a la política de gratuidad de los servicios de salud, la Secretaria de Salud del Distrito Federal retomó el Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral residente en el D.F. y se fortaleció la inclusión de la población al Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular; aquí resulta importante mencionar que en ambos programas la intervención de Trabajo Social es fundamental debido a que es el profesional que a través de la afiliación, da y asegura el acceso a los servicios de salud a la población sin seguridad social laboral de la entidad, la cual asciende

aproximadamente a 4 millones de personas, esto como una función prioritaria del trabajador social en la asistencia social<sup>14</sup>.

Sin embargo, estas acciones dentro de los sistemas de acceso a la salud referidos, están inconclusas al no poder contar con el perfil de usuarios de los servicios de salud, situación que imposibilita al profesional aportar dicha información que se considera de gran relevancia a la organización, ya que a partir de ella, se podría y/o debería llevar a cabo la planeación de actividades locales en materia de salud basadas en el conocimiento real de las condiciones sociales de su universo o grupo blanco para el trabajo cotidiano del primer nivel de atención a la salud.

Con este acceso a los servicios de salud, la población se vuelve derechohabiente a la atención médica, a los medicamentos de cuadro básico, a los servicios de apoyo al diagnóstico y a la atención ambulatoria, de urgencias y atención hospitalaria que ofrecen las unidades de primer y segundo nivel del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

La política social y de salud así como están planteadas, pareciera que responden a las necesidades que presenta la población que reside en el Distrito Federal, desafortunadamente la realidad muestra que a pesar de los esfuerzos realizados continúan presentándose grandes rezagos en aspectos sustantivos para la vida cotidiana y la protección social de los ciudadanos como son el empleo, alimentación, la educación y la seguridad; además del acceso universal y gratuito a los servicios de salud.

Específicamente en esta materia de salud, los planteamientos democratizadores y de derecho a la salud no se han logrado, en cambio existen cada vez más y mayores contradicciones entre los dos sistemas de aseguramiento social a la salud que según el discurso político se plantean como complementarios

---

<sup>14</sup> Entendida como un sistema organizado de auxilio, consejo, higiene, educación, etc. para la integración normal de las personas en la sociedad, sea en familia, escuela, trabajo etc., a cargo de personal formado especialmente. Diccionario Enciclopédico Larousse, 2009 Vol. 1.

(seguro popular y servicios médicos gratuitos) en la entidad; y en las precarias y desiguales condiciones de salud entre la población, esto en base a la presencia de enfermedades resultado de la no aplicación de enfoques preventivos, así como, la polarización del riesgo/daño/atención de algunos sectores de la población (Evalúa D.F., 2010).

A partir de lo expuesto, se considera que aún hay mucho por hacer para incidir realmente en la inequidad, pobreza, marginación y lograr una verdadera protección social desde el enfoque de derechos humanos que contribuya al desarrollo social, y por ende, a un mayor bienestar de los residentes del Distrito Federal, áreas en donde los trabajadores sociales pueden y deben jugar un papel trascendental ya que el trabajar para el diseño e implementación de políticas sociales con equidad y justicia social es parte de la razón de ser como profesión e integrante de los equipos interdisciplinarios que brindan sus servicios dentro del sistema de salud pública de la entidad.

#### **4.2 El Sistema de Salud Pública del Distrito Federal**

El Distrito Federal al igual que los demás estados del país para poder hacer efectivo el derecho a la protección a la salud de la población que define el artículo 4to constitucional, cuenta con un sistema de salud, el cual de acuerdo a la Ley de Salud del Distrito Federal (2009), es definido como:

*El conjunto de dependencias, órganos desconcentrados y organismos descentralizados de gobierno y de personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por instrumentos jurídicos de coordinación que se suscriban con dependencias o entidades de la administración pública federal.*

La Secretaria de Salud del Distrito Federal como responsable del sistema de salud local y en congruencia a lo establecido en la política social, la cual pretende otorgar servicios de salud con equidad, calidad, suficiencia, sin discriminación alguna, ampliando los servicios fundamentalmente a las personas que carecen de seguridad social en la entidad, tiene como misión:

*... hacer realidad el derecho de protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la atención médica integral, mediante una política que construya el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario (SSDF, 2012 p.2);*

Y como visión:

*... la construcción de un sistema de salud universal, equitativo, anticipatorio, resolutorio, eficiente, participativo y solidario, en donde la Secretaria de Salud del Distrito Federal se consolide como la instancia rectora, articuladora de todas las dependencias y coordinadora de las instituciones de salud presentes en la entidad (SSDF, 2012 p.2).*

Desde esta perspectiva, se busca “avanzar en la garantía del derecho a la salud de los habitantes del Distrito Federal e incrementar sus niveles de satisfacción de necesidades y expectativas de salud, a través de su sistema de salud... ( ). Esto se plantea, con el fin de potenciar y lograr sinergia entre las acciones y recursos para la salud a través de una nueva arquitectura financiera” (SSDF. 2011).

Como actividades de la Secretaria de Salud destaca la atención médica general y de especialidades, la atención ambulatoria y hospitalaria, la orientación, educación y planificación para la salud, la promoción de una cultura de prevención de la violencia, la administración de recursos institucionales y la implementación de programas estratégicos de salud (SSDF, 2011).

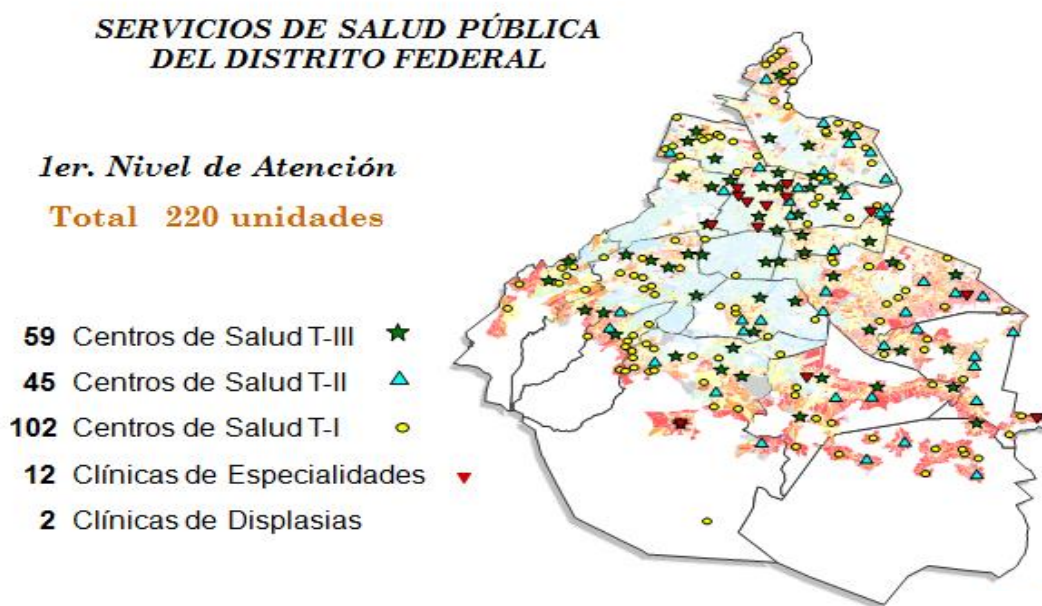
Como Sistema de Salud Pública del Distrito Federal que pretende responder a la problemática de salud local, cuenta con dos niveles de atención; los Servicios de Salud Pública como primer nivel de atención y los Servicios Médicos de Urgencias del D.F. como segundo nivel de atención.

El primer nivel como se muestra en la figura 4.1, está integrado por dieciséis jurisdicciones sanitarias distribuidas en las delegaciones políticas de la entidad, estas son las responsables de planear, coordinar y controlar las acciones de los centros de salud y clínicas de especialidades ubicadas dentro de su demarcación.



Figura 4.1

Mapa de Unidades de Salud de los Servicios de Salud Pública del D.F.



Fuente: Pérez, M. (2014) con información de la Secretaría de Salud del D.F.

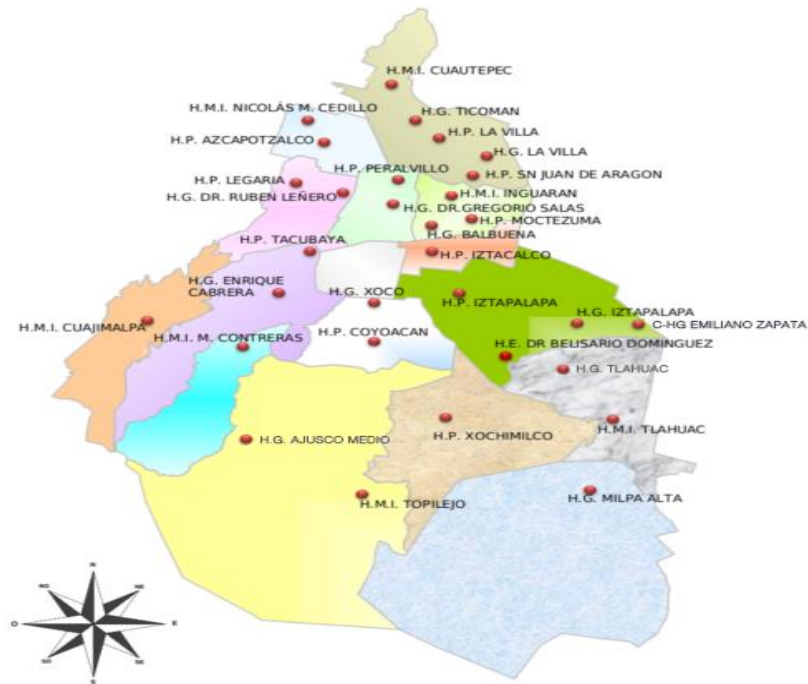
A este nivel además, se integran Medibuses, Caravanas de Salud, Comunidades para adolescentes y Centros de Atención Primaria de Adicciones (CAPA), haciendo un total de 348 establecimientos para el primer nivel de atención en el Distrito Federal.

Asimismo, se ha definido que dentro del Sistema de Salud local, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal -espacio en donde se realiza el análisis de la práctica profesional del trabajo social y del cual se hablará en el siguiente apartado-, debe prestar servicios de salud pública y de atención médica de primer nivel de atención a la población que reside en el Distrito Federal.

El segundo nivel por su parte, está conformado por los Hospitales de la Red de Servicios Médicos del Gobierno del Distrito Federal, los cuales se dividen en: Hospitales Generales, Materno Infantil y Pediátricos, y con un Hospital de Especialidades; considera también los Servicios Médicos de Reclusorios y Comunidades para Adolescentes en conflicto con la ley del D.F. y las Clínicas

Hospital; los cuales en total suman 38 unidades hospitalarias como se observa en la figura 4.2 (SSDF, 2011).

**Figura 4.2**  
**Mapa de Hospitales de la Secretaria de Salud del D.F.**



Fuente: Secretaria de Salud del D.F. 2012.

Las unidades de primer y segundo nivel de atención se complementan funcionalmente para responder a las necesidades de salud de la población, esto según la complejidad de los padecimientos que presentan. Para tal efecto, cuentan con un sistema de referencia y contra referencia de pacientes, proceso donde los trabajadores sociales del primer nivel de atención cumplen una función sustantiva al ser los responsables de controlar dicho sistema; de brindar orientación sobre los servicios, requisitos y medios para la atención oportuna; pero fundamentalmente, por el seguimiento que dan a los pacientes referidos en general, y en especial a aquellos que se consideran de alta vulnerabilidad, lo anterior, con la finalidad de asegurar la atención médica y que sea oportuna y de

calidad, acciones que tienen que ver fundamentalmente con un trabajo social individualizado.

### **4.3 Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal**

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), son un órgano público descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio, fue creado por decreto en 1997 con el objetivo es brindar servicios de salud pública y atención médica de primer nivel en el Distrito Federal (GDF, 2011).

Su misión es:

*... hacer realidad el derecho a la protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención de la salud, mediante una política de salud que construya el camino para asegurar ese derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario (SSDF, 2011).*

Y cuya visión se ha planteado es:

*... coordinar y controlar las acciones de epidemiología, medicina preventiva y de fomento sanitario que se desarrollen en las jurisdicciones sanitarias del D. F., para coadyuvar al mejoramiento del nivel de salud de la población residente del Distrito Federal (SSDF, 2011).*

#### *Antecedentes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*

Dentro de los antecedentes de las unidades de primer nivel de atención en el Distrito Federal, se identifica que en 1906, se construyeron las dos primeras unidades médicas, las cuales actualmente existen como Clínicas de Especialidades y están ubicadas en la delegación Cuauhtémoc.

En 1938, se creó la Dirección de Salubridad en el D. F. y para 1964, esta se elevó a Dirección General; en esa época los programas se manejaban por

especialidades, de forma segmentada y vertical a través de Centros de Higiene, Clínicas, Maternidades y Dispensarios (antituberculosos y antivenéreos), los cuales tenían como finalidad el cumplir con la política integral de protección, fomento y recuperación de la salud. La infraestructura con que se contaba en esa época eran 6 Unidades especializadas y 46 Centros de Salud clasificados como Centros de Salud tipo “A”, “B” y “C”, integrados a los 24 Distritos Sanitarios existentes en esa época (12 urbanos y 12 periféricos) (DGSSPDF, 1993).

En 1973, el Distrito Federal se dividió geográficamente en 16 delegaciones políticas, lo que propició la creación de distritos sanitarios por cada delegación política y a quienes se les asignaron como funciones el planear, organizar y controlar los servicios prestados en los centros de salud existentes en la entidad (DGSSPDF, 1990).

La Secretaría de Salud del Distrito Federal en 1977, disponía para otorgar servicios de primer nivel de atención con 50 Centros de Salud. Para 1978, la Reforma Administrativa impulsada desde el gobierno federal, cambió la denominación de Dirección General de Salubridad en el D. F., por la de Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (DGSSPDF, 1990).

Para 1982, se da la integración de estos servicios de salud (SSPDF) con la Dirección General de Asistencia Médica, quedando dicha fusión con el nombre del primero, es decir, Servicios de Salud y se establece también en esta época, el cambio a la denominación de los distritos sanitarios por el de jurisdicciones sanitarias, nombre que conservan a la fecha. Las atribuciones asignadas a estas fue la vigilancia epidemiológica y mejoramiento del ambiente, la atención médica, la atención preventiva, la sanidad internacional y la expedición de certificados y tarjetas sanitarias (DGSSPDF, 1990).

En febrero de 1983, a raíz de una reorganización administrativa, el Distrito Federal crea 4 regiones denominadas norte, oriente, poniente y sur, las cuales tenían como propósito planear, organizar y controlar las acciones realizadas por las jurisdicciones sanitarias asignadas en su área de influencia.

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) fueron creados por decreto presidencial en 1988, con el carácter de Órgano Administrativo Desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud, pero fue a partir del convenio de coordinación para la descentralización firmado en 1997, por las Secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Gobierno del Distrito Federal, con la participación de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, que se constituyó como un Órgano Público Descentralizado (OPD) para otorgar servicios de salud principalmente a la población sin seguridad social laboral, denominación que conserva a la fecha (Gaceta Oficial D.F. 2011).

### *Programas y Modelos de Salud implementados en el Distrito Federal*

Con relación a la forma en cómo se ha brindado la atención médica dentro de los Servicios de Salud Pública, desde 1978 surgen en el Distrito Federal una serie de programas y modelos de atención a la salud, los cuales fueron implementados básicamente con la finalidad de ampliar la cobertura en salud a toda la población que no contaba con seguridad social laboral.

En 1978, con el surgimiento del Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas (PAPAM) crece la infraestructura de 46 a 125 centros de salud (principalmente T-I<sup>15</sup>). Para 1980, el programa implanta la estrategia de atención primaria a la salud como una forma de dar respuesta a las necesidades de salud de la población; se desarrolla la especialización de Medicina General Familiar (UNAM) y se establece la Unidad de Educación Médica Continua (DGSSPDF, 1993).

---

<sup>15</sup> La clasificación se da considerando el tipo y la cantidad de servicios que proporciona la unidad. Los centros de salud urbanos T-I, son aquellos que sólo cuentan con uno o dos equipos básicos de salud y tiene bajo su responsabilidad hasta 6,000 habitantes. Los centros de salud T-II tienen de 3 a 6 núcleos básicos de salud y atienden aproximadamente hasta 18 000 habitantes, cuentan además con servicios de apoyo como odontología, trabajo social, inmunizaciones, curaciones, vacunación antirrábica canina, farmacia, caja, entre otros; asimismo, tienen director de unidad, epidemiólogo, estadígrafo y administrador. Los centros de salud urbanos T-III tienen bajo su responsabilidad aproximadamente 42 000 habitantes, tienen de 7 a 14 consultorios, y servicios de apoyo como farmacia, laboratorio clínico, rayos "X", trabajo social, curaciones, inmunizaciones, vacunación antirrábica canina, ceye, entre otros. También cuentan con director, epidemiólogo, administrador y estadígrafo (DGSSPDF, 1993)

Para 1981, el Programa de Atención a la Población Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU), da origen a la creación de los Centros Comunitarios Tipo T-I, T-II y T-III, lo que incrementó en número de unidades a casi 200 centros de salud. Se establece a su vez, el Programa de Medicina Familiar cuyo objetivo fue brindar atención médica integral al individuo y la familia, esto a través de la organización de módulos de atención integrados por médico, enfermera y un promotor de salud, cuya función es desempeñada por los trabajadores sociales (DGSSPDF, 1993). Resulta importante mencionar que es en esta época cuando se integra el mayor número de trabajadores social a laboral en los SSPDF, condición única en el país.

En 1993, con el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta en el Distrito Federal (MASPA) si bien, continua contemplando la estrategia de atención primaria a la salud, incluye ciertas adecuaciones a partir de las características que en ese momento presentaba la entidad; se plantea entonces, que para garantizar la protección a la población abierta, es necesario brindar servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, esto con el concurso de la comunidad y del gobierno para conseguir los recursos necesarios (DGSSPDF, 1993).

Para realizar las intervenciones en salud, define la implementación de Módulos de Atención Integral a la Salud, constituidos por médico, dos enfermeras (campo y clínica) y un promotor o personal de apoyo comunitario, función que es asignada al personal de Trabajo Social (DGSSPDF, 1993).

### *El Modelo de Salud actual*

La atención a la salud que se brinda actualmente la organización está determinada por lo que se establece en el Modelo de Atención Ampliado a la Salud (MAAS) que la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal diseñó, y que se encuentra alineado al Programa de Salud local y a las Políticas Públicas

definidas en el Programa de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal 2007-2012 (SSDF, 2008).

El modelo tiene como objetivo general;

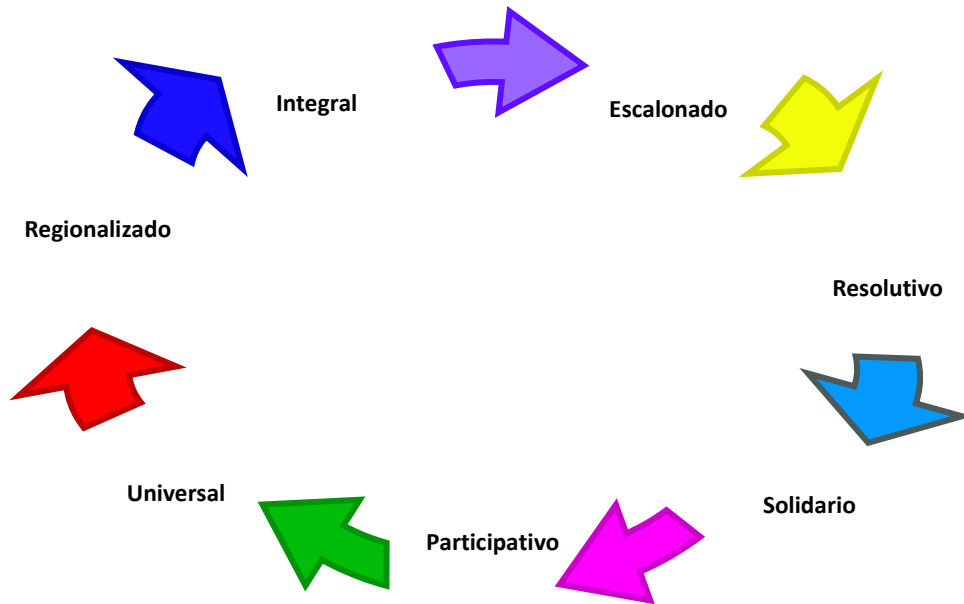
*“Proporcionar al personal médico y paramédico las herramientas teórico-metodológicas y administrativas que contribuyan a elevar la calidad técnica y humana en la prestación de los servicios de salud, a través de la interiorización del MAAS y de las acciones integradas de salud por grupo etario” (SSDF, 2008).*

En lo específico, el modelo plantea:

- Desarrollar mecanismos eficaces de sensibilización y capacitación en el personal de salud respecto a la importancia de una atención integral.
- Incrementar la información y promoción de las acciones integradas de salud por grupo etario, en la práctica profesional del personal médico y paramédico.
- Incrementar la calidad técnica en la atención médica que se otorga a la población sin seguridad social en el Distrito Federal.
- Mejorar la disponibilidad, accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación de los servicios de salud.

El modelo de salud a partir de sus fines y valores se define como integral, universal, solidario, participativo, resolutivo, escalonado y regionalizado (figura 4.3).

**Figura 4.3**  
**Atributos del Modelo de Atención Ampliado a la Salud**



Fuente: Pérez, M. (2012).

El Modelo de Atención Ampliado a la Salud (MAAS), es un modelo de tipo piramidal; con subsistemas de salud regionales y desconcentrado, es decir, incluye macro-regiones, meso-regiones y micro-regiones (López y Blanco, 2008 p.327).

A partir de esto, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal otorgan servicios de salud pública y de atención médica de primer nivel; estas acciones y servicios se enfocan a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como, el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y en su caso, rehabilitación de los padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica; todo ello, en beneficio de la población sin seguridad social laboral que reside en el Distrito Federal (figura 4.4) (Gaceta Oficial D.F. 2011).



Figura 4.4

Acciones de Atención Médica y Salud Pública de los Servicios de Salud Pública del D.F.



Fuente: Pérez, M. (2012).

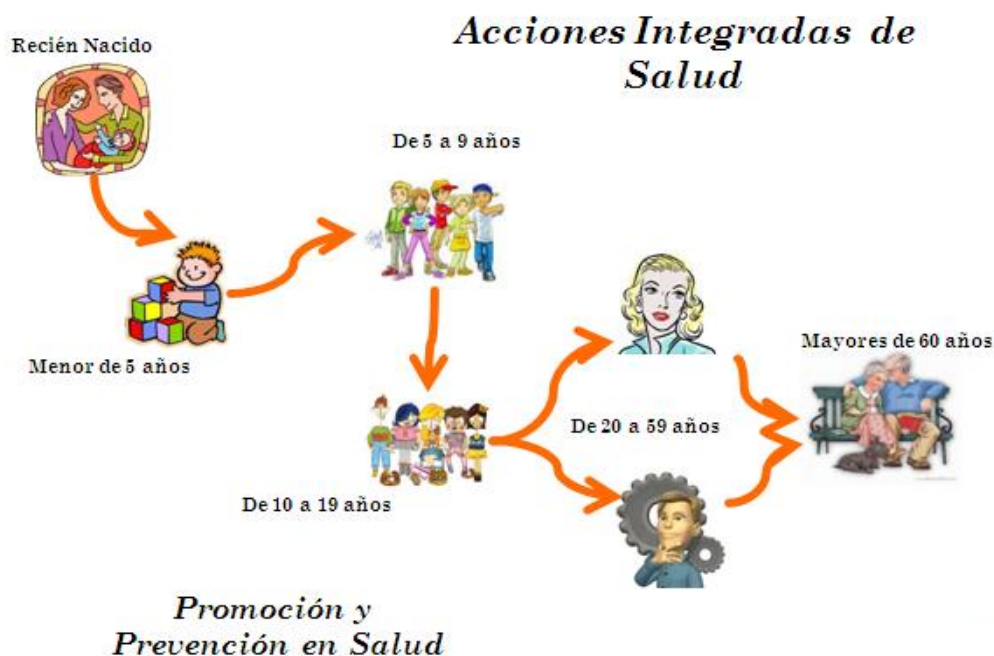
Como se ha mencionado, se consideran como un eje rector para los servicios de primer nivel de atención las acciones de promoción y prevención a la salud, las cuales se operativizan a través de la estrategia de *Acciones Integradas de Salud*; la estrategia implica ofertar una serie de actividades simultáneas de los diferentes programas de salud que opera la organización y que son aplicables según la edad y el sexo de cada usuario de los servicios de salud, estas en el momento en que el derechohabiente acude a la unidad de salud independiente del motivo de su visita, es decir, ya sea por consulta médica, por vacunas, por atención odontológica, etc..

Las acciones integradas de salud están definidas a partir de seis grupos de edad como se muestra en la figura 4.5; estas se sustentan en un control individualizado a través de las cartillas de salud, en las cuales las acciones de

salud otorgadas al usuario deben ser registradas por el personal de salud que las realizó.

Figura 4.5

Grupos por edad y sexo para Acciones Integradas de Salud en el D.F.



Fuente: Pérez, M. (2012).

Las acciones de salud que llevan a cabo los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal pretenden apoyar aproximadamente a 46 programas de salud, de los cuales 20 son considerados como prioritarios.

Sin embargo, y debido a las condiciones epidemiológicas que presenta la entidad, se destacan siete líneas sustantivas de atención, las cuales están asociadas a los grupos de edad y sexo ya mencionados, y son:

- Salud Sexual y Reproductiva
- Prevención de Sobrepeso y Obesidad
- Violencia de Género
- Salud Materna y Perinatal
- Seguridad Vial

- Prevención de Adicciones
- Prevención de Enfermedades Crónico Degenerativas

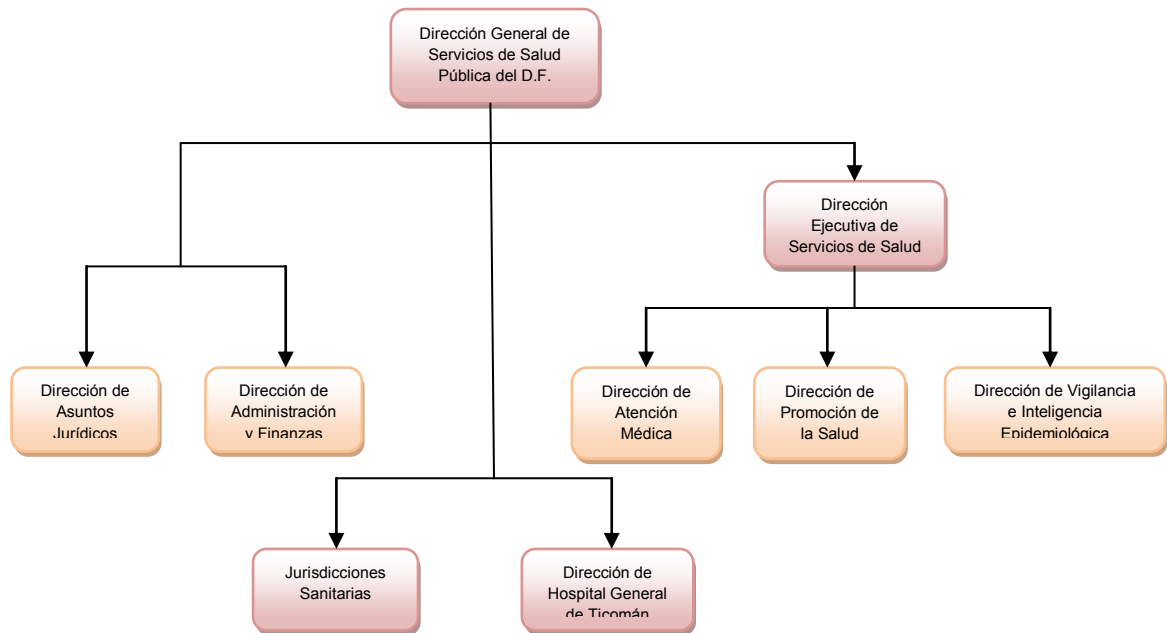
Como parte de las estrategias de atención especializada que ha implementado el Gobierno del Distrito Federal, destaca el *Programa de Atención Domiciliaria*, el cual tiene como propósito visitar a la población en condiciones de vulnerabilidad (discapacidad, enfermos crónicos, terminales y adultos mayores) y que por su condición física no pueden acudir a las unidades de salud, esto a través de equipos interdisciplinarios de salud, entre los que se encuentra también un trabajador social, profesional que tiene como una de sus funciones, asegurar las redes de apoyo primarias y secundarias en beneficio de los pacientes.

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal tienen además una coordinación estrecha con el Programa de *Adherencia Terapéutica*, programa de la Secretaría de Salud de la entidad, el cual busca acercarse vía telefónica a los pacientes con problemas crónico degenerativos a fin de establecer un vínculo directo y continuo que apoye a los mismos al no abandono de su tratamiento médico (GDF, 2011).

#### *Estructura de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*

En relación a la estructura, el organismo está integrado por la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, las Direcciones de Atención Médica, Promoción de la Salud, Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica, Asuntos Jurídicos, la Contraloría Interna, así como, el Ámbito Regional integrado por el Hospital General de Ticomán y las 16 Jurisdicciones Sanitarias (GDF, 2011), cuyo nivel jerárquico se observa en la figura 4.6.

**Figura 4.6**  
**Estructura Orgánica de los Servicios de Salud Pública del D.F.**



Fuente: Oficialía Mayor del GDF, autorizado a partir de octubre del 2007

Sobre las áreas que tienen la responsabilidad de coordinar y controlar a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal desde el nivel central o normativo, esta cuenta con 1 dirección general, 1 dirección ejecutiva, 5 direcciones de área, 14 coordinaciones, 34 subdirecciones, 1 contraloría, 6 jefaturas de unidad departamental, 3 líderes coordinadores de proyecto, 1 dirección de hospital (Hospital Ticomán), 2 subdirecciones de hospital, 16 jefaturas jurisdiccionales y 48 subdirecciones en las jurisdicción sanitarias.

*Infraestructura de los SSPDF.*

Los Servicios de Salud Pública para dar respuesta a la problemática de salud de la población sin seguridad social laboral residente en el Distrito Federal, actualmente tienen una capacidad instalada de 357 unidades distribuidas en las dieciséis jurisdicciones sanitarias y de los dos niveles de atención. A continuación

se mencionan de forma general la cantidad y los tipos de unidades que existen funcionando actualmente en la organización de primer nivel de atención (Tabla 3).

**Tabla 3**  
**Infraestructura de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

No	Tipo de Unidad
206	Centros de Salud (tipo I, II y III)
14	Clínicas de Especialidades
8	Medibuses
10	Caravanas de Salud (Tipo I, II y III)
6	Comunidades para Adolescentes
32	UNEME-CAPA (Centros de atención a las adicciones)
3	UNEME-E.C (Unidades de atención de enfermedades crónicas)

Fuente: Pérez, M. (2012) con información de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

Asimismo, se dispone de otras unidades consideradas de primer nivel por el tipo de atención que brindan y son, 70 Agencias de Ministerio Público con servicio médico y 3 Unidades Médico-Legales en Reclusorios, aunque es importante mencionar que estas últimas dos áreas dependen directamente de los Servicios Médicos de Urgencias del Gobierno del Distrito Federal (SSDF, 2011).

También se tiene instalada una red de 9 Unidades de Apoyo al Diagnóstico Clínico Oportuno, ubicadas estratégicamente en algunas de las principales estaciones del metro; en ellas se puede acceder a servicios de laboratorio clínico, ultrasonido (solo para mujeres embarazadas), electrocardiograma y odontología (preventiva), las cuales se pretende a mediano plazo incrementar a un total de 16, lo anterior con la finalidad de mejorar la cobertura de atención a la población derechohabiente al Seguro Popular, aspecto este último en donde una vez más el trabajador social es un ente de enlace importante a través de su participación en la afiliación al sistema de Protección Social en Salud, la referencia de pacientes y la

orientación sobre los servicios de las diferentes unidades de apoyo al diagnóstico, y por supuesto, el seguimiento de casos especiales.

Aquí, es importante mencionar que a pesar de contar como se ha descrito con esta red de servicios de salud, el Sistema de Salud del Distrito Federal muestra serias debilidades para responder a las necesidades reales de atención médica -según el grado de complejidad- que presenta la población, las cuales se ven reflejadas básicamente en la operación de los servicios; entre ellas destaca la insuficiencia tanto de infraestructura como de medicamentos para atender las demandas de la población, la fragmentación y desarticulación entre las unidades de los dos niveles de atención y la duplicidad de instalaciones en vez de fortalecer lo existente, y la inconsistente operación del sistema de referencia y contra-referencia de pacientes; lo anterior evidencia los serios problemas de atención integral de la población y la insuficiente calidad en la prestación de servicios de salud que brinda el personal de salud.

#### *Recursos humanos para la salud*

En relación a los recursos humanos del primer nivel de atención, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal cuentan con aproximadamente 4,373 profesionales de la rama médica y paramédica<sup>16</sup>. El modelo de atención a la salud se establece la integración de equipos interdisciplinarios, los cuales están conformados básicamente por médicos, enfermeras (clínica y campo), trabajadoras sociales y odontólogos, además de otros profesionales como se detalla en la tabla 4.

---

<sup>16</sup> La rama paramédica incluye al personal de apoyo a los servicios médicos, es decir, enfermeras, trabajadoras sociales, odontólogos, psicólogo, entre otros. Es importante mencionar que el dato o incluye personal de psicología, nutrición y algunos otros profesionales que laboran en la organización, por no haber conseguido el dato completo.

**Tabla 4**

**Personal Médico y Paramédico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

<b>Tipo de Personal</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Tipo de Personal</b>	<b>Cantidad</b>
Médicos en contacto con pacientes	1,240	<b>Trabajadoras Sociales en contacto con pacientes</b>	<b>617</b>
Médicos en otras actividades	206	Trabajadoras Sociales en otras actividades	78
Enfermeras en contacto con pacientes	1,637	Odontólogos en contacto con pacientes	375
Enfermeras en otras actividades	220	<b>Total de personal</b>	<b>4,373</b>

Fuente: Pérez, M. (2012) con información de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Es importante mencionar que el desglose del personal que labora en los SSPDF (tabla 4) por tipo de recurso profesional, sólo considera a la rama médica y paramédica, pero la organización también cuenta con personal de apoyo administrativo, el cual es necesario para el funcionamiento de las unidades de salud; al hablar de cantidad, ésta es semejante a la suma de las dos ramas antes mencionadas (SSPDF, 2011).

#### **4.4 Antecedentes de Trabajo Social en la organización**

En el devenir histórico de los servicios de salud ha habido una transformación del modelo de atención a la salud pública, modificándose con ello la condición de Trabajo Social como parte de los equipos de salud, así como sus funciones y actividades, las cuales -se cree- con grandes esfuerzos gremiales se han tratado de mantener.

La participación de trabajo social en los servicios de salud data de la década de los 50's, como visitadoras domiciliarias en casos de problemas de salud específicos; pero fue hasta 1981, con el surgimiento del Programa de Atención a

la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU) que se incorporó un número importante de trabajadores sociales (con la denominación de promotor de la salud<sup>17</sup>), que junto con médicos y enfermeras conformaron los equipos de salud, esto con la finalidad de prestar servicios de salud en las unidades de primer nivel de atención con el enfoque de atención primaria a la salud, así, cada equipo de salud tenía bajo su responsabilidad 500 familias o 3,000 habitantes distribuidos en una área geográfica determinada (DGSSPDF, 1993).

En esta época se capacitó al personal de Trabajo Social para organizar, promover, integrar y lograr la participación activa de la comunidad y propiciar su bienestar social; como profesionales se integraron en la atención médica, a la referencia y contrarreferencia de pacientes, en la elaboración de estudios de comunidad y estudios socioeconómicos a individuos y familias, y se planteó su participación en el seguimiento de casos para la vigilancia epidemiológica y otros problemas importantes de salud.

En 1984, con el Programa de Medicina Familiar, las actividades de Trabajo Social se plantearon con la misma metodología y en apoyo a los programas sustantivos que definió el Plan Nacional de Salud 1984–1988; en esta época se consideró para cada trabajador social el mismo número de familias o habitantes en el área de responsabilidad del modelo anterior (Secretaría de Salud, 1988).

Para 1988, las funciones de trabajo social fueron redefinidas, así el profesional se planteó, debía participar activamente en todos los programas de salud desarrollados en la unidad de salud, colaborar en la elaboración del estudio de comunidad y diagnóstico de salud, promover e integrar grupos intramuros y extramuros, coordinar y controlar las actividades de los promotores de salud,

---

<sup>17</sup> Es importante mencionar que pese a la contratación como promotor de salud, se realizó trabajo gremial y casi una década después, se consiguió la codificación del personal como trabajador social en área médica "A", estableciendo este como pie de rama para la codificación del personal.



participar en reuniones de trabajo y en supervisiones, y mantener coordinación con el área de enseñanza y capacitación.

Y como actividades de trabajo social se plantearon las siguientes:

- Planear las actividades de trabajo en equipo.
- Participar en la atención integral del paciente.
- Promover, integrar, capacitar y controlar los diferentes grupos del centro de salud.
- Promover la participación de la comunidad en actividades programadas.
- Intervenir en reuniones de comités de salud.
- Mantener coordinación intra y extra institucional.
- Participar en actividades de capacitación e investigación.
- Controlar e informar sistemáticamente las actividades realizadas a las autoridades competentes (Secretaría de Salud, 1988).

Un dato de gran relevancia sobre Trabajo Social en la organización, es que después del sismo de 1985, la situación que vivió el Distrito Federal permitió la salida de un gran número de recursos de trabajo social hacia otros estados de la república, lo que ocasionó un desequilibrio de este recurso en los Módulos de Medicina General Familiar que en ese entonces había, y a partir de ese momento, la población de responsabilidad que tenía cada trabajador social se triplicó, es decir, se asignó a cada profesional tres módulos o 7,500 personas, situación que con el tiempo se creó, empezó a evidenciar problemas para el desempeño de una práctica profesional con metodología y posibilidades reales de respuesta a los problemas y necesidades que en materia de salud presentaba la población.

Para 1993, con la integración de los Módulos de Atención Integral una vez más se redefinen las acciones de Trabajo Social en el Centro de Salud Urbano; estos consideran como actividades genéricas para este profesional el planear, organizar, ejecutar, informar y evaluar las actividades realizadas, y como actividades específicas establece:

- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la unidad.
- Elaborar programa anual de trabajo.

- Efectuar el diagnóstico situacional.
- Realizar estudios socio-médicos a pacientes.
- Mantener coordinación con otros servicios y/o instituciones de los sectores público, social y privado.
- Apoyar la operación de los comités locales de salud.
- Coordinar, dar seguimiento y participar en evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Participar en investigaciones.
- Gestionar recursos.
- Realizar actividades técnico-administrativas y docentes que se le asignen e informar las acciones realizadas (DGSSPDF, 1993).

En 1994, como parte de la integración del servicio al nuevo modelo de atención a la salud, se elaboró la Guía de Actividades del Trabajador Social en el Módulo de Medicina General Familiar, documento en donde se plantean como Actividades Genéricas del servicio: investigar, planear, organizar, ejecutar, informar y evaluar las actividades de apoyo clínico y con proyección al desarrollo de la comunidad. Se definen también actividades específicas en apoyo a los programas sustantivos que en ese momento incluía el modelo de salud (DGSSPDF, 1994).

En esta época, el modelo de salud retomó el planteamiento de integrar a un trabajador social a cada Módulo de Medicina General Familiar, situación que a pesar de los esfuerzos administrativos que se hicieron, no fue posible lograr la contratación de más recursos para complementar los módulos existentes.

Así, funcionalmente se continuó laborando con un trabajador social por cada tres módulos e incluso, en algunas unidades de salud el indicador se incrementó hasta un recurso por cada seis módulos o de 12,000 a 15,000 habitantes, condición que agudizó aún más el desarrollo de las actividades de Trabajo Social en el primer nivel de atención.

Después de esto, se considera que se presentó un *“letargo histórico”* de la profesión que duró aproximadamente 18 años, donde a pesar de algunos esfuerzos importantes no se logró trascender dentro de los Servicios de Salud

Pública del Distrito Federal y en cambio, el área fue perdiendo presencia ante los demás profesionales de salud y en la misma organización.

Así, solo se pudo integrar años después un diagnóstico situacional del servicio y una propuesta de modelo para la operación del mismo, aunque no se logró concluir, por ello el servicio a este momento no cuenta con documentos técnico-administrativos actualizados que orienten la práctica profesional de Trabajo Social dentro del primer nivel de atención a la salud.

En el diagnóstico realizado en ese periodo, se definió que Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal debería tener como misión:

*Otorgar servicios eficientes de trabajo social que permitan la satisfacción de las demandas de atención, convirtiéndose en un puente de enlace efectivo y eficaz entre la población y la institución (SSPDF, 2011).*

Y, como visión:

*Alcanzar el bienestar común al brindar servicios en el ámbito de la salud por profesionistas de trabajo social a la población en general para propiciar en ellos el deseo de superación y el trabajo en equipo (SSPDF, 2011).*

Situaciones que por las condiciones de falta de una estructura definida al interior de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal solo quedó plasmada en los documentos de trabajo y no trascendió ni oficial ni operativamente.

#### **4.5 Generalidades de la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud**

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal es la única instancia de primer nivel de atención a nivel nacional que tiene un número -aunque insuficiente para las características *siu-generis* de la entidad- importante de trabajadores sociales y por consiguiente, requiere contar con documentos normativos que

orienten la práctica profesional hacia el logro de la misión<sup>18</sup> y visión<sup>19</sup> de la organización social, así como, que responda a los problemas y necesidades en salud que presenta la población abierta residente en el Distrito Federal, que asciende aproximadamente a poco más de 4 millones de personas (SSDF, 2011).

Con el propósito de intentar dar cumplimiento a la misión y visión planteadas primero para la organización y para el servicio, se cuenta con 695 trabajadores sociales de los cuales el 80% (556 recursos humanos), están en contacto directo con pacientes, es decir, laboran a nivel operativo en apoyo a los núcleos básicos de salud (SSPDF, 2011).

Existen además, 78 trabajadores sociales (11.2%) que realizan actividades de supervisión y coordinación del servicio en los diversos niveles estructurales, es decir, hay 11 compañeras a nivel central y 24 en las áreas jurisdiccionales, las cuales se dedican principalmente a las actividades de control administrativo del servicio; se cuenta con 43 compañeros más que apoyan estas acciones administrativas directamente en las 220 Unidades de Salud dependientes de las dieciséis jurisdicciones sanitarias (SSPDF, 2011).

Y 61 trabajadoras sociales más (8.8%), que están integradas a servicios de apoyo a programas específicos y/o prioritarios como, la atención para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en las Unidades Médicas de Capacitación de Enfermedades Crónico Degenerativas (UNEME-EC), las Unidades de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), entre otras (SSPDF, 2011).

Como parte de lo que se podría considerar su *deber ser*, el trabajador social se integra al equipo de salud para efectuar su práctica profesional en la relación que se da entre los sujetos, la salud, y los factores sociales que inciden en ella; es un

---

<sup>18</sup> La misión es prestar servicios de salud con equidad, calidad, suficiencia, sin discriminación alguna, ampliándolos fundamentalmente a las personas que carecen de seguridad social... Busca avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención a la salud de las personas que carecen de seguridad social (SSDF, 2011)

<sup>19</sup> La visión se orienta a cubrir a la totalidad de los habitantes sin seguridad social del D.F., mediante el desarrollo de un sistema de salud universal, anticipatorio, resolutivo, eficiente, participativo, integrado, socialmente eficaz y decididamente equitativo... tiene bajo su responsabilidad la construcción de un sistema de salud integral...(SSDF, 2011)

profesional que cuenta con elementos teóricos, metodológicos y prácticos propios de su disciplina que le permiten apoyar además de las acciones de atención, fundamentalmente las de promoción y prevención de la salud, estrategias que se consideran pilares en la atención primaria a la salud debido a que a través de ellas se busca favorecer y mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, además de que es la razón de ser de las unidades de primer nivel de atención.

En la actualidad, las funciones asignadas oficialmente al trabajador social no han sufrido modificaciones desde 1994, por ello, y sin tener la certeza, se trabaja considerando algunos de los aspectos que establece la Guía de Actividades de Trabajo Social en los Módulos de Medicina General Familiar, esto a pesar de la implementación de diferentes modelos de salud desde ese año a la fecha.

La guía de actividades como ya se refirió, establece como funciones genéricas para el profesional, investigar, planear, organizar, ejecutar informar y evaluar las actividades de apoyo clínico y con proyección a la comunidad.

En la actualidad, las actividades generales que se considera puede estar realizando el trabajador social, y que en su totalidad no están referidas en el documento mencionado ni en el Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAAS), modelo de salud vigente son:

- Entrevistas
- Visitas domiciliarias
- Pláticas
- Gestiones y coordinaciones institucionales
- Organización de cursos a la población en general
- Formación, organización y control de grupos comunitarios
- Formación, organización y control de grupos de ayuda mutua
- Elaboración y distribución de materiales educativos
- Organización de eventos, ferias de salud, jornadas de salud, etc.
- Trámites administrativos para asegurar la atención oportuna de los usuarios de los servicios
- Participación en investigaciones en salud, aunque esto sea ocasionalmente

- Y una serie de actividades administrativas que absorben una cantidad importante de tiempo laboral

Asimismo, y tampoco definido claramente en los documentos técnico-normativos existentes para el servicio, el trabajador social ha venido desarrollando su práctica profesional intra y extramuros, es decir, en los centros de salud, en planteles educativos, o en la comunidad.

Es importante mencionar que en dichos documentos tampoco se identifica claramente el planteamiento teórico y conceptual que sustente la práctica profesional de Trabajo Social, ni los sujetos hacia quienes realiza su intervención; situación que pudiera contribuir en la presencia de limitaciones para lo que se considera, como una acción científicamente sustentada.

Trabajo Social como parte de su práctica profesional también contribuye de forma importante en la implementación de la política social de la entidad, esto a través de brindar el acceso a los servicios de salud a la población sin seguridad social laboral, así como, de aquella que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social. Esto operado a través de la Afiliación a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la población sin Seguridad Social Laboral residente en el Distrito Federal, y con la colaboración importante para la Afiliación y Reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular); así como en la difusión de sus principales componentes de atención, acciones que son estratégicas para la organización pues de ello depende la asignación de recursos financieros para el funcionamiento del sistema de salud de la entidad.

De igual forma, el profesional juega un papel crucial en la coordinación, gestión y control del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, acciones importantes debido a que propician, por un lado, el enlace entre los niveles de atención y otras organizaciones de salud públicas o privadas, y por otro lado, porque se constituye como el vínculo al interior de la organización para favorecer

la atención de los usuarios de los servicios de salud, es decir, el paciente<sup>20</sup>, incidiendo positivamente con esto, en la disminución de las barreras y/o limitaciones que se dan entre la organización y la población en materia de atención oportuna a la salud; asimismo, Trabajo Social es el profesional responsable de dar seguimiento a los pacientes referidos a otros niveles de atención, asegurando con ello, la atención oportuna de los mismos.

El trabajador social también debe contribuir en la elaboración del diagnóstico situacional y de salud comunitario; esto a partir de la integración de perfiles de la población, en los cuales se incluye información puntual de los factores demográficos, políticos, económicos y sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad de su área de responsabilidad.

El profesional debe promover, integrar y coordinar la capacitación y participación de grupos comunitarios desde su ámbito local, es decir, trabajar en acciones de educación para la salud con Comités Locales de Salud, con Promotores de Salud y Grupos de Ayuda Mutua, así mismo, con embarazadas, con responsables de niños menores de 5 años, entre otros.

La orientación-consejería en casos de alta vulnerabilidad (violencia, VIH-SIDA, planificación familiar, entre otros), es otra de las acciones que el trabajador social tiene asignada como parte importante de su práctica profesional.

Trabajo Social brinda apoyo a los diferentes programas de salud, los cuales son alrededor de 46; estos como ya se mencionó son definidos por la política de salud local y son operados a través de los Servicios de salud Pública del Distrito Federal y sus equipos interdisciplinarios de salud.

Los programas de salud de acuerdo a su línea programática tienen diferente denominación, se ahí que a los que se consideran como sustantivos, son a los que se da un mayor énfasis de colaboración el profesional, entre estos se encuentran

---

<sup>20</sup> A la persona o personas que acuden a solicitar servicios de salud a las unidades médicas, se le ha considerado como paciente, pero también se le puede referir como usuario, derechohabiente, población beneficiaria, población abierta o población sin seguridad social laboral.

el programa de prevención de Cáncer en sus diferentes tipos (Cérvico-Uterino y Mamario, de Próstata entre otros), el de prevención de Enfermedades Crónico Degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, entre otros), el de prevención de Accidentes Viales, el de prevención de Adicciones (Alcohol, Tabaco, etc.) y el de prevención de la Violencia de Género.

El servicio de Trabajo Social retoma también para desarrollar su práctica profesional los programas que se consideran prioritarios por estar dentro de la estrategia Nacional Caminando a la Excelencia, la cual se presenta como una área de oportunidad en la aplicación de los programas de salud y así, mejorar la calidad en la prestación de servicios para una mejor salud de la población del Distrito Federal, y son:

- Programa de Acción para la prevención de accidentes
- Programa de Acción para la prevención de adicciones
- Programa de Acción para la atención del envejecimientos
- Programa de salud mental
- Programa de Acción para la prevención del cáncer cérvico-uterino
- Programa de Acción para la prevención del cáncer de mama
- Programa de Acción para la prevención del cáncer de próstata
- Programa de Acción para la prevención del cólera
- Programa de Acción para la prevención de la diabetes mellitus
- Programa de Acción para la prevención del sobrepeso y obesidad
- Programa de prevención de rabia
- Programa de Acción para la infancia
- Programa de Acción para la prevención del riesgo cardiovascular
- Programa de Acción de salud bucal
- Programa de Acción de salud materna y perinatal
- Programa de Acción de salud sexual y reproductiva
- Programa de Acción para la prevención de la tuberculosis
- Programa de Acción para la prevención del VIH SIDA
- Programa de atención domiciliaria a grupos vulnerables
- Programa de Acción para la vigilancia epidemiológica



Asimismo, el trabajador social apoya sistemáticamente las estrategias centrales de la política de social y de salud local como la de “Muévete y Metete en Cintura” la cual pretende incidir en el sobrepeso y obesidad; la Campaña “No te Embarques” dirigida promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes; la Campaña de Prevención de Adicciones que se opera a través de “Espacios libres de Tabaco” y otras adicciones, entre otras.

No se pueden dejar de mencionar las actividades que realiza el profesional en apoyo a las Semanas Nacionales de Salud, en las que se incluyen acciones de prevención y promoción a la salud en programas como Vacunación Universal, Enfermedades Diarreicas y Parasitarias, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades relacionadas con la Salud Materna y Perinatal y las dirigidas a la Prevención del VIH Sida e Infecciones de Transmisión Sexual; así de forma general Trabajo Social debe realizar acciones de atención médica y de promoción y prevención de la salud

La práctica profesional del trabajador social dentro de la organización de salud retoma en su práctica profesional también dos componentes centrales de la estrategia general de calidad de la atención (*SI Calidad*), el trato digno -entendiendo a este como todas aquellas acciones que aseguran una atención humana, oportuna e integral de los usuarios de los servicios-, y el aval ciudadano<sup>21</sup> -estrategia que busca sentar las bases para la creación de ciudadanía en salud-.

Estos componentes según la Ley de Salud de la entidad, son indispensables para asegurar la prestación de servicios de salud de calidad y en los cuales Trabajo Social se considera un profesional importante por las acciones de enlace-coordinación, como educador y promotor dentro de los Servicios de Salud Pública

---

<sup>21</sup> El aval ciudadano surge de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se integra por grupos y organizaciones civiles, con representatividad social, prestigio y credibilidad ante la población facultados para visitar las unidades de salud y avalar las acciones a favor del trato digno, y a garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad. Es un mecanismo efectivo de participación ciudadana en el mejoramiento de la calidad de los servicios. Opera con una estructura y organización propia dentro de los diferentes contextos que tienen las unidades de salud y propone un reparto equitativo de derechos y responsabilidades tanto de los servidores públicos, como de los derechohabientes de los servicios de salud (Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2004).

del Distrito Federal; esto además por coincidir con sus principios, valores y propósitos profesionales.

Este es el panorama general sobre lo que se considera son las acciones que debe o debería estar desempeñando como parte de su práctica profesional el trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública de Distrito Federal.

Sin embargo, ante la limitaciones estructurales y técnico-normativas con las que se enfrenta el servicio y los diferentes contextos territoriales y/o posturas políticas locales, es importante poder explorar su realidad operativa, es decir, saber qué y cómo es verdaderamente esta práctica profesional, desde donde surgen o se retoman operativamente dichas acciones, si están vinculadas a referentes teóricos y metodológicos, que tipo de instrumentos utilizan para su práctica profesional y aún más, si consideran las condiciones sociales y de salud de la población que tienen dentro de su área de responsabilidad; componentes que según García (1992) y Galeana (2004), son necesarios para la práctica profesional y aún más, para asegurar que dicha práctica sea efectiva.

En base a lo expuesto, a continuación se presenta la descripción general de los resultados que se obtuvieron con esta investigación, y con los que se pretende obtener respuesta a los supuestos de trabajo planteados.

# **CAPITULO 5**

## **Descripción y Análisis de Resultados.**

---

Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud debe buscar incidir positivamente en los factores sociales que intervienen el proceso salud-enfermedad, por ende, su desempeño o práctica profesional debe ser diseñada y operada a partir de lo que establece la organización, las condiciones de salud-enfermedad que presentan los usuarios de los servicios de salud, así como, del contexto socio- demográfico, político y económico en que se encuentran insertos.

En base a lo anterior, y a partir de la interrogante sobre *¿Cuáles son las principales características de la práctica profesional de trabajo social en el primer nivel de atención, y su relación con los usuarios y modelo que opera el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal?*; en el presente capítulo, se describen los resultados obtenidos en la indagación realizada tanto de la investigación documental, como de la aplicación del instrumento al personal operativo de Trabajo Social de los Servicios de salud Pública del Distrito Federal, durante el 2013.

Referentes que en conjunto permitirán inferir si la práctica profesional cuenta con sustento teórico-metodológico, y si responde tanto a los propósitos del modelo de salud actual, como a los aspectos sociales que determinan las condiciones de salud-enfermedad de los usuarios o derechohabientes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

#### *Investigación documental*

En relación a la revisión de las características de la organización, ya en el capítulo anterior se presentaron las generalidades del modelo, estructura y funcionamiento actual de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, por lo que en este apartado se dará inicio con la descripción del perfil demográfico, social y epidemiológico de la población, ya que según García Salor (1991), esto favorece el conocimiento de los sujetos sociales y ayuda a configurar el objeto de intervención de los trabajadores sociales en el primer nivel de atención a la salud.

Asimismo, se presenta un análisis de algunos documentos normativos y de los registros cotidianos que elabora Trabajo Social a partir del desarrollo de su práctica profesional, esto como parte del marco de referencia que debe sustentarla (García, 1991).

Ambos aspectos permiten en un inicio -desde la relación macro y meso-social-, ir configurando la relación de la práctica profesional de Trabajo Social con el modelo de salud y los aspectos socio-epidemiológicos de la población, uno de los objetivos planteados para este trabajo de investigación.

### 5.1 Semblanza demográfica, social y epidemiológica del Distrito Federal.

El Distrito Federal es la capital de México, se ubica en el centro del país y es la entidad que cuenta con la menor extensión territorial al contar con tan solo 1,495 km<sup>2</sup> lo que equivale al 0.1% del territorio nacional; presenta una densidad población de casi 6,000 hab/km<sup>2</sup> (figura 5.1).

**Figura 5.1**  
**Distrito Federal, ubicación, territorio y densidad de Población**



Fuente: Pérez, M. (2014) con imagen web y datos de INEGI, 2011.

En el Distrito Federal se concentran los tres poderes de la nación y los ámbitos políticos, académicos, económicos, financieros y culturales más importantes del país; es una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propio, con plena capacidad para adquirir y poseer toda clase de bienes que le sean necesarios para la prestación de los servicios públicos a su cargo, y en general, para el desarrollo de sus propias actividades y funciones (Cámara de Diputados, 2011).

A pesar de lo anterior, y de ser considerada una entidad con un índice de desarrollo humano alto y grado de marginación bajo, muestra grandes contrastes ya que tiene dentro de su territorio una de las zonas con mayor índice de desarrollo humano a nivel nacional como lo es la delegación Benito Juárez, pero también presenta zonas consideradas de alta marginación urbana como lo es Milpa Alta.

El Distrito Federal por ser la capital del país, presenta un fenómeno migratorio importante lo que le ha llevado a configurarse como un mosaico pluricultural, el cual además del incremento en la demanda de servicios, requiere de establecer estrategias que limiten las condiciones de marginación y exclusión social y favorezcan a su vez, el bienestar de su población.

### *Aspectos demográficos*

En relación a los aspectos demográficos, el Informe sobre Indicadores Básicos de México 2010 refiere que el Distrito Federal cuenta con una población total de 8, 846,752 habitantes, de los cuales el 52% son mujeres y el 48% restante son hombres.

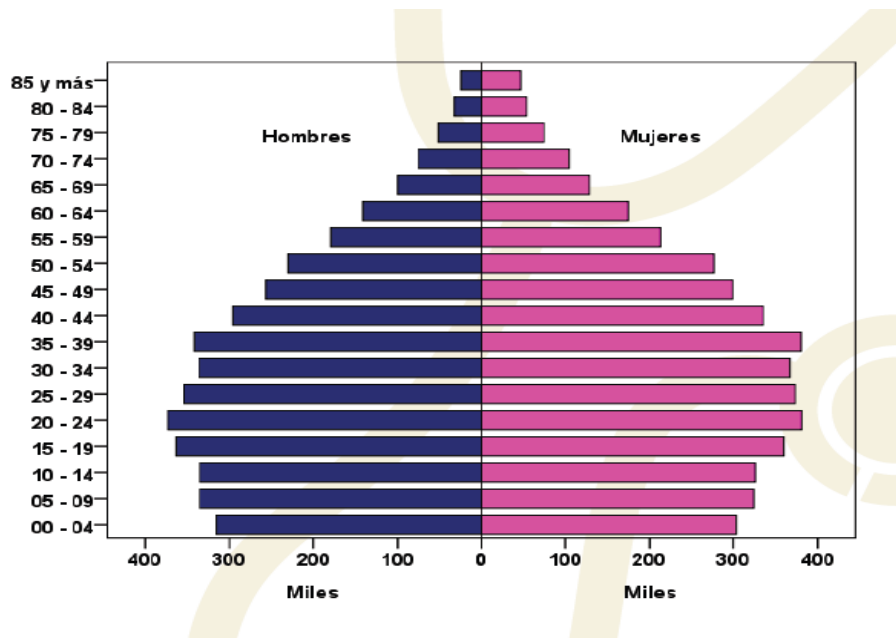
Referente a grupos de edad, destaca que el 21.7% de su población corresponde a menores de 15 años, cifra menor al porcentaje nacional que es de 28.1%, en contraste, la población de más de 15 años es mayor en relación al porcentaje nacional, es decir, de 15 a 64 años la entidad cuenta con el 70.7% del total de sus habitantes, mientras que a nivel nacional la proporción es de 66%; en los mayores de 65 años, el grupo poblacional se incrementa aún más ya que la

capital del país cuenta con un 7.7% de adultos mayores y a nivel nacional, estos corresponden sólo al 5.9% (OPS-SS, 2010).

El Distrito Federal presenta una tasa de crecimiento de 0.1, y una tasa de natalidad de 14.6, cifra menor a la que se presenta a nivel nacional (0.8); en relación a la tasa de fecundidad, esta es de 1.7 y la de natalidad corresponde al 14.6, ambas igual por abajo de las que se dan en el país.

Así, la transición demográfica –entendida como el incremento de la población un periodo determinado, a partir de la modificación efectiva en las tasas de natalidad y mortalidad- del Distrito Federal refleja un incremento a partir de la población adolescente, por lo que se le considera en general como una población joven en proceso de envejecimiento (GDF, 2011), datos que son evidentes en la pirámide poblacional de la entidad para el 2010 (figura 5.2), en donde se observa un decrecimiento en la población infantil y un ensanchamiento de la pirámide a partir de la población joven (15 años y más).

**Figura 5.2**  
**Pirámide poblacional del Distrito Federal, 2010.**



Fuente: Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2012.

Otros elementos que han contribuido a esta transición demográfica son por un lado, el control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación y por otro, el incremento significativo de la esperanza de vida, la cual presenta un promedio general de 76.3 años (73.8 años en hombres y 78.8 para mujeres), edad por arriba del promedio nacional que corresponde a 75.4 años (OPS-SS, 2010), aspectos que necesariamente deben ser considerados en el diseño del modelo de salud, el cual debe asegurar la atención oportuna tanto de los padecimientos de estos grupos de población, como de las estrategias de promoción y prevención que retrasen los daños a la salud de estos grupos de edad.

### *Aspectos sociales*

Otros datos que llaman la atención en una sociedad por su relación con aspectos sustantivos para el desarrollo social, es lo referente a educación, vivienda e ingresos, datos que en el Distrito Federal son significativos por ser la capital del país.

En cuanto a educación, el Informe sobre Indicadores Básicos de México 2010 que presenta la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que el 2.1% de la población mayor de 15 años aún es analfabeta, porcentaje menor al que se tiene del nivel nacional; que el 96.4% de la población entre 6 a 14 años asiste a la escuela (OPS-SS, 2010), y que el 8.7% de los mayores de 15 años aún no ha concluido la educación primaria (CONAPO, 2010), porcentaje que llama la atención primero por ser la capital del país y básicamente, por la falta de oportunidades para un mayor desarrollo académico y de competencia profesional a mediano plazo para los jóvenes, y por ende, de acceso de un empleo que permita en el futuro tener un ingreso digno y suficiente para mejorar las condiciones de vida de este grupo tan importante de población.

En relación a vivienda, la mayor parte de estas en la entidad están construidas de materiales definitivos; el 97.7% de las casas cuentan con agua entubada en el domicilio, el 99.1% tiene drenaje y el 99.6% energía eléctrica; todos estos servicios por arriba de la media nacional (OPS-SS, 2010). El promedio de



habitantes por vivienda es de 3.6 (INEGI, 2011); y el 26.08% de las casas presentan algún nivel de hacinamiento (CONAPO, 2012), dato este último que por sí mismo tiene un impacto importante en las condiciones de salud de las personas que lo viven, por lo que es necesario la identificación y realización de acciones de educación focalizadas que contribuyan a limitar esta condición de riesgo para la salud.

Un aspecto más que se asocia con el nivel de pobreza es el piso de la vivienda, en relación a esto, solo el 1.1% de las casas del Distrito Federal aún tienen piso de tierra (OPS-SS, 2010), domicilios que se localizan básicamente en las delegaciones de la periferia de la entidad como lo es Milpa Alta, Cuajimalpa, Tlalpan, entre otras.

En lo referente a ingresos, el 28.51% de población ocupada en el Distrito Federal recibe ingresos hasta por dos salarios mínimos (CONAPO, 2012), de ahí que se considere como ciudad de “clase media”, aunque es importante mencionar que por ser área de concentración de población migrante, la entidad cuenta con población en condiciones de pobreza extrema, en condiciones de marginación y exclusión social, situaciones que les limita a su vez, al acceso oportuno de los servicios de salud.

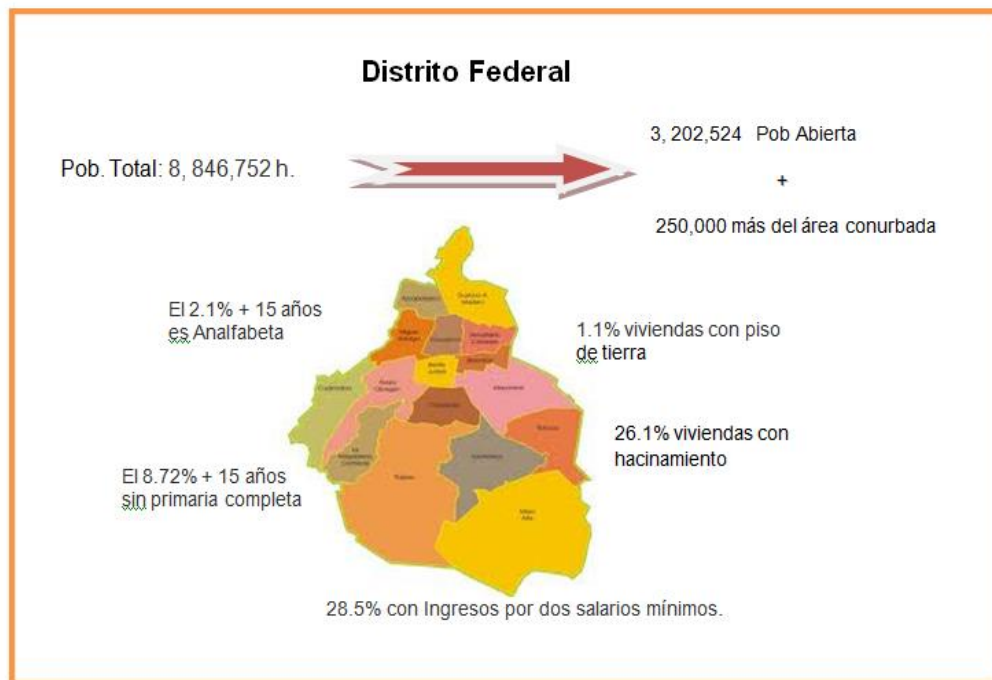
A partir de estos indicadores, el Distrito Federal es considerado por el Consejo Nacional de Población como una entidad con nivel de marginación Muy Bajo y solo la delegación de Milpa Alta, se tipifica con un nivel de marginación bajo (CONAPO, 2010).

La figura 5.3 muestra una recapitulación sobre algunas de las circunstancias sociodemográficas referidas y que se relacionan directamente con las condiciones de salud de los sujetos sociales, esto ante la necesidad de ser visualizarlas desde los Servicios de Salud Pública en general y desde Trabajo Social en específico *—ya que es el profesional de salud con una visión holística y que ve a la salud como un acto social y no como resultado solamente de los aspectos biológicos (Falk s/f)—*, debido a que es el profesional que desde esta visión puede aportar

para el diseño de estrategias operativas que contribuyan a transformar positivamente dichos aspectos ya que inciden o en la mayor parte de los casos, se consideran determinantes de las condiciones de salud y de vida de la población que reside en el Distrito Federal (OMS, 2005); las cuales además fomentan la injusticia social.

**Figura 5.3**

**Características Socio-Demográficas del Distrito Federal, 2010.**



Fuente: Pérez, M. (2014) Imagen web y con datos de OPS-SS, 2010, INEGI, 2011 y CONAPO, 2012.

Lo anterior, en consideración a los planteamientos filosóficos de la atención primaria a la salud -la estrategia de promoción de la salud, así como desde una visión de determinantes sociales de la salud-, la cual permite a partir de sus funciones empoderar a la población para el ejercicio pleno de su derecho a la salud y por ende, mejorar calidad de vida.

### *Aspectos epidemiológicos*

De los aspectos fundamentales que se consideran para definir el perfil epidemiológico de una población, está el saber de qué se mueren y de qué se enferman, es decir, conocer su mortalidad y morbilidad.

Los datos generales de la Secretaria de Salud del Distrito Federal sobre esto, refieren en los últimos años un incremento significativo de atenciones otorgadas a enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos que por sus complicaciones cada vez más tempranas favorecen un incremento significativo de costos de atención, así como los primeros motivos de mortalidad general.

En la tabla 5, se presenta un panorama sobre las principales causas de muerte general en el periodo comprendido de 2009 al 2011 en el Distrito Federal; en esta se observa a la diabetes mellitus como primer lugar de mortalidad, las enfermedades del corazón en segundo lugar, y las enfermedades cerebro - vasculares ubicadas en tercer sitio; en contraste, destaca la presencia en cuarto lugar las muertes por enfermedades infectocontagiosas y en el último lugar de la tabla se observan las defunciones por condiciones llamadas emergentes y re-emergentes como son los accidentes, específicamente los homicidios (SSDF, 2013).

Los datos muestran que durante tres años (2009-2011), la mortalidad general de la población del Distrito Federal no tuvo variación, aunque llama la atención la combinación de causas de muerte relacionadas con los cambios demográficos y condiciones de vida (Picchio, A. 2009), por lo anterior, es necesario replantear desde su base filosófica, funcional y operacional el sistema local de salud a fin de que este logre en un tiempo lo más corto posible, incidir positivamente en las primeras causas de muerte de la población, ya que estas se están presentando en sujetos cada vez más jóvenes.

**Tabla 5**

**Principales causas de defunción que presenta la población del Distrito Federal 2009 a 2011, SSPDF.**

2009		2010		2011	
ENFERMEDADES	Total	ENFERMEDADES	Total	ENFERMEDADES	Total
Diabetes mellitus	8,953	Diabetes mellitus	9,236	Diabetes mellitus	9,125
Enfermedades isquémicas del corazón	7,445	Enfermedades isquémicas del corazón	8,108	Enfermedades isquémicas del corazón	8,008
Enfermedad cerebrovascular	2,741	Enfermedad cerebrovascular	2,935	Enfermedad cerebrovascular	2,575
Infecciones respiratorias agudas bajas	2,470	Infecciones respiratorias agudas bajas	2,363	Infecciones respiratorias agudas bajas	2,132
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,979	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,049	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,049
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,901	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,898	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,887
Enfermedades hipertensivas	1,525	Enfermedades hipertensivas	1,569	Enfermedades hipertensivas	1,473
Nefritis y nefrosis	1,172	Nefritis y nefrosis	1,197	Nefritis y nefrosis	1,249
Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	823	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	800	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	799
Agresiones (homicidios)	699	Agresiones (homicidios)	773	Agresiones (homicidios)	696

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 2012.

Situaciones que colocan a la entidad en un riesgo demográfico, social, político y económico importante por los costos de atención-rehabilitación, por la pérdida de años de vida saludable y fundamentalmente, por lo que pudiera incidir en la disminución en la esperanza de vida de la población.

En base a lo anterior, los padecimientos crónico-degenerativos se presentan como las prioridades para su atención médica integral dentro de los servicios de primer nivel de atención a la salud, esto en virtud de que se encuentran asociados a los estilos de vida y por ende, son modificables.

Así entonces, se requiere de intervenciones educativas predominantemente anticipatorias, universales, incluyentes y en desde el trabajo con los determinantes sociales de la salud y no totalmente dirigidas a la atención de enfermedades como hasta ahora se ha venido llevando a cabo en el primer nivel de atención a la salud; acciones en donde los trabajadores sociales por su perfil profesional puede ser un eje fundamental tanto para la planeación, como para la implementación de estrategias de promoción de la salud dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; esto a través de la educación, organización, participación y gestión social (funciones sustantivas de la profesión y que son vinculantes con las funciones de la promoción de la salud), y contribuir a dar respuesta integral a dichas problemáticas de salud; en palabras de García (1991), desarrollar una práctica profesional que busque transformaciones paulatinas que apoyen el desarrollo de capacidades en los sujetos para contribuir a un mayor bienestar social.

Otros datos de relevancia sobre los daños a la salud y su relación con las condiciones de desarrollo de una nación, son las defunciones en mujeres y niños; en relación a la primera, la razón de mortalidad materna del Distrito Federal según el Informe de Indicadores Básicos de México en 2010, fue de 58.8 x 100,000 nv, cifra muy por arriba de la que tiene el país (51.5); en relación a la tasa de mortalidad infantil esta fue de 15.8 y la tasa de mortalidad perinatal de 21.8, ambas igual por encima de las cifras que se presentan a nivel nacional que son de 15.0 y 20.2 respectivamente.

Esta situación habla de la urgencia de implementar acciones para el re-diseño de estrategias tanto de promoción a la salud como de aquellas que aseguren el acceso oportuno y eficaz a los servicios de salud para estos grupos de población; lo anterior, para contribuir en la disminución de las defunciones en este grupo de población debido al costo social que ellas conllevan, y que colocan a la entidad como una sociedad con grandes rezagos sociales. Aquí una vez más, el trabajador social como parte de los equipos de salud y con el desempeño de una práctica profesional configurada teórica y metodológicamente, pero principalmente basada en el conocimiento de las condiciones sociales que rodean a estos grupos de población, puede incidir positivamente ante esta problemática social y así, apoyar a disminuir las brechas de injusticia social que muestra aún la capital del país, el Distrito Federal.

En relación a las principales enfermedades que presenta la población (morbilidad) residente en el Distrito Federal (otro de los aspectos centrales del perfil epidemiológico), las infecciones respiratorias, las infecciones intestinales, las infecciones de vías urinarias y los problemas bucales continúan siendo los padecimientos de mayor demanda de atención en las unidades de primer nivel de atención a la salud.

El panorama que se presenta del 2008 al 2010 (tabla 6), evidencia la transición epidemiológica que experimenta el Distrito Federal y que de igual forma vive México, es decir, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y la persistencia a su vez, de enfermedades infecciosas como las respiratorias, las intestinales, las conjuntivitis y los padecimientos bucales (SSPDF, 2013); condiciones agudas que contrastan con los padecimientos crónicos que generan los principales daños a la salud y que habla de la insuficiente efectividad de las acciones de prevención implementadas por el sistema de salud local a la fecha.

**Tabla 6**  
**Principales enfermedades que presenta la población del Distrito Federal 2008 a 2010,**  
**SSPDF.**

2008		2009		2010	
Enfermedades	Total	Enfermedades	Total	Enfermedades	Total
Infecciones respiratorias agudas	1,903,820	Infecciones respiratorias agudas	2,595,323	Infecciones respiratorias agudas	2,249,766
Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	375,285	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	393,113	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	371,399
Infección de vías urinarias	300,956	Infección de vías urinarias	338,845	Infección de vías urinarias	349,029
Úlceras, gastritis y duodenitis	114,716	Úlceras, gastritis y duodenitis	129,974	Úlceras, gastritis y duodenitis	128,287
Gingivitis y enfermedad periodontal	51,811	Gingivitis y enfermedad periodontal	61,052	Gingivitis y enfermedad periodontal	63,500
Hipertensión arterial	43,310	Hipertensión arterial	42,196	Conjuntivitis	41,801
Conjuntivitis	36,861	Conjuntivitis	37,945	Hipertensión arterial	40,304
Otitis media aguda	35,878	Otitis media aguda	36,227	Otitis media aguda	35,326
Diabetes mellitus no insulino dependiente, (Tipo II)	34,501	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	34,871	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	33,735
Asma y estado asmático	27,825	Asma y estado asmático	29,984	Asma y estado asmático	21,067

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 2012.

De ahí la importancia de retomar estrategias o sistemas de persuasión (Hsiao, 2003), que permitan modificar positivamente las condiciones de salud de la población; acciones en las que el trabajador social como educador social tiene para su práctica profesional una área de oportunidad muy importante que debe desarrollar en beneficio de la salud y la calidad de vida de los sujetos sociales, población que además, al no contar con derechohabencia laboral se considera con mayores desventajas sociales.

Es importante mencionar aquí, que en la actualidad el trabajador social viene desarrollando como parte de su práctica profesional acciones educativas y trabajo con grupos comunitarios en apoyo a los diferentes programas de salud, aunque la limitada sistematización que hay de la información y la ausencia de trabajos de investigación que permitan tener evidencia científica de esto, impide ver realmente cual es el reflejo de dichas acciones en estos problemas y daños a la salud. Lo anterior, limita hasta este momento, hacer una relación sobre la práctica profesional de Trabajo Social y las condiciones de salud que presenta la población en el Distrito Federal.

En relación a la prevención de enfermedades por vacunación, el Informe de Indicadores Básicos de México en 2010 refiere que el Distrito Federal muestra un 85.1% de esquemas de vacunación completos en menores de un año, esta cifra también por abajo del porcentaje nacional, y que corresponde al 92.0% (OPS-SS, 2010), dato igual de llamar la atención por la trascendencia de estas acciones para la salud pública de la entidad, y más aún por ser la capital del país en donde se supondría que hay mayor accesibilidad tanto de insumos como geográfica.

La información descrita refuerza lo que desde los organismos internacionales (OMS, 2008), de forma general y el Observatorio de Salud Pública (2010), de manera local, han referido en cuanto al fracaso o las serias limitaciones del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, esto debido a la persistencia de servicios de salud con una atención médica inmediateista y la incapacidad de diseñar e implementar exitosamente políticas públicas basadas en la promoción de la salud, que ayuden a limitar los riesgos y daños para la salud; además por el insuficiente acceso de la población a servicios de salud oportunos y de calidad, pero principalmente, por la ausencia de un trabajo real en el fortalecimiento de estilos de vida saludables que mejoren las condiciones de salud, y por ende, de vida de la población.

Ante lo anterior, es necesario reflexionar sobre el caos en que encuentra el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal y específicamente el primer nivel de atención, esto ante el incremento de padecimientos crónicos, la persistencia de



problemas de salud agudos y la forma en que actualmente se brindan los servicios de salud, los cuales como se ha referido se basan en un paradigma y modelo de salud diseñado desde el siglo pasado, que funcional y operativamente no responde al perfil social, demográfico y epidemiológico actual.

Se plantea entonces, la necesidad de cambios o ajustes a estos (paradigma y modelo de salud), en base a los nuevos planteamientos internacionales (OMS, 2008), y regionales (OPS), los cuales invitan a retomar las funciones de la salud pública, la atención primaria y los determinantes sociales de la salud, así como el perfil demográfico y epidemiológico local, esto si realmente se quiere brindar una atención médica integral y operar una política pública que fortalezca los servicios y un financiamiento solidario a la población con mayores rezagos sociales, misión que tienen los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; pero fundamentalmente para contribuir a hacer realidad el derecho de protección a la salud; aquí una vez más, se considera que el trabajador social puede ser un profesional determinante en el diseño y la operación del nuevo modelo de salud con visión social por su perfil profesional, y por su misión en *pro* de la justicia social.

### *Recursos e Infraestructura*

Otros datos importantes en relación a los indicadores de calidad de vida en la población, son la disponibilidad de recursos e infraestructura; al respecto la prestación de servicios de la Secretaría de Salud local y específicamente los Servicios de Salud Pública en teoría debe atender a 3.8 millones de habitantes (44% del total de la población), población que no es derechohabiente a servicios de salud por su condición laboral (SSDF, 2012), pero la realidad es otra y los rebaza, esto en base a las funciones de salud pública que tiene encomendada esta organización pública y en donde existe la necesidad de incluir al total de la población de la entidad ante casos sujetos a vigilancia epidemiológica, o por la implementación de programas de atención médica con cobertura universal y de promoción de la salud, estos últimos básicamente dirigidos a fomentar estilos de vida saludable en toda la población.

Aquí, es importante resaltar que además de la población asignada, existen alrededor de 250 mil personas más del área conurbada del Distrito Federal que transitan y permanecen en esta entidad la mayor parte del día, esto a causa de las diversas actividades económicas que operan en la demarcación y quienes ante cualquier problema de salud que presentan, acuden a las unidades médicas de primer nivel a solicitar su atención (GDF, 2011), situación que incrementa significativamente la demanda de servicios y coloca a los Centros de Salud en una condición constante de turbulencias o de presión continua sobre la capacidad de respuesta instalada en el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, específicamente en su primer nivel de atención.

En este mismo contexto y al hacer referencia sobre la disponibilidad personal de salud, específicamente de Trabajo Social, actualmente dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal se cuenta en promedio con un trabajador social por cada 7,221 habitantes con rangos de diferencia significativos de delegación a delegación, así por ejemplo mientras que en Venustiano Carranza -que es una zona eminentemente urbana y céntrica- un trabajador social tiene bajo su responsabilidad en promedio 3,550 habitantes, en contraparte en Milpa Alta -que es una zona semi-urbana de la periferia y con el mayor grado de marginación de la entidad- cada trabajador social llega a tener bajo su responsabilidad en promedio hasta 18,378 habitantes (tabla 7<sup>22</sup>), situación que evidentemente dificulta brindar una atención eficiente, sistematizada y de calidad a los usuarios de los servicios, esto en el entendido de que en promedio debería haber un profesional por cada 2,500 habitantes o hasta por cada 3,500 como estaba definido en modelos de salud previos al Modelo Ampliado de Atención a la Salud (MAAS).

---

<sup>22</sup> Es importante referir que del total de trabajadores sociales (695) solo se consideran a los profesionales que están integrados operativamente a los módulos y se excluye de esta tabla al personal que realiza actividades de jefatura de servicio y supervisión, así como a aquellos que están laborando en Clínicas de Especialidades, ya que estos últimos trabajan de forma focalizada y con población de diversas comunidades y/o delegaciones políticas a la vez, y el incluirlas impediría ver realmente el indicador de población de responsabilidad.

**Tabla 7**

**Personal de Trabajo Social operativo y la población que tiene bajo su responsabilidad en los Servicios de Salud Pública del D.F.**

Jurisdicción	Población de responsabilidad (INEGI,2010)	No. de Trabajadores Sociales operativas	Indicador
Álvaro Obregón	326,580	37	8,826
Atzacapozalco	133,028	20	6,651
Benito Juárez	142,606	11	12,964
Coyoacán	242,977	38	6,394
Cuajimalpa	98,402	17	5,788
Cuauhtémoc	219,911	38	5,787
Gustavo A. Madero	487,117	63	7,732
Iztapalapa	908,557	86	10,565
Iztacalco	152,409	36	4,233
Milpa Alta	165,405	9	18,378
Magdalena Contreras	111,325	13	8,563
Miguel Hidalgo	150,057	19	7,898
Tlahuac	181,413	35	5,183
Tlalpan	316,795	53	5,977
Venustiano Carranza	173,936	49	3,550
Xochimilco	204,481	32	6,390
Total	4,014,999	556	7,221

Fuente: Pérez, M. (2013), con información de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Sin embargo, dicha situación se puede agudizar más ya que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular (SP), establece como indicador en la actualidad de un trabajador social por cada 18,000

habitantes, condición que de permanecer así, tendrá a corto plazo mayores efectos negativos directamente tanto en la prestación de servicios profesionales integrales y de calidad hacia la población usuaria y/o derechohabiente de las unidades de primer nivel de atención a la salud, como en la disminución de oportunidades para el ingreso de más profesionales de Trabajo Social a laborar formalmente en esta organización de salud pública, esto sin considerar que no están claramente definidas las funciones a realizar por este profesional, lo que llevaría implícito una manipulación de la práctica profesional hacia el desarrollo de acciones administrativas y por ende, fácilmente desplazables.

Es importante acotar que los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal es el único organismo de primer nivel de atención a nivel nacional que cuenta con un número tan importante de trabajadores sociales, por lo que dicho indicador tendría que ser reconsiderado de forma local en base a las características *siu-generis* que se dan en esta organización y en esta entidad; ya que para lograr ver el efecto real de las acciones que han sido asignadas al profesional, se requiere como elemento básico y de trabajo en dicha organización (Chiavenato, I., 2006), contar con una población de responsabilidad similar al resto del equipo de salud, y con ello, estar en la posibilidad de rediseñar una práctica profesional en base a los sujetos, sus condiciones de salud y al contexto en donde se desenvuelven (García, S., 1993), (Galeana, 2008).

Así como también, tratar de cumplir con los indicadores atención oportuna y trato digno que establece la estrategia *Si Calidad* para la atención de los usuarios o derechohabientes de los servicios; pero básicamente para responder verdaderamente a las necesidades de salud que presenta la población; estrategias que han sido planteadas en el Modelo Ampliado de Atención a la Salud (MAAS), modelo que rige en la actualidad al Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Para concluir con estos aspectos epidemiológicos y de calidad de vida, es importante mencionar el aspecto financiero, es decir, el gasto público que se hace en materia de salud en la entidad. Sobre el tema, los datos muestran que el Distrito Federal destina el 10.4% de su gasto público total de la entidad (PIB), este

es mucho menor al que se destina a nivel nacional que corresponde al 15.3% (OPS-SS, 2010), situación que se refleja en la insuficiencia de recursos (humanos, materiales y de infraestructura), para dar respuesta real a las demandas en materia de salud que presenta la población que reside en esta entidad.

Lo anterior, a pesar de que los recursos y los medios se consideran indispensables para brindar una adecuada atención médica hacia los usuarios de los servicios de salud, y su insuficiencia además de generar la insatisfacción de la población, impide cumplir con los objetivos que se establecen para un sistema de salud (OMS), es decir, brindar atención médica efectiva y eficaz, esto dentro de un marco de equidad y justicia social (Guerrero s/f), elementos centrales además, que incluye el derecho a la protección a la salud plasmado en la constitución política en México.

En resumen, el Distrito Federal visto como una de las entidades de mayor complejidad del país resultado de las condiciones sociales, económicas y culturales que presenta, se muestra aún como una sociedad con grandes rezagos sociales entre los que destaca la salud, esto a pesar de los grandes esfuerzos y diversidad de recursos de los que dispone.

La salud entendida como un bienestar social es responsabilidad del gobierno local y operativamente de su Sistema de Salud, el cual como se ha visto, está siendo rebasado y de no modificar desde su origen el paradigma de atención a la salud -que se presenta desde el discurso como preventivo, pero en la realidad está totalmente dirigido a la atención curativa y de forma inmediatista-, y de rediseñar un modelo que permita operativamente mostrar una visión social, corre el riesgo de en poco tiempo colapsar ante la insuficiencia de recursos de que se disponen para dar respuesta a la diversidad y complejidad de los problemas de salud que presenta la población (agudos, crónicos y emergentes), y que cada vez más se agudizan.

Es necesario que se realice un verdadero trabajo sistémico (inter y multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial) que tenga como base la

atención primaria a la salud (OMS, 1978, Abreu, 2009); que se aproveche de la experiencia profesional de los recursos existentes en la organización con la finalidad de generar una adecuada y eficiente articulación de subsistemas, y tratar de dar respuestas integrales y más adecuadas a la realidad social y epidemiológica que muestra actualmente el Distrito Federal y más aún, prever acciones a mediano plazo que modifiquen los principales daños a la salud que como se ha manifestado, se están presentando en la población cada vez más joven y que de no cambiar en poco tiempo, se originarán costos sociales, económicos y políticos insostenibles para la entidad y para el país en general.

Es bajo estas premisas que la práctica profesional de Trabajo Social como un subsistema o parte del equipo interdisciplinario de salud se sustenta, debido a que es un profesional del área social que dentro de un sistema como lo es la salud, puede ser un contrapeso desde lo social a la condición medicalizada biologicista y preventivista actual (Franco, 2010), es decir, contribuir a la modificación y desarrollo de la política social y de salud; facilitar el contacto entre la población y el sistema de salud, pero básicamente, trabajar en la asesoría o educación de los sujetos sociales para que logren desarrollar sus capacidades en beneficio del autocuidado de su salud (Pincus y Minahan, 1973); así como generar una ciudadanía en salud que favorezca a mediano plazo el bienestar social.

Por lo anterior, es importante definir desde el modelo y los diferentes documentos normativos la condición estructural, funcional y operativa que se proponga a desarrollar por el trabajador social como personal de salud, y específicamente en su posición como profesional con competencias para desarrollar una acción social.

## **5.2 El modelo de salud y el desempeño profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención**

El modelo de salud constituye entre otras cosas, el pilar del sistema de salud al establecer lineamientos normativos, líneas estrategias de acción y la definición

operativa de los equipos interdisciplinarios en salud, entre los que se encuentra el trabajador social.

Así, para que el sistema de Salud Pública del Distrito Federal funcione adecuadamente, requiere de la formulación de documentos técnicos y normativos que definan puntualmente sus principios, líneas estrategias y funcionamiento de los servicios, así como los procedimientos que permitan su reflejo en la operación de los servicios; es decir, la delimitación de acciones a desempeñar por los servidores públicos; en este caso nos referiremos al personal de salud.

El trabajador social como parte de los equipos interdisciplinarios de salud y específicamente en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, cuenta con algunos documentos técnicos y normativos que aunque fueron elaborados hace más de 20 años y en base al modelo de salud que operaba en esa época y a otras condiciones socio-históricas, estos en la actualidad se toman como ejemplo para algunas de las acciones que este profesional de salud puede o debe desempeñar como parte de su práctica profesional.

En la pretensión de conocer algunas de las características normativas que delinear la práctica profesional de Trabajo Social, se presenta un resumen de algunos de los documentos técnico–normativos emitidos por la organización desde que se integró como un Organismo Público Descentralizado del gobierno federal, así como, el modelo de salud del cual surgieron.

Es importante mencionar que desafortunadamente no se rescató la información de los escritos emitidos en dos modelos previos al Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA); nos referimos al Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas (PAPAM), y al Programa de Atención a la Población Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU), modelos relevantes para la organización y principalmente para la profesión, debido a que es a partir de dichos proyectos que se integró la mayor parte de los trabajadores sociales a los Servicios de Salud del Distrito Federal; motivo por el cual no están referidos en la figura 5.4.

En esta aproximación a lo descrito en cuatro documentos normativos emitidos en dos modelos de salud, el Modelo de Atención para Población Abierta (MASPA) y el Modelo de Atención Ampliado a la Salud (MAAS), se observan inconsistencias en algunos elementos sustantivos para el desarrollo de la práctica profesional de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, es decir, hay una falta de reconocimiento o de identidad hacia la profesión dentro de los servicios de salud, esto en base a que en ningún caso, se conceptualiza lo que es Trabajo Social y además, solo en dos de los documentos se utiliza la denominación de trabajador social para referirse a este profesional.

En relación a la enunciación del objetivo de la práctica profesional que debe alcanzar el trabajador social dentro de la organización de salud, en dos de los documentos no se hace referencia a este; sin embargo, en la definición de funciones y actividades la situación mejora ya que en tres de los manuales, ambas se plantean de forma general y además guardan cierta homogeneidad.

Sobre la metodología que debe utilizar Trabajo Social para el desempeño de su práctica profesional, en tres documentos se refiere el uso del caso, grupo y comunidad, aunque no especifica bajo que referente teórico se hará dicha acción profesional; es importante mencionar que el Modelo de Atención Ampliado de Salud (MAAS) modelo actual, es precisamente el que no lo especifica nada sobre dichos referentes teóricos y metodología para el profesional.



**Figura 5.4 Análisis de documentos normativos para Trabajo Social en el primer nivel de atención en los SSPDF, 2013.**

Modelo	Documento	Concepto De T.S.	Denominación	Objetivo	Funciones o Actividades Genéricas de T-S.	Metodología de T.S.	Integración en el equipo de salud
MASPA	Manual de Organización y Funcionamiento del Servicio de Trabajo Social (1996)	No menciona	Trabajador Social	No menciona	Planear y organizar las actividades de trabajo social de la unidad aplicativa, Proporcionar atención médico social a la población demandante de los servicios, Participar en el programa de educación para la salud, Realizar estudios sociales a pacientes y/o familiares, Promover la participación comunitaria en programas de salud, Promover, integrar, capacitar y controlar los diferentes grupos.	Tradicional	1 trabajador social por Equipo de Salud
	Manual de Inducción del Centro de Salud Urbano (1993)	No menciona	Se incluye en el Personal de Apoyo Comunitario	Participar en la prestación de servicios de salud integrales con calidad y calidez mediante la sistematización de actividades con enfoque de riesgo, atención programada y participación de la comunidad.	Planear, organizar, ejecutar, informar y evaluar las actividades de apoyo comunitario y clínica que desarrolla.	Tradicional	1 trabajador social por Equipo de Salud
	Guía de Actividades del Trabajador Social en el Módulo de Medicina General Familiar (1994)	No menciona	Trabajador Social	Identificar e incidir con el equipo de salud en los factores de riesgo, propiciando la participación social, activa y consciente de la población, mediante la educación y capacitación que favorezca el desarrollo de individuos, grupos y comunidad para generar un estado óptimo de salud y con ello contribuir a elevar el nivel de vida.	Investigar, planear, organizar, ejecutar, informar y evaluar las actividades de apoyo clínico y con proyección al desarrollo de la comunidad.	Tradicional	1 trabajador social por Módulo de Salud
MAAS	Acciones Integradas de Salud (2004)	No menciona	Se incluye como Promotor de Salud	No menciona	No menciona	No menciona	1 trabajador social por cada 3 Núcleos Básicos de Salud

Fuente: Pérez M. (2013), con información de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Con relación a la participación de Trabajo Social como parte del equipo de salud, llama la atención la forma en que de un modelo a otro, la población que es asignada al profesional como de responsabilidad para su acción profesional se triplicó, ya que mientras para el MASPA un trabajador social tenía bajo su ámbito de operación a un módulo igual que los demás integrantes del equipo de salud, para el MAAS, la situación cambia radicalmente y se aumenta en tres módulos a atender para cada profesional, aunque sin cambio -o cuando menos no plasmado en la normatividad- en las funciones y actividades a realizar, lo que origina en la operación una sobre carga de trabajo e incluso la desviación de las acciones profesionales que a la larga puede afectar la calidad de la atención hacia los sujetos sociales a quienes atiende cotidianamente.

Así entonces, se puede decir que aunque en los documentos se observan ciertos elementos que ayudan a delinear la práctica profesional del trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, estos no cubren con lo que autoras como García (1991), han definido como necesario para la práctica profesional de Trabajo Social, ni tampoco lo que desde la perspectiva sistémica se ha planteado puede hacer este profesional en la salud pública en lo específico.

Otro de los elementos que influyen de manera importante en el desarrollo de la práctica profesional de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal es el aspecto organizacional, por ello a continuación se muestra una revisión y la identificación de dichas características plasmadas en los documentos normativos para el primer nivel de atención, y su vinculación con el modelo de salud (figura 5.5).

En la figura 5.5, se observa que el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), es el que más documentos normativos emitió para Trabajo Social y por consiguiente, considera algunos de los aspectos que son importantes para la operación del servicio, es decir, identifica al profesional como tal y establece la dependencia estructural del servicio, asimismo, determina el

objetivo de la práctica dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y establece procedimientos específicos para el trabajador social.

**Figura 5.5**

**Aspectos organizacionales del servicio de Trabajo Social en los modelos de salud de los SSPDF.**

Características Organizacionales	MASPA	MAAS
Cuenta con Manual de Organización y funcionamiento del servicio	Si	No
Cuenta con Manual de Procedimientos de Trabajo Social	Si	No
Define estructura del servicio de T.S.	No	No
Determina el nivel de responsabilidad del T.S.	No	No
Determina la dependencia del servicio	Si	No
Presenta organigrama del servicio	No	No
Denominación real de trabajador social	Si	No
Asigna recursos para el servicio	No	No
Define objetivos para el servicio	Si	No
Define líneas estratégicas para el servicio	No	No

Fuente: Pérez, M. (2013), con información de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Sin embargo, no define claramente algunos aspectos que son esenciales para el reconocimiento de Trabajo Social como un servicio en la organización, nos referimos a la falta de estructura, líneas de responsabilidad, recursos para operar

el servicio y fundamentalmente, la estructura del mismo a través de su posicionamiento en el organigrama de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Otro aspecto fundamental para Trabajo Social dentro de esta organización de primer nivel de atención también es la definición de sus funciones; al respecto, la figura 5.6, muestra aquellas que han sido planteadas en tres documentos normativos y cuya finalidad es describir lo que podría ser una parte sustantiva en el “*deber ser*” de la práctica profesional del trabajador social para el primer nivel de atención, del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

**Figura 5.6**

**Funciones de Trabajo Social descritas en documentos normativos de los SSPDF.**

Funciones de T.S. en Salud (deber ser)	Manual de Organización y Funcionamiento de Trabajo Social (1988)	Manual de Inducción del Centro de Salud Urbano (1993)	Guía de Actividades de Trabajo Social en el Módulo de Medicina General Familiar (1994)
Investigación	Si	Si	Si
Administración del Servicio	Si	No	Si
Educación	Si	No	Si
Asistencia	No	Si	No
Gestión	No	No	No
Promoción	Si	Si	Si
Organización	Si	Si	Si

Fuente: Pérez, M. (2013), con información de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Es importante mencionar, que en dos de los documentos revisados lo que podrían ser las funciones de Trabajo Social se describen cómo actividades

genéricas y sólo en el Manual de Organización y Funcionamiento de 1988, es donde se mencionan funciones a desempeñar por el profesional dentro de la organización de primer nivel de atención a la salud, así como también, da una descripción general de las actividades a desarrollar en cada uno de los niveles de estructura del servicio.

No se puede dejar de referir la diferencia socio-histórica y epidemiológica que presenta la población actualmente en relación a las últimas décadas del siglo pasado, y que a pesar de que ahora los Servicios de Salud Pública se rigen por el MAAS, desde 1994 a la fecha el servicio no ha podido diseñar y consolidar la modificación a dicho documento ni la creación de algún otro que defina claramente el referente teórico-metodológico y contextual de la práctica profesional de Trabajo Social, acorde tanto con el modelo de salud, como con las condiciones sociales y de salud que presenta actualmente la población usuaria de los servicios.

Así, la revisión de documentos normativos realizada permitió validar que en ninguno de los casos se incluyen todas las funciones sustantivas que debe realizar el trabajador social en el área de la salud y específicamente en el primer nivel de atención o salud pública; nos referimos a la investigación, educación social, organización, participación y gestión social, administración y asistencia social (Terán, 1983, Galeana, 2004), así como tampoco, se cumple con todas las funciones que desde la salud pública se ha planteado debe desempeñar el Trabajo Social contemporáneo (Bibliomed, 2014), las cuales tienen que ver con la promoción y prevención de la salud bajo la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Esta situación muestra -desde lo normativo- una incongruencia o la insuficiente relación entre lo que *debe ser* de la práctica profesional de Trabajo Social y lo descrito en los documentos que fueron generados para operar los modelos de salud en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal previos al MAAS.

Asimismo, se observa que en el modelo de salud actual la condición para el profesional se agudiza, esto al no existir manuales y/o lineamientos que delimiten

su práctica profesional, situación que permite presuponer que dichas condiciones pueden estar contribuyendo en la realización de acciones inmediatistas, empiristas, paliativas y burocratizadas (Netto, 1981), y se podría decir, sin referentes normativos y sin una real sistematización.

Lo anterior, aunque no es una situación exclusiva de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, ya que se presenta en otras entidades del país y según Netto (1981), en otras áreas de Latinoamérica, no deja de ser preocupante si se considera que el trabajador social dentro de la organización de salud, debe investigar, planear, organizar, controlar y otorgar servicios efectivos y eficientes, es decir, brindar calidad en la atención hacia los sujetos sociales; población además que presenta desventajas sociales en la entidad.

Ante este escenario, se vislumbra la necesidad de replantear la participación del trabajador social como personal de salud, y mostrar las fortalezas profesionales que desde lo social puede llevar a cabo en la mejora de las condiciones de salud y de vida de la población usuaria y/o derechohabiente de los servicios de salud en el primer nivel de atención; es necesario resignificar al Trabajo Social y su práctica profesional como una acción social (Tobón, Rottier y Manrique, 1983), (García, S., 1991), (Miranda, P., 2011), condición fundamental para contribuir a asegurar la visión social de los servicios de salud, y restringir tanto la perspectiva medicalizada de sus acciones, como la subordinación ante los otros profesionales de la salud; trabajar para limitar, y en el mejor de los casos eliminar de la práctica profesional el paradigma médico-hegemónico, y reconstruir una práctica que privilegie lo social.

La factibilidad de lo referido, se apoya en el desarrollo de procesos creativos e innovadores para lo cual son fundamentales los antecedentes que existen cuando menos uno de los dos últimos modelos implementados por el Sistema de Salud del Distrito Federal, en el que se encuentra una base para lo que se recomienda de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención; dichos documentos pueden servir para el diseño de una propuesta de modelo

operativo para Trabajo Social que sea más acorde tanto a las condiciones del sistema de salud actual, como al modelo de salud que opera.

### **5.3 Trabajo Social y las condiciones socio-epidemiológicas de la población.**

Trabajo Social, se dice desempeña su práctica profesional en apoyo a las áreas de atención médica, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, esto a partir de los diferentes programas que establece los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la política social de la entidad, aunque sin estar claramente definido en el Modelo de Atención Ampliado a la Salud (MAAS).

A continuación y sólo a manera de ejemplo sobre la forma en el trabajador social tiene sus controles sobre el desempeño profesional -y a partir de lo que se puede ser una base para iniciar la sistematización de la práctica profesional dentro de esta organización de primer nivel de atención a la salud-, se presentan un comparativo sobre los resultados de las acciones sustantivas que realiza y los programas que ha apoyado el profesional en 2005 y 2013, esto a partir de su informe de actividades.

El ejercicio se realiza con los datos de la Hoja Diaria de Trabajo Social de las dieciséis jurisdicciones del Distrito Federal durante el 2005<sup>23</sup>, el cual se considera como un formato de registro primario e integra básicamente de cuatro apartados:

- El primero, se refiere a las actividades sustantivas de Trabajo Social como entrevistas, visitas domiciliarias y pláticas, así como, las acciones de difusión, todas ellas en apoyo a los diferentes programas de salud.
- En un segundo momento se integra la información sobre los grupos comunitarios y la organización de cursos de educación para la salud a la población.
- En tercer lugar, se muestran los registra específicamente sobre la capacitación a mujeres y/o responsables de menores de 5 años en el

---

<sup>23</sup> El ejercicio que se presenta se hace con la información concentrada a nivel estatal en el 2005 a iniciativa de la trabajadora social Guadalupe Romero García supervisora de nivel central.

manejo de enfermedades transmisibles, y que son de gran impacto en la morbilidad y mortalidad infantil como las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

- El cuarto apartado, refleja la información sobre las actividades sobre la participación de la población en acciones de salud, es decir, las actividades realizadas por los comités locales de salud y los promotores voluntarios que Trabajo Social promueve y coordina dentro de sus áreas de responsabilidad.

Es importante acotar que la información que se muestran sólo considera los diez principales programas de salud apoyados con acciones sustantivas y de difusión realizada por el trabajador social, ya que en realidad lo hace con más de 40 programas, los cuales se consideraban como prioritarios por su relación al panorama epidemiológico de la población residente en el Distrito Federal en ese momento histórico (2005).

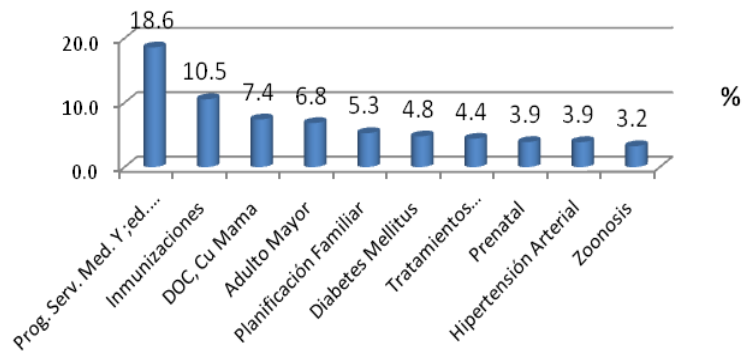
Asimismo, es necesario acotar que los datos corresponden a un porcentaje importante del total de acciones de educación para la salud y participación comunitaria realizadas en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, esto a pesar de que el grupo de Trabajo Social en relación al demás personal de salud es minoritario.

Así, durante el 2005 el personal de Trabajo Social de las unidades de primer nivel de atención realizó un total de 583,059 entrevistas, de las cuales los principales programas apoyados fueron el de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y el de Vacunación Universal (figura 5.7).



**Figura 5.7**

**Entrevistas por programa, Trabajo Social en los SSPDF, 2005.**

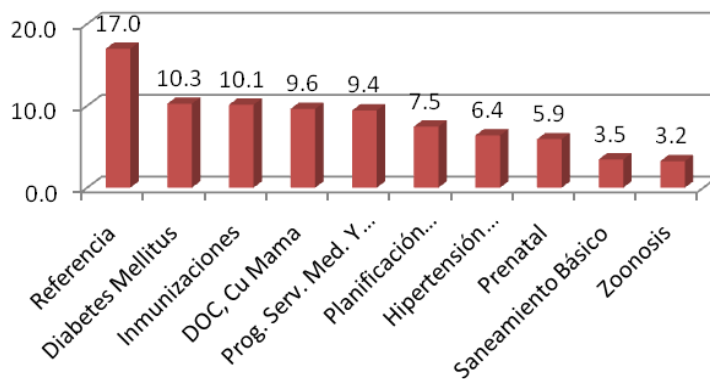


Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

En relación a otra de las actividades sustantivas de Trabajo Social, durante el mismo año realizó un total de 121,043 visitas domiciliarias, estas principalmente para dar seguimiento a los pacientes que por su problema de salud fueron referidos a otros niveles de atención, así como para conquistar, reconquistar y dar seguimiento a pacientes en programas prioritarios de salud como el de diabetes mellitus y vacunación universal (figura 5.8).

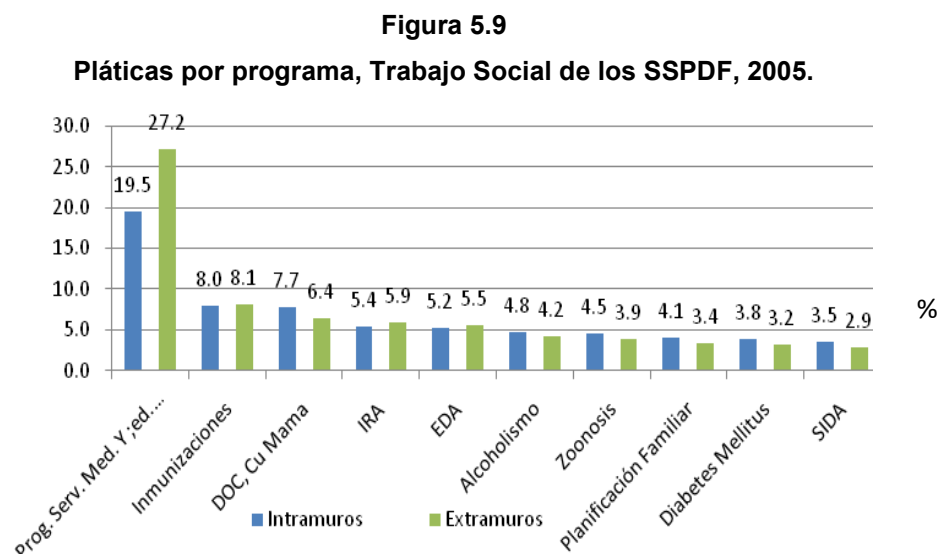
**Figura 5.8**

**Visitas domiciliarias por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005.**



Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

Las sesiones educativas son consideradas como otra actividad relevante dentro de la práctica profesional del trabajador social, durante el 2005 el profesional impartió un total de 76,197 pláticas de diferentes temas de salud a la población intra y extramuros, así lo muestra la figura 5.9, en donde nuevamente destaca la labor en apoyo al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y al de Vacunación Universal.

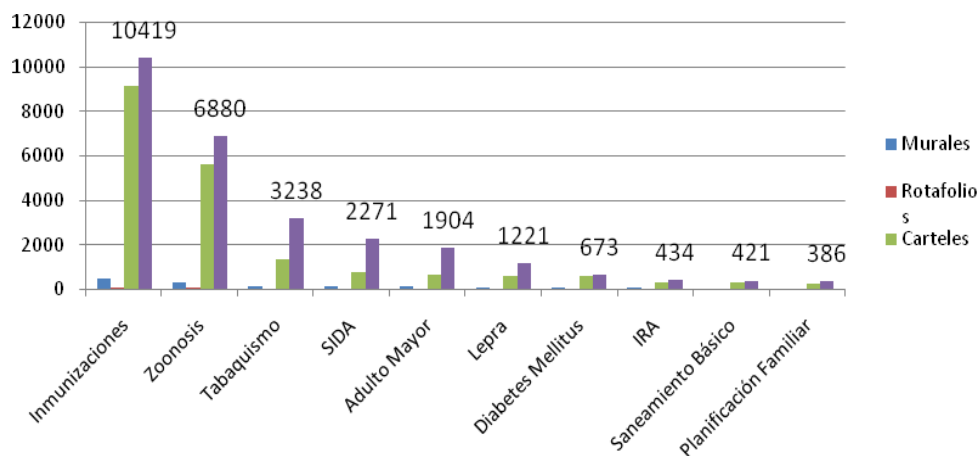


Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

Sobre los materiales educativos elaborados por el profesional de Trabajo Social durante el 2005 para apoyar los programas prioritarios de salud, estos fueron en total 60,051, y los principales programas retomados fueron el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y el de Prevención de la Rabia (figura 5.10).

**Figura 5.10**

**Material elaborado por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005.**

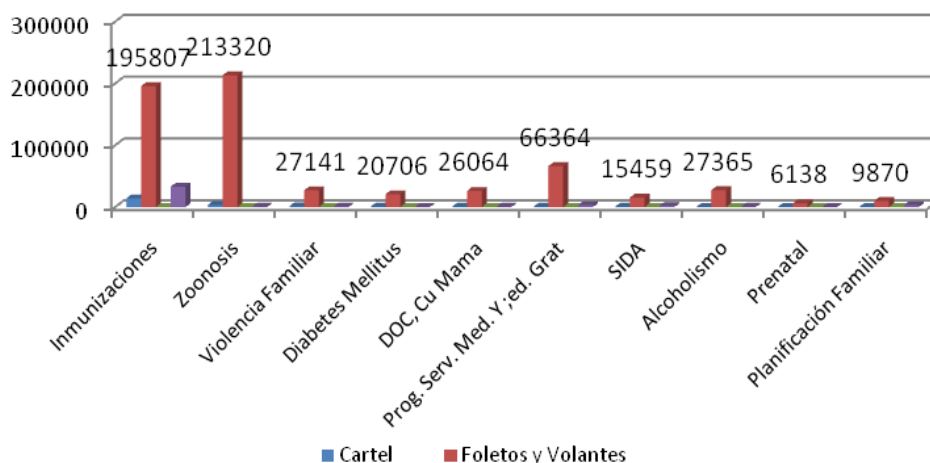


Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

Asimismo, sobre los materiales educativos y de difusión, distribuidos y/o colocados en lugares estratégicos de la comunidad por Trabajo Social en el 2005; estos fueron en total 859,641, y los programas más apoyados con esta actividad son el de Vacunación Universal y el de Prevención de la Rabia (figura 5.11).

**Figura 5.11**

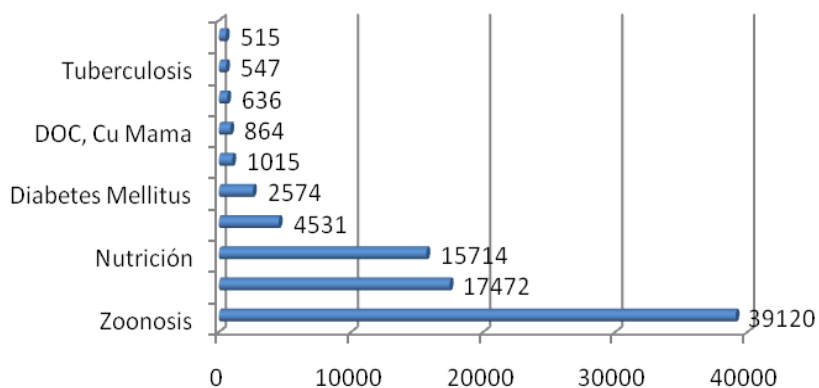
**Material distribuido por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005.**



Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

Con relación a los mensajes emitidos para la difusión de acciones de salud en las comunidades, Trabajo Social durante el 2005 llevó a cabo un total de 87,877 horas de perifoneo, estas en apoyo a programas prioritarios de salud como Prevención de Rabia y Vacunación Universal, así se muestra en la figura 5.12.

**Figura 5.12**  
**Horas de perifoneo por programa, Trabajo Social de los SSPDF, 2005.**



Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

La promoción de la participación comunitaria en acciones de salud es otra de las actividades sustantivas dentro de la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención, la tabla 8 muestra que durante el 2005 formó y coordinó un total de 1,248 grupos comunitarios con 23,260 participantes, entre los que destacan los Grupos de Ayuda Mutua y los Comités Locales de Salud.

Asimismo, organizó 1,957 cursos de capacitación con un total de 36,327 asistentes, de los cuales destaca los grupos de población sana en pro de la salud (PROESA), los grupos de Club Familiar y los de Embarazadas (tabla 9).

**Tabla 8**  
**Grupos Comunitarios que formó y coordinó Trabajo Social en los SSPDF, 2005.**

Grupos Formados	No.	Asistentes
Comités Locales de salud	345	7548
Promotores Voluntarios	100	3715
Procuradoras de Salud	30	682
Ayuda Mutua	773	11315
<b>Total</b>	<b>1 248</b>	<b>23 260</b>

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

**Tabla 9**  
**Cursos para población en general que organizó y coordinó Trabajo Social en los SSPDF, 2005.**

Cursos de Educación para la Salud	No.	Asistentes
Adolescentes	34	1909
Embarazadas	288	9147
Población Sana pro Salud	518	3741
Club Familiar	477	4120
Adulto Mayor	153	4571
Enfermedades diarreicas	120	1249
Infecciones Respiratorias	109	1227
Manejadores de Alimentos	49	5664
Otros	209	4699
<b>Total</b>	<b>1 957</b>	<b>36 327</b>

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2005.

Desafortunadamente, no se dió seguimiento a este excelente trabajo y en la actualidad esta información ya no está sistematizada, por lo que se piensa que en lugar de avanzar a un mayor reconocimiento profesional, se retrocedido de forma importante ya que fuera de la poca información no especifica del servicio que ingresa al Sistema de Información en Salud Federal (SIS), no existen evidencias finales de la práctica profesional de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; esto pareciera como una forma de tratar de minimizar e incluso “invisibilizar”, la práctica profesional que desarrolla Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud.

El sistema de información estatal y la coordinación del servicio por su parte, ahora solo toman las acciones generales que lleva a cabo el profesional y no las desglosa por programa; a continuación se muestra un ejemplo de los reportes que integra el área de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

La tabla 10, muestra los datos obtenidos de julio a septiembre del 2013 de las acciones sustantivas que realizó Trabajo Social dentro de las dieciséis jurisdicciones sanitarias y como parte de su práctica profesional, destacan las visitas domiciliarias, las entrevistas, la elaboración de cédulas de gratuidad y el apoyo para la referencia de pacientes a otro nivel de atención.

**Tabla 10****Actividades sustantivas que realiza Trabajo Social en los SSPDF, 2013.**

Actividades sustantivas de Trabajo Social julio - septiembre del 2013	
Ficha socioeconómica	179
Estudio social	1,079
Cédulas elaboradas de gratuidad	21,830
Gestiones	3,243
Referencias	47,803
Contra referencias	995
Visita domiciliaria	101,692
Entrevistas	150,479
Coordinaciones escolares	1,249
Coordinaciones institucionales	604
Participación en investigación	57
Reuniones técnicas	1932

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2013.

Y en relación a las acciones de educación para la salud, las tablas 11 y 12 exponen los resultados que se alcanzaron el tercer trimestre del 2013, en lo referente a la información, difusión y capacitación a la población en materia de salud.

**Tabla 11****Acciones de información y difusión que realiza Trabajo Social en los SSPDF, 2013.**

Actividades de información y difusión julio - septiembre del 2013	
Pláticas intramuros	18912
Pláticas intramuros integrantes	419306
Pláticas extramuros	3842
Pláticas extramuros integrantes	104543
Periódico mural	659
Rotafolios	18
Carteles	5428
material distribuido	
Carteles	8680
Folletos. Volantes	367524
Dípticos. Trípticos	297846
Otros	260149
otras acciones	
Horas perifoneo	808
Eventos organizados	185
Apoyo en cercos epidemiológicos horas	327

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2013.

Destaca la impartición de pláticas educativas tanto intramuros y la distribución de materiales informativos como dípticos, trípticos y volantes, así como, la elaboración de carteles informativos.



**Tabla 12****Cursos de capacitación para población que organiza Trabajo Social en los SSPDF, 2013.**

Cursos de educación para la salud julio – septiembre del 2013	
Comité local de salud	95
Procuradoras de salud	0
Agentes de salud	0
Mujer salud y desarrollo	3
Población sana pro Salud	117
Manejadores de alimentos	3
Embarazadas	260
Población en general	22
Escolares	19
Docentes	0
Migrantes	0
Infección Respiratoria Aguda	377
IRA integrantes	3655
Enfermedad Diarreica Aguda	477
EDA integrantes	4613
Grupos que reciben orientación alimentaria y realizan actividad física regularmente	294
Integrantes de Grupos que reciben orientación alimentaria y realizan actividad física regularmente	7656
Otros (especificar)	137

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2013.

En relación a las acciones de participación comunitaria, la tabla 13 muestra los grupos formados por Trabajo Social y con los que se trabajó en materia de salud

durante el tercer trimestre del 2013, en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

**Tabla 13**  
**Grupos comunitarios que forma Trabajo Social en los SSPDF, 2013.**

Grupos comunitarios formados julio – septiembre del 2013	
Comité local de salud	442
Comité local de salud integrantes	2856
Procuradoras de salud	15
Procuradoras integrantes	75
Agentes de salud	0
Agentes integrantes	0
Grupos activos adictos	6
Grupos activos adictos integrantes	78
Grupos activos ayuda mutua	351
Grupos activos ayuda mutua integrantes	9371
Grupos acreditados	0
Grupos acreditados integrantes	0
Grupos de autoayuda a violencia	6
Grupos de autoayuda a violencia integrantes	105
Otros	204
Otros integrantes	3721

Fuente: Pérez, M. (2014), con datos de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del D.F., 2013.

Es importante mencionar que después de observar los resultados en estos dos momentos, queda para la reflexión la insuficiente estrategia organizacional, así como de la visión de gestión y administración del servicio para documentar la práctica profesional que ha venido desarrollando Trabajo Social dentro del primer

nivel de atención, es decir, la ausencia de sistematización y el no presentar resultados y evidencia documental para tratar de posicionar al profesional de salud en la organización, ocasionó el deterioro e incluso que se fuera “invisibilizando” al trabajador social dentro del modelo de salud que ha operado la última década los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

En la actualidad y con la información descrita, se puede constatar la cantidad y diversidad de actividades de salud pública que realiza Trabajo Social las cuales indudablemente benefician y ha beneficiado a la población usuaria y/o derechohabiente de los servicios de primer nivel de atención a la salud, esto a pesar de ser poco personal en relación al total de población que asciende a poco más de 4 millones de habitantes. Lo anterior, debido a que es el profesional de salud que ha sido responsabilizado casi en su totalidad de la difusión de los programas prioritarios, de la operación de la política social y de salud al incorporar a la población a los servicios médicos gratuitos, y de la implementación de las campañas estrategias que se están llevando a cabo para apoyar positivamente, los principales problemas de salud que presenta la población residente del Distrito Federal.

Desafortunadamente también hay que decirlo, actualmente la información tiene deficiencias en su sistematización en los niveles estructurales del servicio (unidad de salud, jurisdicción o estatal), situación que limita -desde los registros- mostrar con evidencias, la relación que existe entre la práctica profesional de Trabajo Social y los programas y acciones prioritarias que establece el modelo de salud actual de los Servicios de Salud Pública Distrito Federal, y que dan respuesta al perfil socio-epidemiológico que presenta la población que reside en dicha entidad, lo que a su vez, influye en la inadecuada ubicación de los sujetos y el objeto de intervención profesional (García 1991).

Así, y ante la insuficiente sistematización de la información sobre la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud, y a partir de este acercamiento documental, se puede presumir una vez más, que dicha práctica se vuelve inmediateista, paliativa y burocratizada (Netto, 1981), esto ante la

cantidad de actividades que realiza sin una definición clara de su objeto de intervención; éstas en su mayoría medicalizadas (Ortega, 2003), al no contar suficientes instrumentos, registros y controles de su acción desde lo social, y llevar a cabo aquellas que le son linealmente asignadas ante la poca participación de los demás integrantes del equipo de salud; acciones además que en su mayoría no consideran o parten teórica y metodológicamente de una realidad social (Galeana, 2007), debidamente sustentada. Dichas situaciones en conjunto, se considera han impedido o limitado profesionalmente al trabajador social, para incidir positivamente en las condiciones de salud y vida de la población que acude a los servicios de primer nivel de atención a la salud, que como se ha mencionado, es además la que presenta mayores rezagos sociales en el Distrito Federal.

A continuación, y como forma de validar lo que se ha mencionado en base al análisis documentos, se presentan los datos obtenidos del instrumento aplicado a los trabajadores sociales de los Servicios de salud Pública del Distrito Federal durante el 2013.

#### **5.4 Características profesionales y organizacionales de Trabajo Social**

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), es el organismo de primer nivel de atención a la salud que atiende a la población abierta o sin seguridad social laboral de la entidad. Cuenta con 220 unidades de primer nivel de atención a la salud, distribuidas en las 16 delegaciones y como parte del personal que ahí labora hay 695 trabajadores sociales; es importante mencionar que es el único organismo de salud de primer nivel de atención del país que cuenta con este número de profesionales en el área de la salud pública.

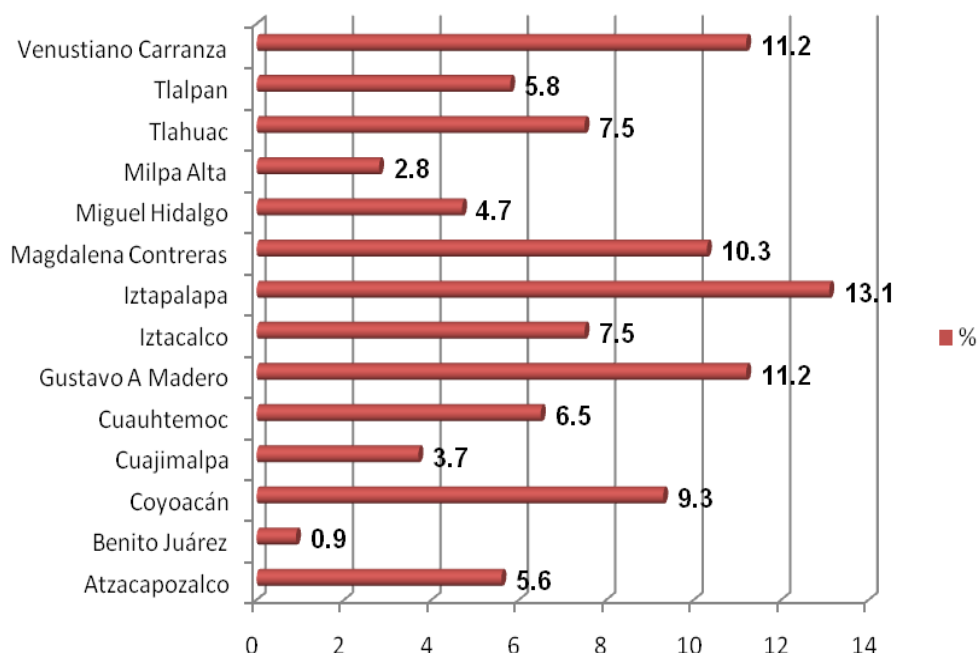
A continuación, se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención, el cual explora las principales características profesionales y organizacionales, así como los referentes teóricos y metodológicos de dicha práctica dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Los datos se describen de forma agrupada en cuatro apartados, el primero muestra las generalidades de los profesionales, en seguida se presentan los antecedentes académicos del grupo y posteriormente los aspectos laborales; la última parte de los datos permite observar la forma operativa en que desarrolla su práctica profesional el trabajador social dentro del primer nivel de atención a la salud. La información se obtuvo a partir de 107 cuestionarios aplicados al personal de Trabajo Social de diferentes tipos de centros de salud distribuidos en 14 de las 16 jurisdicciones sanitarias que hay en el primer nivel de atención del Sistema de Salud del Distrito Federal durante el 2013.

Así la figura 5.13, muestra el porcentaje de cuestionarios aplicados por jurisdicción sanitaria, el cual fue obtenido en proporción al número total de recursos de Trabajo Social operativos con que cuenta cada jurisdicción sanitaria.

**Figura 5.13**

**Distribución del personal de Trabajo Social por Jurisdicción Sanitaria de los SSPDF, 2013.**



Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Como se puede observar, el número mayor de instrumentos se aplicó en delegaciones como Iztapalapa, Venustiano Carranza y Gustavo A. Madero, en contraparte, de las jurisdicciones pequeñas como Benito Juárez, Milpa Alta y Cuajimalpa se obtuvo el menor número de instrumentos.

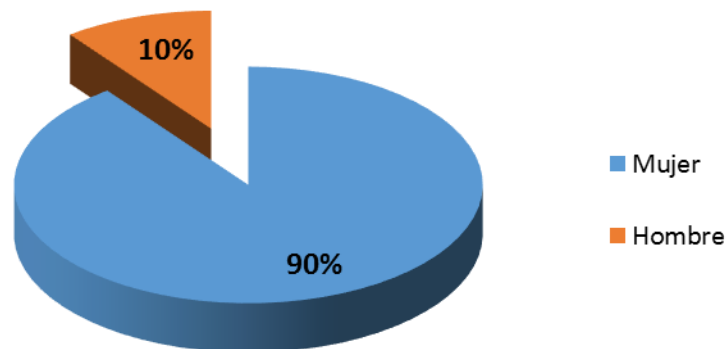
Es importante mencionar que las delegaciones Alvaro Obregón y Xochimilco no entregaron en tiempo los cuestionarios, por lo que la información de estas delegaciones quedó fuera de estos resultados.

### *Datos Generales*

Del total de trabajadores sociales que contestaron los cuestionarios, el 90% fueron mujeres y el 10% restante fueron hombres como se muestra en la figura 5.14, situación que refleja y valida lo que han referido autores como Shaffino (1928) respecto a que Trabajo Social es una profesión de mujeres; condición que muestra una construcción de género importante y que es trascendencia para el desarrollo de la práctica profesional por la condición de apoyo o de beneficio hacia el otro, posición con la que se le ha etiquetado. Tema importante sobre una construcción e género dentro la profesión, y que a futuro se pudiera retomar para profundizar en otro proyecto de investigación.

**Figura 5.14**

**Distribución por sexo del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013.**



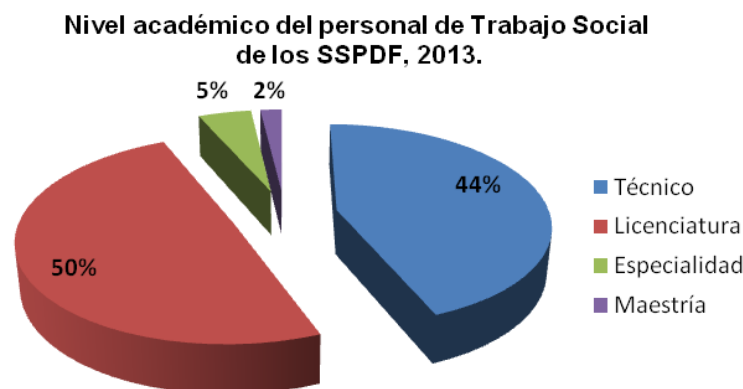
Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

En relación a la edad, el promedio de los entrevistados fue de 44 años, el de menor edad tiene 24 años y el de mayor edad 67 años; los datos muestran que aunque el grupo de trabajadores sociales es joven de acuerdo a su edad, desde lo laboral ya se considera un gremio viejo -como se verá más adelante-, al estar un buen porcentaje de ellos próximos a procesos jubilatorios, situación que indudablemente influye en la forma en cómo y/o la actitud que muestran los trabajadores sociales al desempeñar su práctica profesional dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

### *Datos Profesionales*

En relación al nivel académico que tienen los trabajadores sociales que laboran en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la figura 5.15 muestra que el 50% tiene nivel licenciatura y un 44 % nivel técnico; sólo son 7 los profesionales que tienen posgrado.

**Figura 5.15**



Fuente: Pérez, M. (2013, Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Es importante comentar que aproximadamente en los últimos 5 años el proceso de profesionalización institucional ha influido significativamente en el incremento de trabajadores sociales con nivel licenciatura, esto debido al incremento salarial que implica dicho proceso, aunque también hay que decirlo, sin una modificación en cuanto al desarrollo de funciones y/o actividades diferenciadas entre los tres

niveles académicos, situación a considerar también para replantear la práctica profesional y contribuir a mejorar la calidad de la atención en el servicio de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

En relación al nivel académico por sexo, la tabla 14 muestra que las mujeres son las que más han trabajado por su profesionalización, es decir, los 7 recursos de Trabajo Sociales que tienen posgrado, son mujeres.

**Tabla 14**  
**Nivel académico por sexo del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013.**

Sexo/Nivel Académico	Técnico	Licenciatura	Especialidad	Maestría	Total
Mujer	42	47	5	2	96
Hombre	5	6	0	0	11
Total	47	53	5	2	107

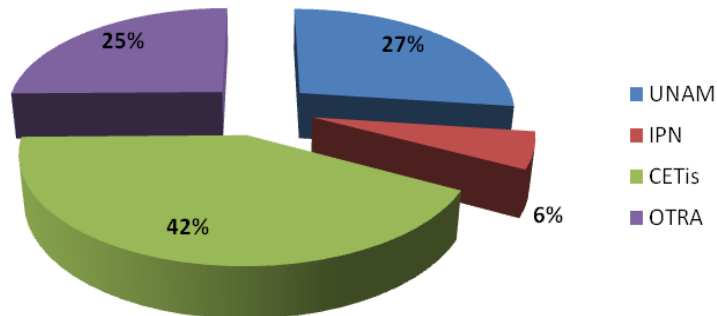
Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

Los trabajadores sociales a nivel técnico en su mayoría son del CETis No. 5 Trabajo Social (42%), y a nivel licenciatura con un 27% son egresados de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, seguido con un 25% de otras universidades del país como se muestra en la figura 5.16.



**Figura 5.16**

**Escuela de procedencia del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013.**

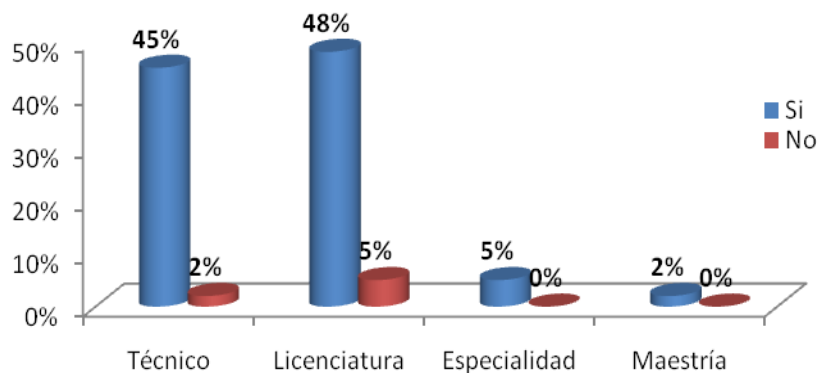


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

Del total de trabajadores sociales entrevistados, sólo el 6.5% no están titulados, el resto cuenta con los documentos que le acreditan como profesional, es decir, título y cédula profesional ya sea a nivel técnico o licenciatura como se muestra en la figura 5.17.

**Figura 5.17**

**Personal de Trabajo Social titulado según nivel académico en los SSPDF, 2013.**

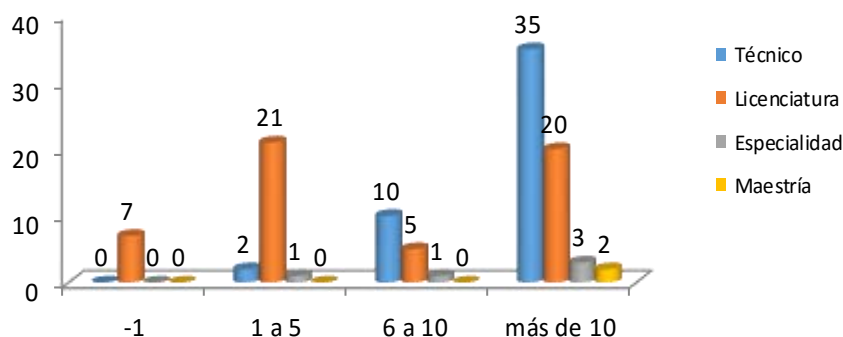


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

El personal de Trabajo Social a nivel técnico en su mayoría terminó la carrera desde hace más de 10 años, en contraste, a nivel licenciatura la mayor parte de los profesionales (33) tienen menos de 10 años de haberla concluido, esto como se ha referido, por el proceso de profesionalización que inició en el 2007 en los servicios de salud, y que al diferenciar los niveles académicos, otorgó un incremento en las percepciones salariales de los trabajadores a nivel licenciatura con relación al nivel técnico (figura 5.18).

**Figura 5.18**

**Años de que terminó la carrera el personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013.**

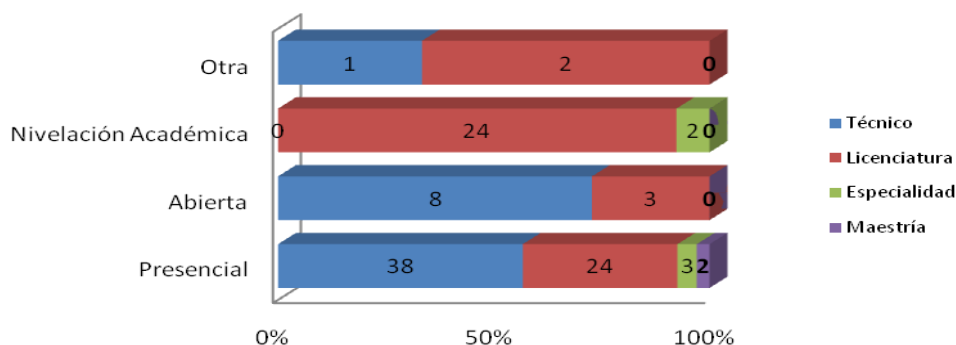


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

Con respecto a la modalidad educativa en la que el profesional de Trabajo Social curso sus estudios, la mayoría lo hicieron de forma presencial (67), llama la atención que un buen número de los profesionales a nivel licenciatura obtuvieron su título por nivelación académica (26), y sólo 3 refieren haber estudiado en otra modalidad no especificando cual (figura 5.19). Esta situación puede influir de manera importante en cómo se conceptualiza y operan los métodos y técnicas de Trabajo Social, y por ende, se puede ver reflejado en el desarrollo de la práctica profesional dentro de los Servicios de salud Pública del Distrito Federal.

Figura 5.19

**Modalidad en la que estudió el personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013**

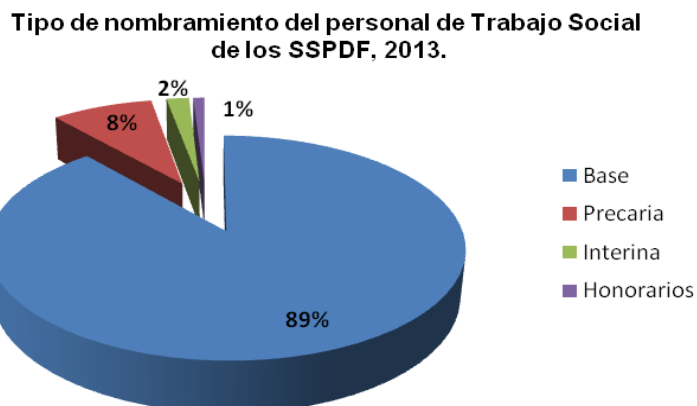


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

### *Datos Laborales*

En relación a los aspectos laborales, el 89% del personal de Trabajo Social que trabaja en la organización tienen una plaza de base, el 8% son precarias -es personal que cuenta con prestaciones sociales similares a las que se otorgan al personal de base-, y el resto (3%), tienen una condición laboral de interinas o están contratadas por honorarios (figura 5.20); esta situación permite observar que la mayoría de los profesionales tiene una relación laboral segura, permanente y con derechos, lo que pudiera influir en la importancia que dan o no al adecuado desempeño de su práctica profesional, condición a su vez vinculada con el clima y motivación laboral, aspectos en donde la administración y sus herramientas para el control del servicio, puede establecer propuestas de mejora el beneficio de la calidad de la atención hacia los sujetos sociales, pero fundamentalmente como forma de reconceptualizar los valores y la ética profesional, la cual no se debe perder independientemente del tiempo o condición laboral que se tenga; la función social de todos los días, y todas las horas de servicio (Shaffino (1928).

**Figura 5.20**



Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

Sólo el 12% de los trabajadores sociales cuentan con otro empleo, la mayor parte del personal únicamente trabaja para los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; es importante mencionar que aunque es poco el porcentaje de profesionales que tienen otro empleo, esta situación puede influir para una disminución en cuanto a calidad y cantidad en el desempeño de la práctica profesional debido al desgaste que implica esta doble jornada laboral (figura 5.21).

**Figura 5.21**

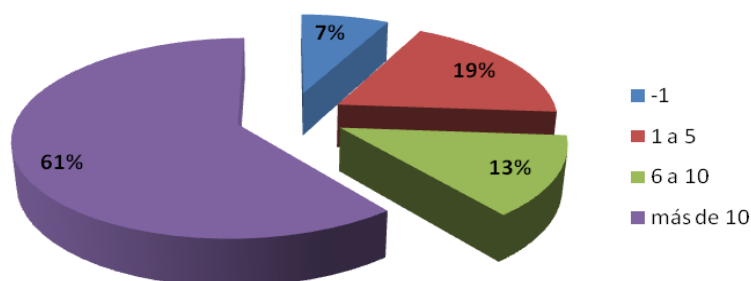


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

Sobre la antigüedad que tiene el personal de Trabajo Social laborando en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, se observa que el 61% tiene más de 19 años de servicio y sólo el 7% es de recién ingreso, es decir, tienen menos de un año de labores en esta organización de salud (figura 5.22), esta situación habla de un grupo de profesionales con gran experiencia pero a su vez, con un riesgo latente de desgaste laboral que indudablemente puede influir en la forma en que desempeñan su práctica profesional.

**Figura 5.22**

**Años de antigüedad del personal de Trabajo Social en los SSPDF, 2013.**



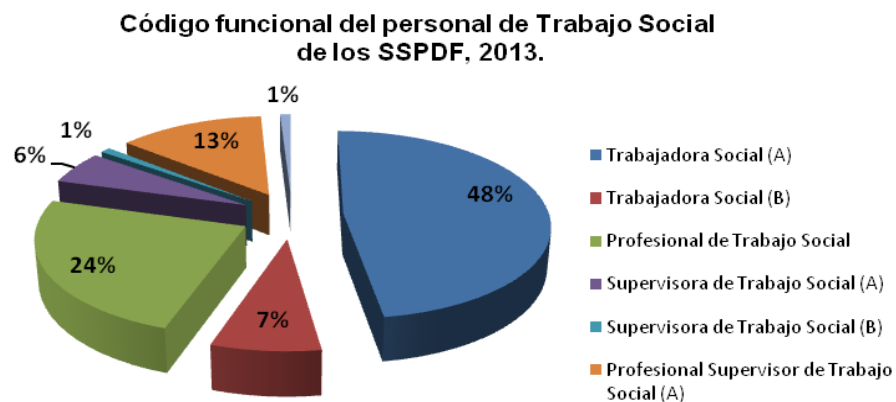
Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

Respecto a los códigos funcionales con los que cuentan los trabajadores sociales dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la figura 5.23 muestra que el 48% tienen el código de trabajadores sociales “A” (MO2040), en contraste se observa que solo el 1% corresponde a compañeras que tiene códigos de supervisoras de Trabajo Social “B” (MO2084), lo cual no asegura que realicen dicha función, sin embargo este es la base para acceder al código de profesionalización más alto que existe dentro del tabulador de la Secretaría de Salud; aquí es importante mencionar que actualmente dicho código (MO2113, supervisor profesional en área médica “B”) ya no se otorga al primer nivel de atención a la salud, lo que limita al profesional a mejorar sus condiciones económicas e incluso a acceder a las jefaturas de servicio, condiciones que de por

si ya estan limitadas al estar en una posición de insuficiente reconocimiento y desventaja laboral que otros profesionales del mismo nivel como lo es enfermería.

Asimismo, existen dentro del servicio un porcentaje mínimo de compañeras que tienen un código que no corresponde al de Trabajo Social, aunque en la realidad si desarrollan las funciones establecidas para este profesional dentro esta organización de primer nivel de atención a la salud.

**Figura 5.23**



Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Sobre los días en los que labora el personal de Trabajo Social, la tabla 15 muestra que el 97% lo hace de lunes a viernes y en el turno matutino, y el resto (3%), trabaja en el turno vespertino combinado con jornada matutina los días sábados; destaca el hecho de que dicha jornada tiene poco tiempo que se implementó debido a la ampliación de los horarios de servicio en las unidades de salud de primer nivel de atención, y la desempeñan básicamente trabajadores sociales contratados por honorarios, esto como una gran oportunidad de mejorar con una adecuada inducción al puesto el desarrollo de la práctica profesional al ser trabajadoras sociales a nivel licenciatura predominantemente y con disposición de trabajar.

**Tabla 15**

**Días y horarios en que labora el personal de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 2013.**

Horario/ Días	Lunes a Viernes	Lunes a Sábado	Total
Matutino	98	6	104
Vespertino/sabatino	2	1	3
Total	100	7	107

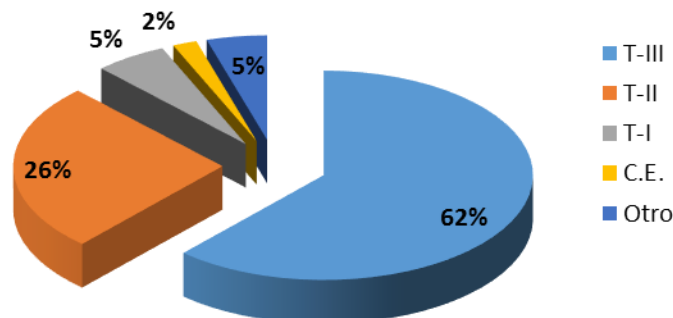
Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

Con relación al tipo de unidad de salud en donde se desempeña el personal de Trabajo Social, se observa que el 62% lo hace Centros de Salud T-III, y el resto se distribuye en los otros tipos de unidades con las que cuentan los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, destaca aunque en un mínimo porcentaje, la inclusión de trabajadores sociales en las clínicas de especialidades (figura 5.24), las cuales atienden enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus que ocupa el primer lugar en mortalidad general), y las adicciones; problemas de salud pública que por su magnitud y trascendencia ha llevado a la organización a diseñar un trabajo especializado dentro del mismo primer nivel de atención, y en donde se ha incorporado como parte de los equipos interdisciplinarios un trabajador social.

Para este tipo de espacio laboral de igual forma, hoy existe la necesidad de empezar a plantear una práctica profesional de Trabajo Social especializada y focalizada y con referentes debidamente sustentados que de respuesta a estos principales problemas de salud pública que presenta la población.

**Figura 5.24**

**Tipo de unidad de salud en donde labora el personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013.**



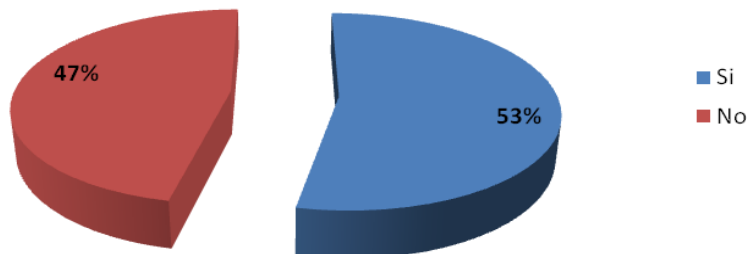
Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Sobre el personal de Trabajo Social que recibió inducción al puesto en su ingreso a la organización pública, el 53% refiere que sí lo tuvo; destaca que casi la mitad del grupo de profesionales no fue capacitada, esta situación puede ser un factor importante para un adecuado (o no), desempeño de la práctica profesional del trabajador social ya que el desconocimiento de las bases normativas como la misión y visión tanto de la organización como de Trabajo Social en el área de salud, así como, de las funciones y actividades que debe realizar como profesional en el primer nivel de atención a la salud. Esto ubica al trabajador social ante el riesgo de no cubrir lo que está dentro de su área de competencia y fundamentalmente a desarrollar actividades con enfoques diferentes a su misión y visión en la organización de salud (medicalizadas e inmediatistas) y/o sin un reflejo en las condiciones sociales que influyen en los problemas de salud de la población que tiene bajo su responsabilidad, aspecto que deberían ser considerados dentro de la razón de este personal de salud, específicamente en el área de la salud pública (figura 5.25), en otras palabras, sin un claro objeto de intervención, ni referentes debidamente sustentados (García, 1991).



**Figura 5.25**

**Personal de Trabajo Social que recibió inducción al puesto a su ingreso en los SSPDF, 2013.**

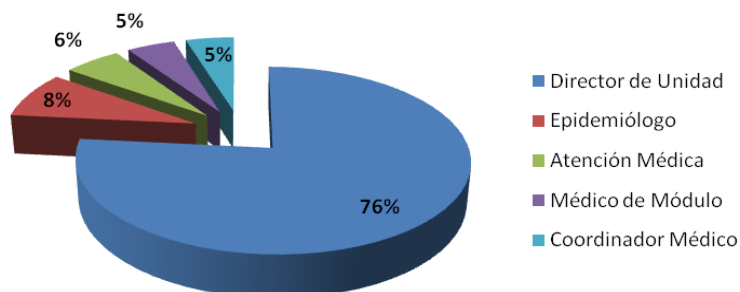


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

La figura 5.26, muestra que el 76% el servicio de Trabajo Social depende directamente del director del centro de salud, con un menor porcentaje estan bajo las ordenes de otros médicos, condición que de si el responsable no tiene la visión social de la salud y concoe de la intervención de Trabajo Social en la salud pública, supedita al profesional a indicaciones medicalizadas, y por ende, al desarrollo de una práctica profesional bajo este esquema.

**Figura 5.26**

**Área de la que depende el servicio de Trabajo Social de las unidades de salud en los SSPDF, 2013.**

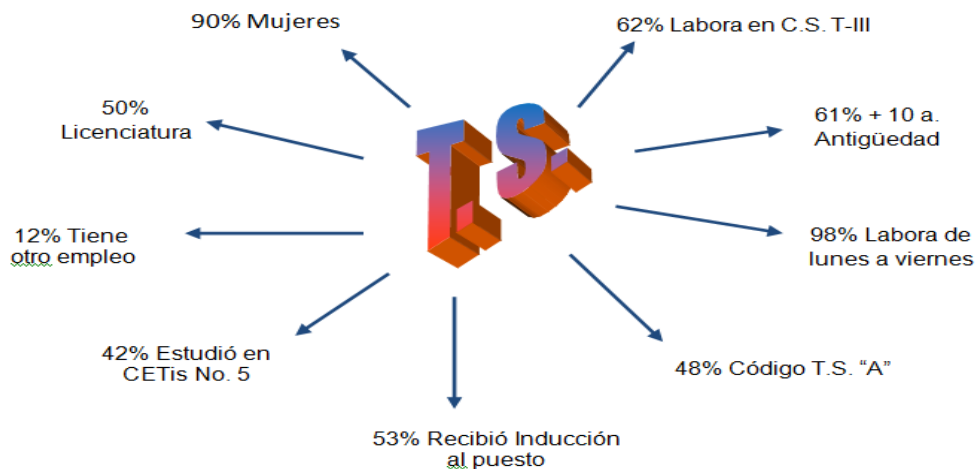


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

Desde el punto de vista de la administración del servicio, lo anterior es importante debido a que habla de la indefinición que existe en cuanto a las líneas de mando y de acción de la práctica profesional del trabajador social dentro de la organización pública; esto lleva a reflexionar sobre lo que Tobón (1983), refiere en relación a la facilidad de manipulación de la práctica profesional dentro de las organizaciones...; de ahí la necesidad de plantear lineamientos, e incluso un modelo operativo para el servicio que permita definir claramente las líneas de mando, jerarquías, funciones, actividades, entre otros aspectos que son determinantes para el actuar profesional, es decir, establecer la base para administrar verdaderamente el servicio de Trabajo Social, dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Así, y a manera de un perfil profesional y organizacional de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la figura 5.27 muestra que se trata de un grupo de profesionales predominantemente del género femenino.

**Figura 5.27**  
**Perfil del personal de Trabajo Social de los SSPDF, 2013**



Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Que ante un gran esfuerzo de profesionalización, actualmente la mitad del grupo cuenta con estudios a nivel licenciatura aunque con una heterogeneidad de modalidades educativas y de escuelas de procedencia, lo que puede verse reflejado en las competencias profesionales, éticas y políticas, es decir, en la forma de ver y desarrollar su práctica profesional.

Se observa un grupo con gran experiencia profesional resultado de su trayectoria dentro de la organización y que están en proceso de envejecimiento laboral; un alto porcentaje de ellos cuenta con certidumbre en cuanto a su permanencia y derechos laborales por contar con una plaza de base y ser sindicalizados; la mayor parte de los profesionales laboran en unidades tipo urbano y en días y horarios considerados como hábiles, es decir, de lunes a viernes y de 8 a 16 horas; el nivel o código funcional en la mayoría de los casos concuerda con la función que tiene asignada.

Aunque llama la atención, que poco más de la mitad de los trabajadores sociales en su ingreso a la organización pública, no recibió información suficiente sobre sus funciones, actividades y su *deber ser* en la organización, esto permite detectar un riesgo importante que puede propiciar limitaciones para el desarrollo efectivo de la práctica profesional de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Sin embargo, se observa a Trabajo Social como un grupo que tiene grandes fortalezas y que ha mostrado su deseo de superación profesional, esto se presenta como una oportunidad actual y a mediano plazo -con el ingreso de nuevos recursos y su adecuada inducción al puesto-, para retomar su *deber ser* y lograr una visión de conjunto que contribuya al crecimiento paulatino y al fortalecimiento del profesional dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (Pavón y Gogeoascoechea, 2004), y (Senge, 1998).

Para lo anterior, es necesario entre otras cosas trabajar en la capacitación continua de los profesionales para favorecer la calidad en la prestación de servicios como lo establece la nueva salud pública (OMS-OPS), y la estrategia de

*Si Calidad*; se requiere del desarrollo de un aprendizaje organizacional sobre la práctica profesional en el primer nivel de atención a la salud y fundamentalmente, para que beneficie a los sujetos sociales -con quienes comparte cotidianamente el trabajador social- en la modificación positiva de sus condiciones de salud y de vida, es decir, encaminar a Trabajo Social hacia la definición de su función social y el impacto que se espera de ella en los determinantes sociales relacionados con la salud pública del Distrito Federal.

#### **4.5 Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal:**

##### **Una realidad**

A continuación se describen los resultados obtenidos sobre los aspectos teóricos y metodológicos que sustentan la práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud, es decir, los referentes teóricos y conceptuales, el o los métodos que utilizan, las técnicas e instrumentos, el proceso metodológico que siguen en la atención de los usuarios de los servicios, entre otros; datos que se obtuvieron a través del cuestionario denominado “La práctica profesional del Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal” aplicado a los trabajadores sociales que laboran en el primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Para hablar de la práctica profesional de Trabajo Social, es indispensable reconocer los referentes básicos que tiene el personal que labora en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, de ahí que a continuación se presenta la forma en que se conceptualiza lo que es la profesión, como se visualiza la salud y el conocimiento sobre el modelo de salud en que se basa la organización.

Con relación al concepto de Trabajo Social, es trascendente comentar que 72 de los 107 instrumentos aplicados no tienen respuesta a esta pregunta; y en los pocos instrumentos con respuesta no es claro ni homogéneo el concepto de la profesión, así por ejemplo se hace referencia a esta como un proceso educativo:

*“ es un proceso educativo que a través de su metodología contribuye a educación y sensibilización, así como reponsabiliza al individuo de su salud” (Cuestionario, 13)*

Como un profesional paramédico, es decir, dedicado a promover acciones medicalizadas al conceptualizarle como:

*“una disciplina social enfocada a la promoción del autocuidado, prevención, tratamiento de enfermedades para elevar la calidad de vida de los pacientes a través de los programas de salud existentes”(Cuestionario, 76)*

Y excepcionalmente, se le plantea como algo más próximo a lo que podría ser el concepto de Trabajo Social en salud referido desde la academia por Terán desde 1989, y la razón de ser del profesional en la organización de salud:

*“una profesión que mediante el uso de técnicas, metodologías y herramientas interviene con la población para contribuir de manera organizada a mejorar y/o preservar la salud” (Cuestionario, 16)*

A partir de lo expuesto, se puede inferir que no es clara para el personal que labora en la organización la conceptualización de Trabajo Social, ya que sólo manifiestan aproximaciones generales y reduccionistas del concepto; esto lleva a reconocer una insuficiente actualización gremial al desconocer la definición que para la profesión se tiene desde lo internacional (FITS, 2000), y con ello, la función social que se asigna al profesional, así como, los principios en que se sustenta: derechos humanos y justicia social; llama la atención también, que como grupo tampoco ha definido su profesión dentro de la organización, situación que puede influir de manera importante en la pérdida de identidad del trabajador social tanto con la profesión, como con su misión y visión en la salud pública.

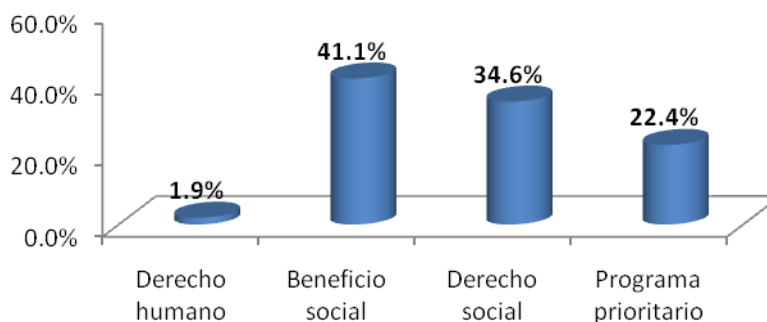
Desde aquí, es necesario retomar a la administración como una herramienta que permita facilitar la definición, operación y construcción de concepto así como de la misión y visión del servicio dentro del sistema de salud (Cordera, 1992), y (Pavón y Gogeoascoechea, 2004), y fundamentalmente para el mismo profesional de salud; esto como base para la generación de instrumentos técnicos y

normativos que conceptualicen claramente lo que es Trabajo Social en la salud pública, que delinien la práctica profesional que debe desarrollar dentro de la organización, así como, para la identificación de oportunidades creativas o innovadoras que contribuyan a un mejor desempeño profesional desde sus bases; esto en *pro* de los usuarios o derechohabientes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (Evans, J. y Lindsay, W., 2005), quienes son los sujetos con y para quienes Trabajo Social realiza su práctica profesional.

Otro de los elementos centrales para el desarrollo de la practica profesional es la visión que se tiene sobre la salud, así al preguntar a los trabajadores sociales sobre cómo le concibe, la figura 5.28 muestra que sólo el 34.6% se refiere a esta como un derecho social.

**Figura 5.28**

**Forma en que concibe la salud el personal de Trabajo Social en los SSPDF, 2013.**

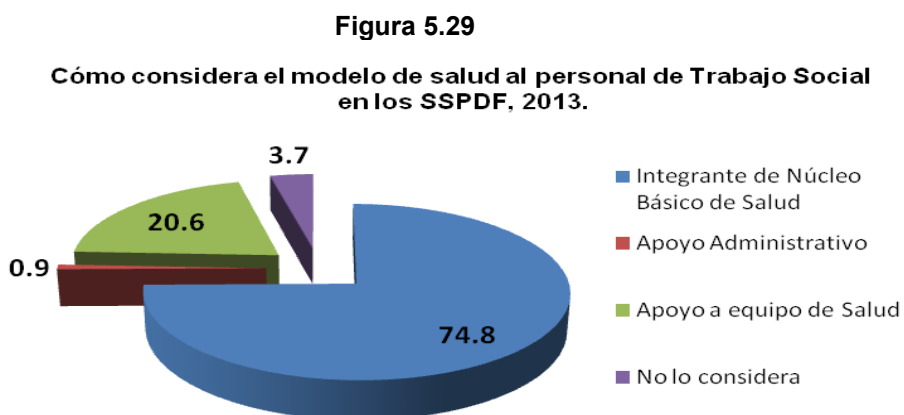


Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre *“La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”*

Esta situación habla de que la mayoría de los trabajadores sociales no identifican adecuadamente el enfoque y el sentido social que se manifiesta en los objetivos planteados desde la política social y el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal con respecto a la salud, los cuales se sustentan en los derechos sociales que tienen los ciudadanos mexicanos, esto puede verse reflejado a su vez, en la forma en cómo al trabajador social durante el desarrollo de su práctica

profesional se le dificulta hacer la vinculación de los aspectos macro, meso y microsociales que influyen en la realidad social, o en las condiciones de salud de la población, así como, el ordenar su práctica en un tiempo y en un espacio determinado y promover e incluso empoderar a los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud, para el ejercicio pleno de sus derechos sociales; esto en consideración además, a los principios de derechos humanos y justicia social que desde la definición de Trabajo Social se plantea.

En relación a cómo considera al trabajador social el modelo de salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, casi el 75% refiere que el profesional es parte del núcleo básico de salud; sobresale a su vez, que hay personal que manifiesta que no es considerado, y otro mínimo dice que es personal de apoyo administrativo (figura 5.29).



Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre “La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

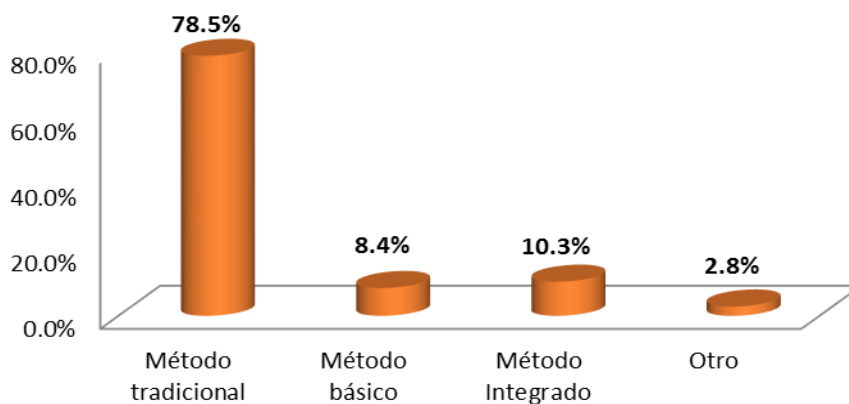
Lo anterior, muestra las limitaciones en el conocimiento que se tiene acerca de los lineamientos básicos del MAAS, modelo de salud que rige la operación del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, y específicamente lo referente al servicio de Trabajo Social en el primer nivel de atención. Dicho modelo desfavorece al trabajador al designarlo sólo como un profesional de apoyo al núcleo básico; condición que se considera grave y funcional, ya que al no darle un peso específico en los equipos interdisciplinarios de salud, puede orillar al trabajador

social al desarrollo de prácticas de improvisación o inmediatistas, a la subutilización, o a la saturación del profesional con acciones medicalizadas o de indole administrativo, pero fundamentalmente, ubicarle ante un riesgo cada vez mayor de invisibilización e incluso de desplazamiento profesional por no ser clara la especificidad o la relevancia de su participación profesional (Shaffino, 1928), para retomar *lo social* como parte de los equipos interdisciplinarios que operan el modelo de salud en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y limitar a su vez, la atención integral de los usuarios de los servicios de salud.

Explorando propiamente los elementos teóricos y metodológicos de la práctica profesional, al preguntar acerca del o los métodos empleados en su práctica cotidiana, el 78% de los profesionales refiere que utiliza el método tradicional, es decir, el caso, grupo y comunidad; llama la atención que el 2.8% habla del empleo de otros métodos, aunque no especifica cuál (figura 5.30); los datos así planteados, permiten observar que hay cierta uniformidad en relación los métodos que refieren emplear los trabajadores sociales en el primer nivel de atención a la salud.

**Figura 5.30**

**Métodos que usa Trabajo Social en su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**



Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"



Otro de los aspectos sustantivos para el desarrollo de una práctica profesional es el referente o sustento teórico, al respecto se preguntó de manera abierta sobre la utilización de alguna teoría que respaldara la práctica profesional de trabajo social en el primer nivel de atención, y en su caso, referir cual. Los datos muestran que el 100% de los cuestionarios aplicados no tuvieron respuesta a esta pregunta, lo que llama la atención o más bien resulta preocupante debido a que se dice que toda práctica profesional, debe ser considerada como un vínculo bidireccional en el que teoría y práctica se asimilan, se concretan y deben dar un nuevo sentido y significado a la realidad social (Upnmuchis, s/f).

Asimismo, autoras como Tobón, Rottier y Manrique (1983), García Salor (1991), y Tello (2008), entre otros, hablan de la necesidad en Trabajo Social de realizar una acción o práctica profesional basada en referentes teóricos y metodológicos, de ahí lo imperativo de establecer desde los documentos técnico-normativos la definición de dichos referentes y asegurar que estos permeen claramente hacia el desarrollo de la práctica profesional que realiza el trabajador social cotidianamente dentro de los servicios de primer nivel de atención a la salud, de lo contrario se continuará realizando una práctica profesional empirista, paliativa y sin sentido social.

Con el propósito de obtener el conocimiento desde lo cotidiano sobre los aspectos metodológicos que incluye la práctica profesional, en este apartado se inicia la descripción de algunos de los resultados obtenidos de preguntas tipo likert, por lo que es necesario establecer cómo se consideraron las respuestas.

En la serie que tiene cuatro categorías, se consideró como afirmativa solo frecuentemente, y las otras tres opciones como negativas; la segunda serie que es de cinco categorías se tomaron como afirmativas las opciones siempre y frecuentemente y el resto como negativas; y de la tercera serie que de igual forma es de cuatro opciones, se tomaron como afirmativas las respuestas buena y muy buena, y como negativas las otras dos opciones.

Así entonces, se toma como una práctica profesional buena cuando el porcentaje esta por arriba del 85%, como aceptable entre el 70% y hasta el 84%, y como deficiente aquellos porcentajes por abajo del 70%, esto en base a los criterios que desde la estrategia de calidad se da en la organización.

Con relación a las áreas que integran los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y que apoya el trabajador social, casi el total del personal refiere trabajar frecuentemente en acciones de promoción de la salud (98.1%); en contraparte destaca que la mayoría manifiesta que ocasionalmente, no realiza, e incluso no sabe que lleva a cabo acciones de atención médica, vigilancia epidemiológica, asistencia social, regulación sanitaria, investigación en salud y de política social como se puede observar en la tabla 16; lo anterior refleja la deficiente identificación de funciones y actividades que desarrolla el trabajador social como parte de su práctica profesional.

**Tabla 16**  
**Áreas que apoya Trabajo Social con su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**

Área	Frecuentemente	Ocasionalmente	No realiza	No sabe
Atención Médica	42.1%	<b>16.1%</b>	<b>35.3%</b>	<b>6.5%</b>
Vigilancia Epidemiológica	26.2%	<b>51.8%</b>	<b>16.4%</b>	<b>5.6%</b>
Promoción de la Salud	<b>98.1%</b>	1.9%	0.0%	0.0%
Asistencia Social	42.1%	<b>28.8%</b>	<b>10.4%</b>	<b>18.7%</b>
Regulación Sanitaria	11.5%	<b>25.9%</b>	<b>45.4%</b>	<b>17.2%</b>
Investigación Social en Salud	17.2%	<b>41.4%</b>	<b>28.5%</b>	<b>12.9%</b>
Política Social	23.4%	<b>20.6%</b>	<b>33.6%</b>	<b>22.4%</b>

Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Es importante reflexionar sobre la poca claridad que se tiene el trabajador social en relación al marco de referencia que sustenta la práctica profesional (García, 1991), y por ende, del insuficiente conocimiento sobre la cantidad de acciones de política social y de atención médica que desarrolla cotidianamente dentro de su práctica profesional. Sobre la primera, Trabajo Social como profesional ha sido encargado de operar tradicionalmente las políticas sociales y de trabajar en *pro* de la población que más necesidades tiene; dentro del primer nivel de atención a la salud, el profesional que es un eje fundamental de la política social de inclusión, acceso y universalidad que establece el Gobierno del Distrito Federal (Programa de Desarrollo Social del GDF 2007-2012), en beneficio para la población con más rezagos sociales de la entidad.

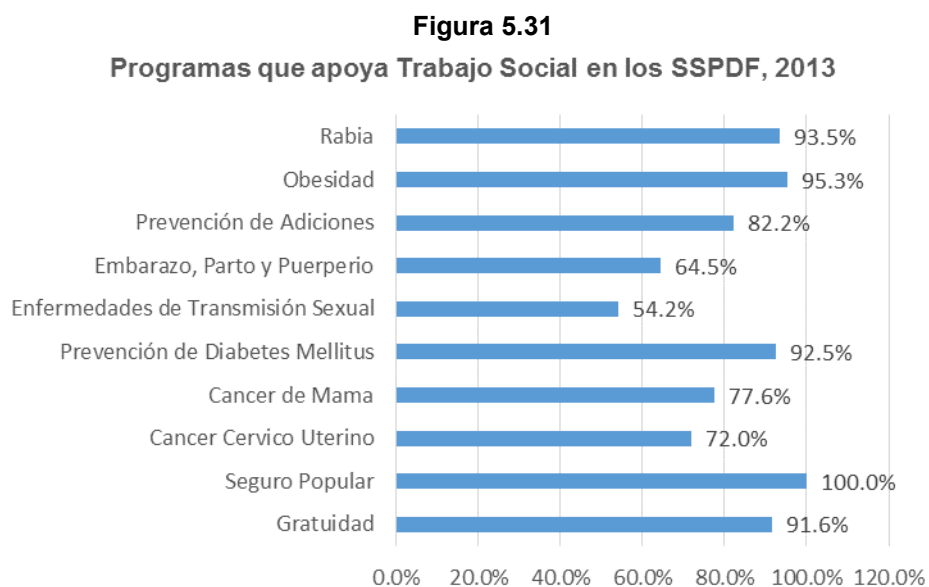
En relación al área de atención médica, también se observa el insuficiente reconocimiento del profesional hacia la práctica que realiza para apoyar esta área, primero porque los Servicios de Salud Pública se centran en la atención médica y por ende, todas las acciones del personal de salud giran sobre esta; el trabajador social (y como se corroborará más adelante), además de realizar actividades en *pro* de la atención a usuarios como lo son la consejería, entrevistas y visitas domiciliarias, tiene una participación muy importante en la referencia y contrarreferencia de pacientes, sistema en el que Trabajo Social es corresponsable junto con el médico, al tener a su cargo el control y seguimiento de todo paciente que es enviado a otro nivel de atención y en su caso, gestionar y favorecer la atención médica de estos. Dichas acciones son las que frecuentemente realiza el profesional, ya que son actividades que se le asignan como personal paramédico y cuyo objetivo está dado para contribuir a cumplir con las instrucciones médicas; a decir de Romero (2012), ayudan a ajustar a los sujetos a la medicalización y seguir reproduciendo los modelos hegemónicos de poder en la vida cotidiana.

En contraparte, los datos muestran la poca participación de Trabajo Social en acciones de Investigación, área de oportunidad necesaria para mejorar la calidad

de la atención y para fortalecer a la misma práctica profesional dentro de la salud pública.

Así una vez más, se hace necesario retomar el aprendizaje desde la organización e implementar acciones de capacitación continua que contribuyan en un corto plazo modificar este grave problema funcional que vienen desarrollando los trabajadores sociales del primer nivel de atención a la salud, pero fundamentalmente delinear adecuadamente la práctica profesional de Trabajo Social (incluido su posicionamiento ético y político), a partir de instrumentos técnicos y normativos como podría ser un modelo operativo, manuales de organización y funcionamiento, manual de procedimientos, lineamientos, entre otros; que permitan ubicar claramente al trabajador social respecto a sus objetivos, misión y visión dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Sobre los principales programas que refiere apoyar el trabajador social en su práctica cotidiana, la figura 5.31 muestra sólo los diez principales programas, y en donde destaca el apoyo a Seguro Popular (100%), Obesidad (95.3%) y Rabia (93.5%), y en menor cantidad manifiestan el trabajo para las Infecciones de Transmisión sexual (54.2%) y el Embarazo, Parto y Puerperio (64.5%).



Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Lo anterior, refleja en gran medida que Trabajo Social a pesar de las limitaciones que tiene para la planeación de acciones al no elaborar el perfil de usuarios e investigar sobre las características socio-epidemiológicas de la población, apoya algunos de los programas que se consideran prioritarios para el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, ya que dan respuesta a los principales problemas de salud pública que muestra el perfil epidemiológico; lo anterior posiblemente, ante las indicaciones que recibe para el trabajo cotidiano, que como se había referido, se asocian a las estrategias de promoción de la salud que abanderan las políticas públicas del Gobierno del Distrito Federal; acciones como la campaña Muévete y Metete en Cintura, la cual busca incidir en la disminución del sobrepeso y la obesidad y que a su vez, busca su impacto en la Diabetes Mellitus, una de las principales causas de muerte en la entidad. Llama la atención a su vez, que refieren un gran porcentaje de apoyo a los programas como gratuidad (91.6%), y seguro popular (100%), esto a pesar de que son Leyes que aseguran la implementación de la política social y no solo programas, dejando fuera otros que se incluyen en las principales causas de enfermedad y muerte entre la población, es decir, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, los accidentes viales, la hipertensión arterial, las enfermedades bucales, entre otras, situación que permite inferir que existe una relación parcial de la práctica profesional de Trabajo Social y los principales problemas de salud que presenta la población.

En relación a los pasos del proceso metodológico que sigue en su práctica profesional el trabajador social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la tabla 17 muestra que sólo el 59.6% de los profesionales refiere que siempre o frecuentemente da seguimiento a los pacientes, y el 47.7% manifiesta que lleva a cabo siempre o frecuentemente alguna intervención o tratamiento social con los usuarios de los servicios; en contraparte, las demás etapas del proceso en su mayoría sólo se realizan algunas ocasiones, incluso un porcentaje significativo revela nunca aplicar el proceso metodológico.

**Tabla 17**

**Pasos del proceso metodológico que usa Trabajo Social en su práctica profesional dentro de los SSPDF, 2013.**

Proceso Metodológico	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Ocasionalmente	Nunca
Investigación	16.8%	18.2%	<b>37.9%</b>	<b>23.4%</b>	<b>3.7%</b>
Diagnóstico	18.2%	19.8%	<b>32.7%</b>	<b>17.2%</b>	<b>12.1%</b>
Pronóstico	16.8%	12.1%	<b>31.8%</b>	<b>26.2%</b>	<b>13.1%</b>
Plan	14.0%	15.8%	<b>15.0%</b>	<b>20.5%</b>	<b>34.7%</b>
Tratamiento o intervención	<b>24.3%</b>	<b>23.4%</b>	18.7%	10.3%	23.4%
Seguimiento	<b>35.3%</b>	<b>24.3%</b>	18.2%	12.1%	10.1%
Evaluación	14.0%	12.1%	<b>27.1%</b>	<b>23.4%</b>	<b>23.4%</b>
Cierre de proceso	12.1%	19.1%	<b>26.2%</b>	<b>18.5%</b>	<b>24.1%</b>

Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

En base a estos datos, se considera que el uso del proceso metodológico en la atención de los sujetos sociales es poco sistemático y deficiente desde lo técnico, situación que además de limitar lo que autores han denominado como lo que da la especificidad de Trabajo Social, habla de que se realiza una práctica profesional empirista y sin sentido social, que por ende, impide cumplir con los objetivos de esta profesión (García, 1992), así como también, con la misión y visión que tiene dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Aquí algunas preguntas en relación a las deficiencias metodológicas, se sabe que pueden ser muchas, abría entonces que profundizar por ejemplo en sobre *¿si el uso de métodos, técnicas y herramientas tiene una relación directa con el nivel profesional? o ¿si es poco significativo la aplicación de métodos, técnicas y herramientas propias de la profesión para el trabajador social?*, entre otros.

Lo anterior, a pesar de que -como se refirió en capítulos anteriores- Trabajo Social puede retomar (sin tenerlo claramente identificado) dicho proceso metodológico para la atención integral o sistémica de los usuarios, un ejemplo de ello es lo que puede hacer a partir de la elaboración de la Cédula de Afiliación Familiar a los Servicios Médicos Gratuitos del gobierno del DF, documento que retoma los datos generales y algunas características socio-demográficas de los usuarios, y que además otorga el acceso a los servicios gratuitos que brinda el Sistema de Salud Pública y que a partir de un proceso de investigación social, puede integrar el perfil de los usuarios de dicho sistema, el cual debería ser la base para la planeación y operación de los servicios de salud, en especial del primer nivel de atención a la salud.

Asimismo, dicha cédula de afiliación puede (o debería), ser el inicio de un Trabajo Social individualizado, y en caso de requerirlo, la justificación para el trabajo con grupo, ejemplo de ello son las menores de edad que están embarazadas a quienes a partir de su cédula de Afiliación Familiar y del estudio social, se puede integrar el diagnóstico, pronóstico y plan de acción social; destacando que una de las acciones centrales de este es su incorporación a los grupos de embarazadas (como parte de la intervención social), en donde a partir de diferentes sesiones de capacitación se le brindan ciertas herramientas para evitar riesgos durante su embarazo y asegurar una red de apoyo familiar y social para el momento de su parto; realiza detección de riesgos sociales; lleva a cabo el seguimiento de la embarazada, esto a fin de asegurar su atención oportuna en las unidades hospitalarias de la entidad; y a su vez, se trabaja en la sensibilización para su integración a otros programas de salud como el de planificación familiar para evitar en un corto plazo un nuevo embarazo (evaluación y cierre), y con ello, contribuir a mejorar sus condiciones de salud y de vida, además de asegurarse de que toda la información de la práctica profesional queda consignada en expediente clínico, lo que en un momento dado, sería un registro oficial para lograr la sistematización de esta práctica profesional.

A partir de este ejemplo, se puede ver la aplicación de diferentes métodos de Trabajo Social, así como, la utilización de técnicas y herramientas, las cuales parecieran ser poco visibles y significativas tanto para el mismo profesional como para el resto del equipo de salud. Sin embargo, da luz acerca de cómo se debería concebir y aplicar dicho proceso metodológico, el cual además está diseñado para dar cierta especificidad a la práctica profesional del trabajador social en general, y en especial para la salud pública, esto sin dejar de considerar los métodos que ayudan a trabajar en los determinantes sociales asociados a esta condición de vida de las mujeres.

En relación a algunas herramientas<sup>24</sup> técnicas de que se vale el trabajador social para realizar su práctica profesional, en la figura 5.32 se puede observar que sobresalen las normas oficiales mexicanas con un 78.1% y la delimitación del área geográfica con el 71.8%, resultados que se consideran aceptables para el desarrollo de dicha práctica profesional; en contraparte, las que menos considera son el manual de procedimientos (13%), la misión y visión de trabajo social (14%), la identificación de necesidades sociales de la población (17%), y el perfil de los usuarios (30%), el estudio de comunidad (36.4%), y el manual de organización (20.6%), aspectos fundamentales tanto para definir una postura e identidad del profesional dentro de la organización, como para la planeación sistematizada de las actividades propias del servicio de Trabajo Social.

Lo anterior, permite observar que desde este ámbito de apoyo técnico, la práctica profesional de los trabajadores sociales en el primer nivel de atención también muestra serias deficiencias al no poder configurar adecuadamente su objeto de intervención ni su marco de referencia (García, 1991), esto además a decir de Galeana (2007), lleva al predominio del empirismo en las acciones y a la poca respuesta hacia la realidad social; situación además, que puede ser un

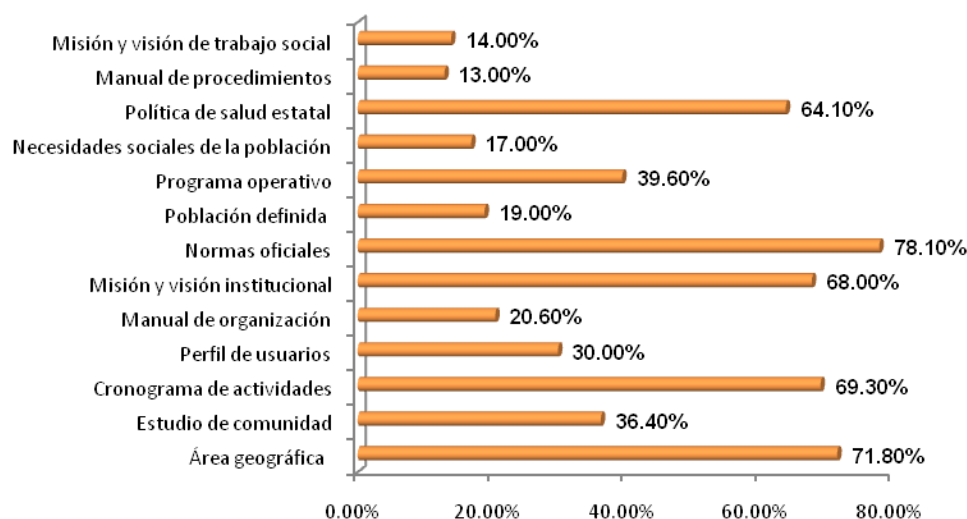
---

<sup>24</sup> Una herramienta es aquel elemento elaborado con el objetivo de hacer más sencilla una determinada actividad... el de dispositivo o procedimiento que aumenta la capacidad de llevar a cabo determinadas tareas; es decir, se puede hablar que son herramientas de gestión. En <http://mundoinformatico321.blogspot.mx/2012/11/tecnica-herramienta-metodo-y-metodologia.html>



indicador más para deducir que la práctica profesional que realiza el trabajador social actualmente en el primer nivel de atención, no responde a las condiciones socio-epidemiológicas que presentan los usuarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

**Figura 5.32**  
**Herramientas técnicas que apoyan a Trabajo Social para desempeñar su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**

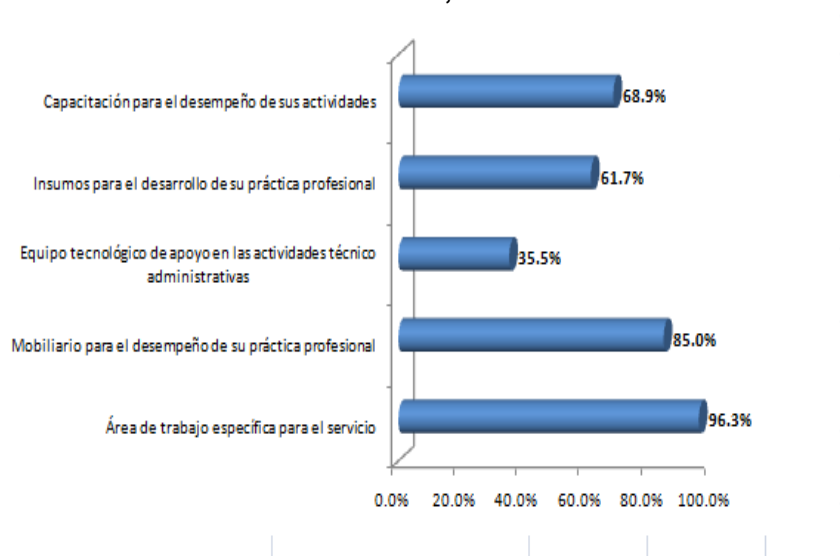


Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre “La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

Sobre los recursos de apoyo con los que cuenta el personal de Trabajo Social para desempeñar su práctica profesional, la figura 5.33 muestra que el 96.3% cuenta con un área definida en donde trabajar y un 85% con mobiliario necesario, sin embargo, el 35% manifiesta no contar con apoyo tecnológico para su desempeño profesional, situación que posiciona al trabajador social en un resago importante desde lo tecnológico (desde lo básico como computadoras), organizacional y de capacitación muy importante, áreas que se consideran sustantivas para el desempeño de una práctica profesional de calidad; esto además en contradicción a lo que establece el Modelo de Salud (2006-2012), y las estrategias de calidad que refieren como prioridad para la acreditación de unidades y la satisfacción de los usuarios (internos y externos), el contar con los

recursos necesarios para brindar atención de calidad y seguridad a los usuarios y/o derechohabientes de los servicios de salud, de ahí, la necesidad de trabajar hacia la quinta disciplina (Senge, 1998), y en donde la planeación estratégica (Armijo, M., 2009), puede ser una herramienta de gestión sustantiva para cumplir con dichos propósitos.

**Figura 5.33**  
**Recursos que apoyan la práctica profesional de Trabajo Social**  
**en los SSPDF, 2013.**



Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

A partir de otro bloque de preguntas tipo likert, a continuación de muestra lo que hace y no debería hacer el trabajador dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal como parte de su práctica profesional, esto como un elemento más que permita corroborar lo que se ha estado refiriendo como fortalezas y debilidades de la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud.

La tabla 18, permite observar las acciones que cotidianamente realiza el trabajador social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y en donde destaca que un 76.7% afilia a la población para asegurar su acceso gratuito a los

servicios de salud; que el 71.3% capacita a la población para mejorar sus condiciones de salud; un 83.6% se coordina con otras instituciones para favorecer la atención de pacientes; un 72.2% entrevista para informar, investigar o dar seguimiento a los usuarios de los servicios de salud, así como, que el 87.7% informa a la población sobre medidas para la prevención específica de enfermedades, esta última actividad considerada como la única dentro del rango de buen desempeño.

Los datos muestran una vez más, cómo el trabajador social desarrolla primordialmente su práctica profesional a partir de acciones medicalizadas; que son básicamente son individuales y grupales, y en buena medida, de coordinación interinstitucional como apoyo a la atención médica oportuna de pacientes; asimismo, se observa que deja de lado acciones que son prioritarias para la sistematización y la función social que debería tener la práctica profesional de Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, es decir, la planeación de actividades, la identificación de necesidades o prioridades de los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud, de la investigación de los determinantes sociales de la salud (Urbina, 2012), y su incorporación en el diagnóstico situacional de su área de responsabilidad, entre otras; condiciones necesarias para sustentar la práctica profesional (García, 1991), para realizar un trabajo integral (Galeana, 1999) y (Pincus y Minahan, 1973), con una perspectiva sistémica (Senge, 1998), como lo requiere por la amplitud de sus funciones el primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

**Tabla 18. Acciones que realiza Trabajo Social como parte de su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**

Acciones	Siempre	Frecuentemente	Regularmente	Ocasionalmente	Nunca
Visita pacientes para conquista, reconquista o seguimiento de pacientes	31.9%	29.0%	23.7%	5.7%	9.7%
Afilia para el ingreso de los pacientes a los servicios que presta el centro de salud	<b>65.6%</b>	<b>11.1%</b>	9.1%	6.7%	7.5%
Capacita a la población para mejorar sus condiciones de salud	<b>47.9%</b>	<b>23.4%</b>	16.6%	2.5%	9.6%
Asiste a reuniones de trabajo con la delegación política y otros grupos organizados	21.1%	7.3%	12.4%	18.5%	40.7%
Toma decisiones junto con el director para mejorar la calidad de los servicios	15.0%	16.1%	16.6%	19.6%	32.7%
Forma, coordina y controla grupos comunitarios en beneficio de la salud pública	37.7%	21.4%	10.3%	14.7%	15.9%
Informa a los pacientes sobre los programas y acciones de salud delegacionales	35.5%	18.7%	19.6%	10.3%	15.9%
Se coordina con otras instituciones para favorecer la atención de pacientes	<b>26.7%</b>	<b>56.9%</b>	7.3%	3.9%	5.2%
Promueve la organización de grupos para acciones de promoción de la salud	37.8%	15.8%	12.8%	24.9%	8.7%
Informa a los usuarios sobre medidas para la prevención específica de enfermedades	<b>67.9%</b>	<b>19.8%</b>	1.9%	9.0%	1.4%
Apoya la elaboración del diagnóstico situacional	9.7%	6.5%	21.1%	23.4%	39.3%
Planea cotidianamente las acciones a realizar en el ámbito local	30.8%	24.3%	13.1%	13.1%	18.7
Realiza y/o contribuye en investigaciones sociales de salud a nivel local	4.7%	0.9%	19.6%	29.9%	44.9%
Entrevista para informar, investigar o dar seguimiento a los usuarios de los servicios de salud	<b>56.3%</b>	<b>15.9%</b>	14.7%	7.5%	5.6%
Conoce a su población a partir del perfil de usuarios de los servicios	33.4%	26.2%	10.3%	15.0%	15.1%

Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Bajo esta perspectiva, la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud se considera deficiente, esto a pesar de la cantidad y diversidad de acciones que realiza el profesional en *pro* de la salud pública de una de las ciudades más grandes y complejas del mundo como lo es el Distrito Federal.

Es posible también que la insuficiente participación del trabajador social en los procesos de planeación del servicio, o que la imposición de actividades por las autoridades jurisdiccionales y locales limite y desvíe significativamente el sentido o la acción social que debería tener la práctica profesional en el servicio de Trabajo Social dentro del primer nivel de atención a la salud.

Importante también es incorporar al profesional al trabajo inter y multidisciplinario en salud, esto en un reconocimiento a las potencialidades que tiene el profesional y que son significativas para la atención de los procesos sociales por demás hostiles que enfrenta la población, y fundamentalmente porque se relacionan estrechamente a sus problemas de salud-enfermedad (Abreu, 2009).

En un intento por observar desde diferentes perspectivas la práctica profesional de Trabajo Social, la tabla 19 muestra algunas de las acciones que realiza este personal de salud a pesar de que no es o debería ser, parte de su práctica profesional dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; destaca que el 79.5% colabora en acciones para la consulta programada; un 65.9% realiza censo nominal de vacunación en menores de años; el 50.1% contribuye en diferente medida en las acciones de limpieza de la unidad de salud; el 52.7% toma signos vitales a los integrantes de los grupos de ayuda mutua, y poco más del 40% vacuna perros; acciones que son básicamente de apoyo administrativo y/o que corresponden a otro personal de salud.

Lo anterior, en términos de tiempo-recurso nos habla de la subutilización de un profesional como lo es el trabajador social, quien como se ha referido, debería ser el responsable de trabajar para incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud a partir de acciones de promoción y prevención de la salud (educación,

organización, participación y gestión social), y apoyar la atención médica con actividades de atención individualizada (orientación-consejería, seguimiento de pacientes, estudio social de caso, entre otras) debidamente sistematizadas; así entonces, es necesario reorganizar los aspectos normativos y organizacionales a fin de eficientar los procesos y mejorar la calidad del servicio de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud (Chiavenato, I., 2006).

**Tabla 19**

**Acciones que no debería realizar Trabajo Social como parte de su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**

Acciones	Siempre	Frecuentemente	Regularmente	Ocasionalmente	Nunca
Establece estrategias para mejorar la consulta programada	12.1%	27.3%	26.2%	13.9%	<b>20.5%</b>
Contribuye en las acciones de limpieza del centro de salud	8.4%	5.6%	15.0%	21.1%	<b>49.9%</b>
Toma peso y talla de los pacientes del grupo de ayuda mutua	22.0%	7.5%	11.7%	11.5%	<b>47.3%</b>
Registra citas programadas de los usuarios del centro de salud	8.4%	6.6%	9.5%	10.3%	<b>65.2%</b>
Consigue apoyos económicos en beneficio del centro de salud	6.5%	3.7%	17.5%	13.1%	<b>59.2%</b>
Organiza eventos culturales y sociales	18.3%	15.6%	18.0%	32.8%	<b>15.3%</b>
Toma cloro residual en domicilios prioritarios	6.5%	7.9%	18.4%	8.0%	<b>59.2%</b>
Elabora el censo nominal de menores de 5 años de su área de responsabilidad	1.9%	1.3%	5.5%	25.4%	<b>65.9%</b>
Vacuna perros para prevenir la rabia	2.9%	2.8%	11.3%	22.7%	<b>60.3%</b>

Fuente: Pérez, M. (2013), Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

Otro de los aspectos centrales y que permiten analizar la práctica profesional, es el fin, la intensión o la función social de la misma; en relación a esto, y al preguntar

sobre las conductas que promueve cotidianamente el trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en la tabla 20 se observa que por arriba del 70% está la promoción de la adherencia al tratamiento médico, la utilización de los servicios, el mejoramiento de la calidad de vida de la población y el fomento a la salud, y en menos del 30% la promoción del ejercicio de los derechos sociales, esto último corrobora lo descrito anteriormente sobre el insuficiente reconocimiento sobre la salud como derecho y el empoderamiento que debe favorecer el profesional con los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud para que hagan un ejercicio pleno de este derecho, de ahí que se pudiera inferir que es una práctica profesional paliativa, que ajusta y reproduce prácticas hegemónicas, esto en contraste con la misión y visión que tiene la organización de crear ciudadanía en salud.

En relación a las funciones de trabajo social en el área de la salud que retoma en su práctica profesional Trabajo Social, solo el 45.3% refiere que lleva a cabo frecuentemente acciones de educación social y el 46.1% de organización social, situación que habla de las deficiencias en cuanto a la definición y reconocimiento de lo que debe hacer el profesional como parte de su práctica; llama la atención además, el que dichas funciones son sustantivas para la promoción de la salud, área de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y que de acuerdo a lo descrito en la tabla 16 se apoya frecuentemente por la mayoría del personal.

Los datos una vez más, muestran la medicalización de la práctica profesional y la postura del trabajador social burocratizadora (Romero, 2012), es decir, la reproducción del modelo hegemónico de poder y la limitación en la toma de decisiones para el ejercicio pleno de los derechos por los sujetos sociales; así resultaría interesante y hasta necesario, el profundizar al respecto con fin de poder validar si esta postura esta concientizada por este profesional de salud, o solamente lo hace como resultado de la línea ético-política que le es dada, o por la saturación de actividades que establece el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

**Tabla 20**

**Acciones que fomenta Trabajo Social con su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**

Acciones	Frecuentemente	Ocasionalmente	No favorece	No sabe
La comunicación unidireccional	<b>61.8%</b>	21.3%	15.0%	1.9%
La educación social	<b>45.3%</b>	43.2%	5.9%	5.6%
Los cambios de estilo de vida	<b>62.1%</b>	36.2%	0.0%	1.7%
El autocuidado de la salud	<b>66.6%</b>	28.8%	0.9%	3.7%
La adaptación al sistema de salud	<b>72.6%</b>	18.1%	3.2%	6.1%
La organización social	<b>46.1%</b>	38.3%	6.5%	9.1%
El ejercicio de los derechos sociales	<b>27.1%</b>	25.1%	4.7%	43.1%
La utilización de los servicios	<b>77.6%</b>	16.8%	1.9%	3.7%
La participación voluntaria en salud	<b>61.7%</b>	29.0%	1.9%	7.4%
El empoderamiento de la población	<b>45.7%</b>	26.2%	13.1%	15.1%
La adherencia al tratamiento médico	<b>74.5%</b>	13.1%	11.1%	1.3%
La ciudadanía en salud	33.8%	<b>46.6%</b>	9.3%	10.3%
El seguimiento de instrucciones en salud	<b>67.2%</b>	29.7%	0.0%	3.1%
El mejoramiento de la calidad de vida de la población	<b>63.6%</b>	24.3%	2.8%	9.3%
El fomento a la salud	<b>67.6%</b>	25.1%	0.9%	6.4%

Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre “*La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*”

De los aspectos sustantivos a considerar dentro de la estrategia de calidad implementada en el Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, la comunicación al interior de la organización es una de las partes importantes para la satisfacción de los clientes endógenos, así como, la actitud del profesional hacia los usuarios y/o derechohabientes de los servicios de salud para asegurar el trato digno, estos considerados como los clientes exógenos de los servicios de salud.



La tabla 21, refleja la forma en que el trabajador social mantiene comunicación con las autoridades, así la mayoría del personal (86.3.9%), manifiesta que este proceso con las autoridades del centro de salud es bueno o muy bueno, y aunque en un porcentaje menor (78.7%), los profesionales refieren que dicha comunicación con su jefa de servicio es buena o muy buena; situaciones ambas que pueden favorecer la implementación de estrategias para la organización y funcionamiento del servicio de Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud.

**Tabla 21**  
**La comunicación de Trabajo Social con directivos en los SSPDF, 2013.**

<b>Tipo de Comunicación</b>	<b>Muy buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>
Con autoridades de centro de salud	32.4%	53.9%	11.8%	1.9%
Con jefe de servicio de Trabajo Social	43.2%	35.5%	15.9%	5.4%

Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre *“La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”*

En relación a la actitud que toma el trabajador social al desempeñar su práctica profesional frente a los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud, en la tabla 22 se observa que generalmente es amable y profesional, (ambas con el 77.6%), y que nunca se muestra indiferente e intransigente (ambas con el 78.4%), o agresivo (75.4%), al estar frente a los sujetos sociales ya sea individuales, grupales o colectivos.

Desafortunadamente y dentro de un marco de cierta subjetividad, lo cual podría ser motivo de otra investigación; los datos nos hablan de una calidad de la atención inadecuada o mala hacia los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud, esto en base a los criterios de calidad en donde establece que para lograr la satisfacción de los usuarios en cuanto a trato digno, se debe cumplir

con criterios por arriba del 85%, aspectos que el mismo profesional de salud reconoce aún no alcanzar dicho porcentaje en el desarrollo de su practica profesional.

**Tabla 22**

**Actitud de Trabajo Social en su práctica profesional en los SSPDF, 2013.**

Actitud	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Ocasionalmente	Nunca
Amable	<b>77.6%</b>	21.5%	0.9%	0.0%	0.0%
Técnica	<b>37.9%</b>	27.4%	23.5%	8.4%	2.8%
Profesional	<b>77.6%</b>	18.7%	3.7%	0.0%	0.0%
Colaborativa	<b>64.5%</b>	29.0%	5.6%	0.9%	0.0%
Conciliadora	<b>51.1%</b>	27.1%	18.2%	2.7%	0.9%
Resolutiva	<b>65.4%</b>	23.4%	9.3%	1.9%	0.0%
Indiferente	0.0%	1.9%	6.5%	13.2%	<b>78.4%</b>
Tolerante	<b>59.8%</b>	23.4%	5.6%	7.5%	3.7%
Agresiva	3.9%	1.8%	3.9%	15.0%	<b>75.4%</b>
Intransigente	3.9%	2.8%	2.8%	12.1%	<b>78.4%</b>

Fuente: (Pérez, M. 2013). Cuestionario sobre "La práctica profesional del trabajador social en el primer nivel de atención a la salud. Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"

En base a estos resultados, se requiere rediseñar el subsistema de Trabajo Social, generar resiliencia y fomentar procesos disrruptivos, así como la creatividad e innovación de los mismos (Kotler, P., Caslione, J.A. 2000), lo anterior con la finalidad de dar una nueva visión y valor a la práctica profesional del trabajador social para que cumpla con los planteamientos ético-políticos tanto de la profesión, como de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y más aún, con el derecho que tienen los ciudadanos residentes del Distrito Federal de recibir un trato digno y atención oportuna y eficaz, es decir, calidad en atención de sus proceso de salud-enfermedad.

# **CAPITULO 6**

**Hallazgos,  
Recomendaciones y  
Propuesta.**

## **6.1 Hallazgos**

El presente trabajo buscó ser una aproximación a la práctica profesional de Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, esto con la finalidad de conocer la realidad operativa que presenta esta, y poder establecer mecanismos o estrategias de mejora que permitan resignificar la profesional ante los demás integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud, así como en dicha organización.

El referente teórico definido para dar sustento a la investigación se considera que fue adecuado, ya que favoreció un abordaje integral de la práctica profesional en su relación con las políticas de salud, la organización y las condiciones de salud de los sujetos sociales a quienes atiende el primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

En cuanto a lo metodológico, el diseño facilitó la participación de los trabajadores sociales y permitió identificar las principales características organizacionales, profesionales, teóricas y metodológicas de su práctica profesional, objetivo de la investigación.

Dentro de los principales hallazgos, se logró obtener un perfil profesional y organizacional de los trabajadores sociales en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en donde destaca que se trata de un grupo integrado fundamentalmente por mujeres; que en su mayoría se formaron en escuelas de nivel técnico y que actualmente ante la profesionalización, se ha incrementado hasta alcanzar ahora el 50% de profesionales a nivel licenciatura; esto sin dar aún una configuración relativamente heterogénea del grupo, lo que limita el desarrollo de la práctica profesional, particularmente en relación a los referentes teóricos, conceptuales y metodológicos que ocupa en su quehacer cotidiano con los sujetos sociales.

En cuanto estructura, normatividad, funcionalidad y jerarquía del servicio dentro de la organización, debido a la cantidad de acciones que le son asignadas junto con el insuficiente respaldo de documentos técnico-normativos actualizados que le apoyen y la excesiva población que tienen en su responsabilidad operativa, se puede afirmar que la práctica profesional tiene una orientación predominantemente medicalizada y burocratizada.

Desde lo ético-político de forma general, se considera como una práctica profesional adaptativa que reproduce el modelo médico hegemónico en la atención que brinda a los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud y profesionalmente; se le observa subordinada como apoyo paramédico, es decir, no se le ve como un profesional que puede desde lo social identificar, analizar y contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, aspectos que permitieron cumplir los objetivos propuestos al determinar cómo es dicha práctica profesional.

Otro de los aspectos relevantes identificado, es que el personal de Trabajo Social con el que se cuenta actualmente en este primer nivel de atención, resulta insuficiente para dar en una respuesta profesional real, amplia y sistematizada a los problemas de salud pública que presenta la población en la entidad.

Y algo significativo, es que el servicio no identifica el concepto de Trabajo Social en el área de la salud, ni tiene una concepción sobre la profesión en el primer nivel de atención; así como tampoco tiene claro los referentes teóricos de su práctica profesional, aspectos que se consideran como una gran debilidad del servicio que por ende, limita su identidad y desarrollo profesional, pero además su relación con los fines de la organización.

Así entonces, el trabajador social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, realiza actualmente una práctica profesional de gran magnitud en cuanto a cantidad, pero a su vez, con serias limitaciones en cuanto a referentes teóricos y metodológicos, lo que según Galeana (2007), implica poca claridad en la intervención, lo que lleva al empirismo y poca comprensión de la realidad social;

aspectos que también, repercuten en la calidad de la atención de los sujetos sociales.

Asimismo, son limitadas las herramientas teórico-metodológicas que ayuden a la sistematización de las acciones que realiza cotidianamente el profesional dentro de los Servicios de Salud Pública.

Con lo descrito, se puede corroborar el primer supuesto de trabajo, es decir, que la práctica profesional de trabajo social presenta deficiencias en su referente teórico y metodológico, y en su sistematización.

Las características socio-demográficas y el perfil epidemiológico del Distrito Federal reflejan en general procesos como el aumento en la esperanza de vida, el continuo envejecimiento de la población y la triple carga de enfermedad por problemas de salud agudos, crónicos y de causas externas, los cuales presionan al sistema de salud local y lo están colocando en una eminente situación de crisis que requiere de cambios radicales en sus modelos médicos y sociales de intervención, esto como parte de los grandes retos de salud pública que tiene el Sistema de Salud local.

A partir de los datos obtenidos, se puede inferir que la práctica profesional que realiza Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal a pesar de ser un apoyo importante para la implementación de la política social y de las estrategias de promoción de la salud que buscan incidir favorablemente en los principales problemas de salud pública que aquejan a la población, no es considerado como parte de los equipos interdisciplinarios de salud (que es quién aporta el enfoque social), que establece el modelo actual de salud para su operación, y por tanto, no es clara la definición de las actividades que debe desarrollar con la población usuaria de los servicios de salud pública en pro de su salud individual y colectiva.

A pesar de que existen registros de su actuar profesional, aunque sin una definición clara de su participación en los programas prioritarios de salud; de que

no considera para los procesos de planeación, ejecución y evaluación de la práctica profesional, el perfil social y epidemiológico de la población; además, los trabajadores sociales actualmente realizan algunas acciones propias de la profesión, aunque destaca que un gran porcentaje de profesionales lleva a cabo otras que no debería desarrollar al no ser de área de competencia; de ahí que se identifique a su práctica como fácilmente manipulable, inmedatista, medicalizada y de índole administrativo, con poca o nula respuesta ante la complejidad de la realidad social y de salud que presentan los sujetos sociales (Tobón, Rottier y Manrique, 1983 y Galeana, 2007); asimismo tampoco cuenta con evidencias para validar su participación en acciones de salud pública por no contar con indicadores de evaluación para el servicio.

Así entonces, se puede inferir que la práctica profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención, presenta limitaciones en su vinculación con el modelo de salud actual y con las condiciones demográficas, sociales y epidemiológicas de los usuarios y/o derechohabientes de los servicios de primer nivel de atención a la salud del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Finalmente y a la luz de los resultados y de las dificultades presentadas a lo largo de la investigación, se logró un primer acercamiento a la práctica profesional de los trabajadores sociales desde el mismo campo laboral, lo que se considera importante ya que da validez al estudio; aunque surge la necesidad de continuar profundizando en el conocimiento de dicha práctica en el primer nivel de atención, esto porque se logró identificar ciertos elementos que se configuran como la base para una línea de investigación en el área de la salud pública.

Esto implica, retomar algún modelo de sistematización, de métodos e instrumentos cuantitativos, pero fundamentalmente cualitativos y desde la misma operación de los servicios, es decir, realizar otros proyectos que profundicen acerca de las percepciones y prácticas de los profesionales de Trabajo Social a partir por ejemplo de entrevistas con informantes clave y grupos focales, trabajos con lo que se puede contribuir a un mejor desempeño profesional de Trabajo

Social en el primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Por otro lado, y ante la necesidad de ir más allá de lo descrito, el gobierno estatal busca impulsar una serie de esfuerzos coordinados intersectorialmente y desde diferentes niveles, enfoques y recursos que den respuesta a esta realidad actual (GDF, 2007), espacios todos en los cuales el trabajador social representa -a partir de un planteamiento debidamente sustentado y sistemático-, una valiosa oportunidad para la organización en virtud de que es el personal cuyas funciones (gestión, educación y organización social) y herramientas metodológicas favorecen los procesos de vinculación o redes sociales<sup>25</sup>; el desarrollo de potencialidades de los individuos o colectivos que ayuden a alcanzar un cambio en sus condiciones de vida<sup>26</sup>; además de ser un profesional que tiene la posibilidad de participar activamente a través de la investigación social en salud en propuestas para el rediseño de políticas saludables para la salud.

## 6.2 Recomendaciones

Trabajo Social en los Servicios de Salud Pública, es el profesional encargado de abordar los determinantes sociales que se relacionan con el proceso salud-enfermedad, de apoyar el acceso a la atención médica oportuna de los usuarios de los servicios de salud sin seguridad social laboral, así como, de operar la política social y las estrategias de promoción de la salud que implementa el gobierno para mejorar las condiciones de salud y de vida de la población que reside en el Distrito Federal.

Así entonces, para una adecuada administración y gestión del servicio, en dónde se establezcan las bases normativas, teóricas y metodológicas de Trabajo Social en el primer nivel de atención que permitan resignificar la práctica

---

<sup>25</sup> Redes Sociales se conciben como "formas por medio de las cuales los seres humanos pertenecientes a una clase social se relacionan entre ellos mismos, con diversos objetivos; estos delineados por procesos históricos. (GDF, 2001)

<sup>26</sup> Las condiciones de vida hacen referencia a la seguridad, al empleo, al salario, a los servicios y a las transferencias públicas, así como también al tiempo, a la organización del trabajo y, en general, al cuadro de derechos; Según Smith (1976), un estado sostenible de un proceso de reproducción social (Picchio, A. 2009).



profesional en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, se plantean las siguientes recomendaciones.

Construir un concepto de Trabajo Social en salud pública que permita crear identidad profesional -si bien es cierto que una definición no confiere realidad a una profesión, si es una base empírica-, esta puede servir a manera de plataforma para el desarrollo de la práctica profesional en el primer nivel de atención a la salud; dicho concepto se cree, debe considerar como base la propuesta de la FITS, la cual destaca como principios rectores los derechos humanos y la justicia social, aspectos que se relacionan estrechamente con los fines de la política social y de salud del Gobierno del Distrito Federal.

Es importante retomar a su vez, que la práctica profesional de Trabajo Social en el área de la salud implica una acción social; acción que a partir de la problemática social y de salud que presentan los usuarios de los servicios, por lo que se sugiere realizar diagnósticos sociales de salud que le permitan al profesional establecer estrategias operativas de acción con los sujetos sociales basadas en referentes teóricos, metodológicos y contextuales, que contribuyan a limitar los daños a la salud y los rezagos sociales de la población que hace uso de los servicios de salud.

Construir desde y para la práctica profesional un modelo operativo de Trabajo Social -la cual en un inicio de esta construcción, se describirá en el siguiente apartado-; que sea la base para la generación o actualización de otros documentos técnico-administrativos que fortalezcan al servicio dentro de la organización y en beneficios del desarrollo de una práctica profesional en el primer nivel con sustento metodológico, como un manual de procedimientos o lineamientos para el uso de técnicas e instrumentos del servicio.

Aquí es importante mencionar que al final de la investigación y cómo un logro del servicio de Trabajo Social de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, se oficializaron los Lineamientos de Organización del Servicio de Trabajo Social (2013), documento que define estructura y funciones de los diferentes

niveles del servicio y los lineamientos para la inducción del puesto (2014), aunque desde una apreciación personal, aún queda pendiente dos aspectos que son fundamentales para sustentar y delinear la práctica profesional, es decir, un Modelo Operativo de Trabajo Social para Primer Nivel de Atención y el Manual de Procedimientos generales a desarrollar dentro de la práctica profesional, de ahí que a continuación y en un intento de apoyar la labor que realizan cotidianamente los trabajadores sociales, se presenta una propuesta para el diseño y con ello, contribuir a favorecer la calidad de la atención en beneficio de los clientes internos y por ende externos, es decir, los trabajadores sociales y los usuarios y/o derechohabientes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Otro aspecto que se sugiere, es la implementación de un programa de capacitación permanente para el desarrollo profesional de Trabajo Social que permeé las partes teóricas, metodológicas y normativas necesarias para llevar a cabo una práctica profesional efectiva, esto con y desde las nuevas Tecnologías de la Comunicación; esta modalidad con el propósito de favorecer el acceso a dicha capacitación de un mayor número de profesionales. Principalmente en consideración con los trabajadores sociales que se están integrando al servicio, los cuales se piensa, son un área de oportunidad para replantear el desarrollo de una práctica profesional con enfoque social y con mayores herramientas teóricas y metodológicas.

Se recomienda también definir líneas estrategias con visión social que apoyen el diseño de un modelo de salud local, basado en la atención primaria y la promoción de la salud, esto como una gran área de oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de salud y a su vez, resignificar a Trabajo Social como un profesional que en base a su perfil académico trabaja hacia lo social; además de que por tradición académica, se dice puede y debe colaborar en el diseño, operación y evaluación de políticas y proyectos sociales.

Así como, diseñar nuevos proyectos de investigación operativa cuantitativos y cualitativos; y a partir de los resultados, fortalecer los procesos del servicio de

Trabajo Social en el primer nivel de atención, esto en beneficio de la calidad en la prestación de servicios profesionales hacia los usuarios o derechohabientes de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Así planteado, se piensa que las recomendaciones en base a la línea sistémica que se planteó, incluyen los diferentes ámbitos de acción en los que debe mejorar el servicio a fin de dar una atención integral y efectiva a los sujetos sociales.

Por último, es importante mencionar que este trabajo no agota el tema ya que como se ha mencionado, solo es una aproximación a la realidad que viven los trabajadores sociales dentro del primer nivel de atención del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal, además de que es un tema poco abordado en México, y que de acuerdo a la cantidad de profesionales que laboran, y/o que pueden tener una oportunidad de un desempeño profesional en esta organización, se considera necesario continuar con investigación básica desde otros enfoques y paradigmas.

### **6.3 Propuesta**

El Sistema de Salud Pública del Distrito Federal para su operación parte de un modelo de salud, el cual establece el desarrollo de acciones integradas por edad y sexo, pero además se basa en el ejercicio de derechos; en un esquema de intervención de trabajo interdisciplinario, de coordinación interinstitucional e intersectorial, y de la integración y coordinación de sus dos niveles de atención para brindar atención integral a los usuarios de los servicios de salud, así entonces, aunque no está escrito, el modelo actual se presenta como una propuesta sistémica, de ahí, que surja la necesidad de que la intervención operativa de Trabajo Social coincida con este mismo referente.

Una vez comentado los resultados y ante la necesidad de avanzar hacia la mejora de la calidad en la práctica profesional del trabajador social, a continuación y de manera general se plantea un bosquejo de la propuesta de Modelo Operativo de Trabajo Social para el primer nivel de atención.

Se tiene claro que dicha propuesta, debe ser trabajada desde y para los trabajadores sociales (planeación estratégica, procesos disruptivos, creativos e innovadores), de ahí que este primer planteamiento tendrá que ser presentado y analizado de forma colegiada a fin de que cumpla con los requerimientos éticos y profesionales pero fundamentalmente, que sea aceptado por el grupo para asegurar su legitimización.

Se considera que el diseño del modelo puede ayudar a construir un campo profesional y el objeto de intervención profesional al proveer cierto conocimiento desde lo teórico y metodológico; que a su vez pueda ser un primer ejercicio de apoyo para la sistematización de la práctica profesional que en adelante, y que ayude a mejorar la calidad de la prestación de servicios profesionales de los trabajadores social en el primer nivel de atención a la salud.

La propuesta de Modelo Operativo para Trabajo Social, se basa en los componentes generales de un modelo teórico, de ahí que sea necesario un referente teórico que le de sustento, una misión y visión actual para el servicio, objetivos, estrategias de operación, capacitación continua, investigación, entre otros.

En su diseño además, se debe cumplir con las siguientes etapas:

- Análisis de la problemática
- Revisión de conceptos básicos y teorías
- Construcción de propuesta de modelo
- Descripción de los componentes del modelo
- Socialización de propuesta con grupo de Trabajo Social
- Definición de tareas y compromisos
- Presentación oficial del modelo

A continuación y a manera de avance, se presentan generalidades de algunas de las etapas referidas.

## *Análisis de la problemática*

Este ya está casi concluido con los resultados de la investigación

## *Referente teórico*

Con el objeto retomar los aspectos mencionados -esto de forma general pues en este momento no se podrá presentar concluido el modelo-, en relación a los conceptos y teorías, se tiene previsto tomar como base (aunque se creé que no sería necesariamente la única), la corriente sistémica.

Lo anterior, debido a que es una teoría que promueve la integración de diferentes disciplinas para el trabajo en salud y parte de una visión holística e integral; esto permite a su vez, analizar el proceso salud-enfermedad como producto final de una interrelación con y dentro de un todo , así como porque se observa a la organización como un sistema abierto en el que se da una reciprocidad continua con el entorno (OPS, 1992).

Bajo esta perspectiva, se pretende dirigir los esfuerzos para avanzar hacia la quinta disciplina y con ello, contribuir a la conformación de una organización inteligente; entendiendo a esta última, como un ámbito en donde la gente descubre continuamente cómo crea su realidad y cómo a su vez, puede modificarla, aspectos que se caracterizan por el dirigir al cambio, ser competitiva y crear una fuerza laboral comprometida que responda a las exigencias actuales, buscar una mejor calidad, y que parte del reconocimiento de la interdependencia; todo ello en beneficio de los usuarios de los servicios; esta corriente se considera similar al principio de sinergia: *los resultados del trabajo en equipo, es mejor que el de las partes* (Senge, 1998).

La quinta disciplina por su parte, es una propuesta que desde la administración se basa en cinco áreas sustantivas:

- Pensamiento Sistémico, este se transforma en una disciplina que integra a las demás, fusionándolas en un cuerpo coherente de teoría y práctica.

- Dominio Personal, permite aclarar y profundizar continuamente nuestra visión personal, concentrar las energías, desarrollar paciencia y ver la realidad objetivamente.
- Modelos Mentales, implica trabajar en los supuestos profundamente arraigados, generalizaciones y percepciones que influyen sobre el modo actuar y de comprender el mundo de las personas
- Visión Compartida, busca lograr unir a la gente en torno de una identidad y una aspiración común.
- Aprendizaje en Equipo, ya que cuando los equipos aprenden, no sólo generan resultados extraordinarios, sino que sus integrantes crecen con mayor rapidez (Senge, 1998).

Aspectos todos que como se pudo observar en los resultados de la investigación, son fundamentales abordar con los trabajadores sociales del primer nivel de atención si se quiere resignificar al servicio ante los demás profesionales de salud, así como, dentro del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

Esta línea sistémica según Pincus y Minahan (1973), permite además que la práctica del profesional del trabajador social operativamente pueda darse en tres tipos de sub-sistemas en los que se apoyan los sujetos: *los sistemas informales* como la familia y las redes de amigos; *los sistemas formales* como los grupos comunitarios; y *los sistemas socializados* entre los que se encuentran las escuelas y unidades de salud (Payen, M., 1975); ámbitos y entornos que además se consideran desde la promoción de la salud necesarios trabajar si se quiere incidir positivamente en la salud pública.

Lo anterior, en congruencia al modelo de salud que actualmente opera el Sistema de Salud Pública en el Distrito Federal, es decir, trabajar para brindar una atención integral y de calidad a la población que hace uso de los servicios de primer nivel de atención; así entonces, el trabajador social debe formarse como grupo o subsistema, e integrarse inter y multidisciplinariamente con otros profesionales de salud, así como coordinarse con diferentes instituciones y sectores trabajar sistemáticamente y responder eficaz y oportunamente a las

condiciones de salud-enfermedad que presentan los usuarios o derechohabientes de los servicios de salud.

Como un avance del diseño del modelo se presenta algunos de sus componentes sustantivos.

### *Misión*

Otorgar servicios profesionales de trabajo social, eficientes y efectivos que contribuyan en la satisfacción de las demandas de atención integral de los usuarios y/o derechohabientes; convirtiéndose además en un puente de enlace entre los sujetos sociales y el sistema de salud pública del Distrito Federal.

### *Visión*

Contribuir al bienestar común de la población, al brindar servicios en el ámbito social de la salud pública con calidad y seguridad de los sujetos sociales, promoviendo el desarrollo de capacidades humanas que propicie el deseo de superación y el ejercicio pleno de su derecho a la salud.

### *Objetivos*

#### *General*

Contribuir en la protección a la salud de la población, a través de la definición operativa de las intervenciones del personal de trabajo social en los SSPDF; desde las vertientes de promoción, prevención y atención a la salud; con calidad y seguridad en los niveles individual, grupal y comunitario.

#### *Específicos*

- Apoyar al cumplimiento de la política social en salud, a través de asegurar el acceso gratuito a los servicios de salud a la población sin seguridad social laboral residente en el Distrito Federal.

- Asegurar el desarrollo de las acciones del servicio de acuerdo a la normatividad establecida e incorporando el enfoque de calidad en salud, basado en el trato digno hacia los usuarios de los servicios de salud.
- Mejorar y actualizar la capacidad y el desempeño profesional de los trabajadores sociales, a través de la implementación y gestión de programas de educación continua y/o formal
- Sistematizar las intervenciones de promoción, prevención y atención a nivel individual, familiar y comunitario, considerando los determinantes sociales de salud y la capacidad instalada en la organización.
- Establecer un sistema de registro, seguimiento y control en todos los niveles del servicio con retroalimentación, procesamiento y análisis oportuno de datos, que permita la evaluación y la adecuada toma de decisiones.

Esta propuesta de Modelo Operativo de Trabajo Social para el primer nivel de atención a la salud surge ante la obligación profesional de contar con elementos teóricos, metodológicos y técnicos para atender los cambios o realidad social que presenta la población del Distrito Federal, y en donde se requiere de la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, ya sea individuales, grupales y/o comunitarias, que rebasen el asistencialismo y el empirismo; que retome lo situacional, el enfoque de determinantes sociales de la salud y la coordinación intersectorial; que tenga en el centro o cómo su fin, la satisfacción de la población en materia de salud, aspectos que son sustantivos para la salud pública (figura 6.1).

Se considerarán como áreas de intervención de Trabajo Social dentro de los Servicios de Salud Pública: la Políticas de Salud, la Atención Médica, Epidemiología, la Promoción de la Salud, Investigación y Calidad.



Figura 6.1 Modelo Operativo para Trabajo Social

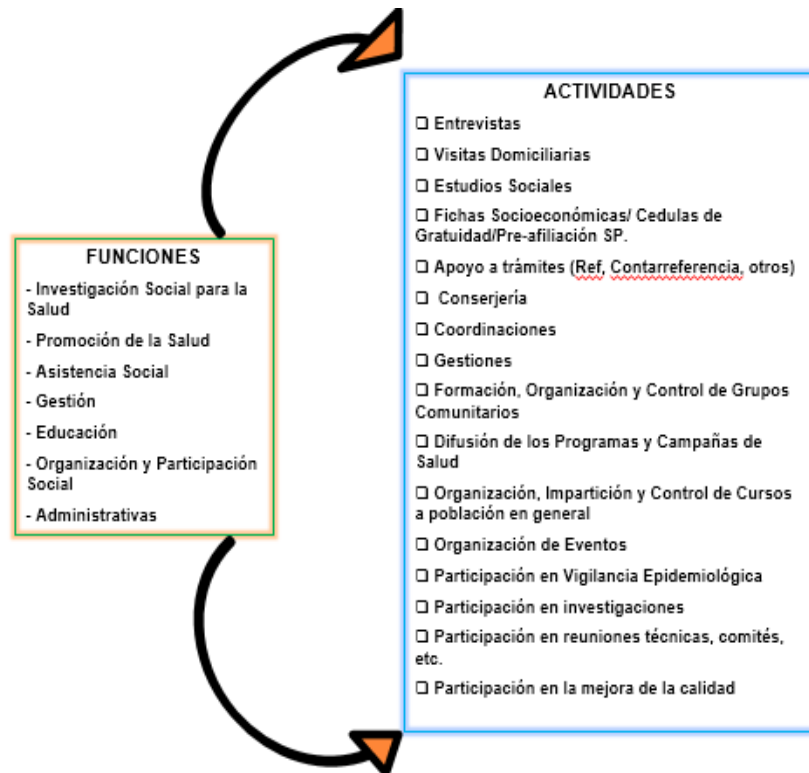
“MOTS”



Propuesta de Pérez, M. 2014.

El modelo se pretende sea operado a través de las funciones y actividades que el profesional de Trabajo Social puede realizar en el primer nivel de atención a la salud, y que se muestran en el esquema siguiente:

**Figura 6.2 Funciones y actividades de Trabajo Social, 2014**



Fuente. Pérez, M. 2013

Otros elementos a desarrollar en el modelo que permitan asegurar su operación y establecer un control del servicio, además del desarrollo de los componentes, son los siguientes subsistemas:

- Sistema de Organización
- Sistema de Información
- Sistema de Supervisión y Evaluación
- Plan de capacitación continua del grupo de Trabajo Social

Finalmente, aunque a la fecha hay un avance dentro de la organización debido a que ya se cuenta con un lineamiento de organización y funcionamiento para el servicio aún hay pendientes por hacer como concluir el modelo, y por ejemplo la elaboración del Manual de Procedimientos para Trabajo Social, lineamientos para técnicas e instrumentos, entre otros, documentos que por la especificidad de las acciones, ayudarán de forma significativa a que la práctica profesional de los trabajadores sociales sea eficiente y efectiva en el primer nivel de atención a la salud del Sistema de Salud Pública del Distrito Federal.

## Referencias

### Libros

Ander Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. (Segunda Reimpresión) Buenos Aires Argentina: Editorial Lumen p.318

Arboniés, Á. (2009). *La Disciplina de la innovación. Rutinas Creativas*. (Primera Edición) Argentina: Ediciones Díaz de Santos. S. L. p. 56, 92

Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría General de los Sistemas* Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. (Primera Edición) México D.F.: Fondo de Cultura Económica

Bertalanffy, L. V. (2006). *Teoría General de los Sistemas* Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. (Última edición) México D.F.: Fondo de Cultura Económica p. 17, 18, 32, 56).

Cámara de Diputados (2011). *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos*. (Última modificación) México D. F.: Gobierno Federal

Campanini, A., Luppi, F. (1991). *Servicio Social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. (Primera Edición) Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica, S.A. p.16

Castañeda, P. (2014). *Propuestas Metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización*. Cuaderno Metodológico (Primera Edición) Santiago de Chile: Universidad de Valparaíso p.18

Castro, M. C. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. (Primera Edición) Sonora, México: El Colegio de Sonora p.

Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. (Septima Edición) México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana. Parte XI, p.

Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal Evalúa DF (2010). *Quince años de Política Social en el Distrito Federal. Balance y propuestas para su fortalecimiento*. Coord. Canto, M y Martínez, A. México D.F: Gobierno del Distrito Federal

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2004). *Aval Ciudadano. Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno Federal

Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (1993). *Generalidades del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta en el Distrito Federal. Manual de Autocapacitación*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal.

Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (1990). *Programa de Trabajo Social Nivel Jurisdiccional*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal.

Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (1993). *Manual de Inducción del Centro de Salud Urbano*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal.

Etkin, J. (2005). *Gestión de la Complejidad en las Organizaciones La estrategia frente a lo imprevisto y lo impensado*. Buenos Aires: Granica. p. 170

Evangelista E. (2012). *Aproximaciones al Trabajo Social Contemporáneo* (Primera Edición) México D.F.: Red de Investigaciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social, A.C. p.

Evans J., Lindsay, W. (2005). *Administración y Control de la Calidad*. (Sexta Edición) México D.F.: Editores Thomson p. 12-13, 17-18, 63

Galeana, S. (1999). *Promoción Social una opción metodológica* (Primera Edición) México D.F.: Editorial Plaza y Valdez S.A. de C.V. p. 17

García, S. (1991). *Especificidad y Rol en Trabajo Social. Curriculum-Saber-Formación*. (Edición s n) Buenos Aires, Argentina: Editorial Hvmnitas.

Gobierno del Distrito Federal (2007). *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal*. (Edición s n) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal

Hernández R., Fernández C., Baptista P., (1998). *Metodología de la Investigación*. (Cuarta Edición) México D.F.: Editorial MCGRAW-HLL P.

Huete L.M. (1997). *Revitalizando los Servicios. Tres enfoques de gestión que serán comunes en las empresas del siglo XXI*. (Primera Edición) España: Ediciones Folio S.A. p.

Kotler, P., Caslione, J.A. (2000). *La ciencia del Caos. EL Management y el Marketing en la era de las turbulencias*. (Primera Edición) Barcelona: Editorial Grupo Planeta p.27, 28, 29

Lilienfeld, R. (1984). *Teoría de Sistemas. Orígenes y aplicaciones en ciencias sociales*. (Primera Edición) México D.F.: Editorial Trillas p.19, 20, 34, 35, 39,40, 41, 46, 48

Menéndez, E., Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. (Primera Edición) México D.F.: Ediciones de la Casa Chata. CIESAS p. 59

Ministerio de Salud de Guatemala (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud (MSPAS)*, Guatemala: Gobierno de la República

Netto, J. P. (2004). *Reflexiones en torno a la cuestión social. Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada desde el trabajo social*. Argentina: Ed. Espacio p. 27

Organización Panamericana de la Salud México y Secretaria de Salud (2010). Situación de Salud en México. *Informe sobre Indicadores Básicos 2010*. México D.F.: Gobierno Federal

Osborne, D., Gaebler, T. (1994). *Un nuevo Modelo de Gobierno*. (Primera Edición) México D.F.: Gernika, P p.487-498.

Paganini, J.M., Capote, R. (1990). *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*. (Segunda reimpresión) Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud p.5, 28

Payne, M. (1995). *Teorías Contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica*. (Primera Edición) Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. p. 20, 176, 178-179, 180-181

Quesada, M., Matus, T., Rodríguez, N., Onetto, L., Ponce de León, M., Paiva D. (1995). *Perspectivas Metodológicas en Trabajo Social*. ALAETS-CELATS. p. 47, 49, 50

Ritzer, G. (2001). *Teoría Sociológica Moderna* (Tercera Edición) Madrid España: Editorial S. A. McGraw-Hill, Interamericana.

Robertis, C., con la colaboración de Blanc, B., Lesimple, F., Pascal, H., Di Carlo, E. (1981). *Metodología de la intervención en trabajo social*. (Primera Edición) Buenos Aires - México: Editorial Hvmánitas

Rozas M. (1998). *Una perspectiva Teórica-Metodológica de la Intervención en Trabajo Social*. (Primera Edición) Argentina: Editorial Espacio

Samaja, J. (2004) *Epistemología de la salud” Reproducción social, subjetividad y transdisciplina* (Primera Edición) Buenos Aires Argentina: Editorial Lugar p. 26, 31, 33

Sandoval, J. L., (2003). *Estadística aplicada a la Investigación Social II*. (Primera Edición) México D.F.: ENTS-UNAM

Secretaria de Salud (1996) *Manual de Organización y Funcionamiento de Trabajo Social* (Primera Edición) México D.F.: Gobierno Federal

Secretaria de Salud (1992) *Manual de Procedimientos de Trabajo Social* (Primera Edición) México D.F.: Gobierno Federal

Secretaria de Salud (2007) *Manual Operativo de Promoción de la Salud* (Primera Edición) México D.F.: Gobierno Federal p.27-28

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (1994). *Guía de Actividades de Trabajo Social en los Módulos de Medicina General Familiar*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (1993). *50 años de Salud Pública en el Distrito Federal*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno Federal

Secretaria de Salud del Distrito Federal (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal

Secretaria de Salud del Distrito Federal (2008). *Programa de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal 2007-2012*. (Primera Edición) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal.

Secretaria de Salud del Distrito Federal (2011). *Quinto Informe de Labores 2010-2011*. (Edición s n) México D.F.: Gobierno del Distrito Federal. p 5

Secretaria de Salud (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Promoción de la Salud. Una Nueva Cultura*. (Edición s n) México D.F.: Gobierno Federal. p.15

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (2013). *Datos Epidemiológicos Documento de Trabajo*. México D.F.

Senge, P. (1998) *La Quinta Disciplina. El arte de la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. (Edición Primera) México: Ediciones Granica S.A. de C.V. p. 15, 17, 24

Tello, N. (2008). *Apuntes de Trabajo Social. Trabajo social, disciplina del conocimiento*. (Primera Edición) México D.F.: ENTS-UNAM p 9

Terán, M. (1989). *Perfil profesional del trabajo social en el área de la salud*. México D.F.: ENTS-UNAM.

Tobón, M. C., Rottier, N. y Manrique, A. (1983). *La Práctica Profesional del Trabajador Social. Guía de Análisis* (Cuarta Edición) CELATS: Editorial Hvmánitas p 56

Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco UAM-X (2011). *Observatorio de la Salud Pública en México, 2010*. (Primera edición). México D.F.: La Universidad p. 1, 11, 12, 13, 15, 16

Urbina, M., González, M. Á. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. (Primera Edición) Cuernavaca Morelos: Instituto de Salud Pública p. 11

## Artículo de Libro

Asistentes Sociales Temario (2002) "Investigación en la Atención Primaria de Salud. Metodología para el diseño y la elaboración de un trabajo científico". En Asistentes Sociales. Instituto Catalán de Salud (Primera Edición) España: Editorial Mad, S.L. p 309

<https://books.google.com.mx/books?id=EYoCCeluJf4C&pg=PA309&lpg=PA309&dq=investigaciones+de+trabajo+social+en+salud&source=bl&ots=PUUnNgun3db&sig=8H5IURvqEVdri3WQqDslMXy6BSA&hl=es&sa=X&ei=XxwaVYbqllbWggSi3YOIDw&ved=0CBsQ6AEwADgK#v=onepage&q=investigaciones%20de%20trabajo%20social%20en%20salud&f=false>

Corporación Andina de Fomento (2007) *Desafíos para mejorar las Condiciones de Salud. En Oportunidades en América Latina. Hacia una mejor política social* Caracas Venezuela: La Institución Capítulo 4 – 117

Cordera, A. (1992), *Teorías Sociales Documento Interno del Gobierno del Distrito Federal*. (Edición s.n.) México D.F.: (Editorial s n)

Escalera, I. y Acuña, O. (2004) *Organización y Educación Social*. En M. Sánchez Rosado (Coord.) Manual de Trabajo Social. (Segunda Edición) México D.F.: Editorial Plaza y Valdez, S.A. de C.V.

Galeana, S. (2004) Campos de acción del trabajo social En M. Sánchez Rosado (Coord.) Manual de Trabajo Social. (Segunda Edición) México D.F.: Editorial Plaza y Valdez, S.A. de C.V. (pp. 139-158) p.148

Galeana de la O Silvia, Tello Peón Nelia (2008). "Intervención Social" Serie de Cuadernos teórico prácticos, desarrollo local y promoción social No. 2 ENTS-UNAM. México D.F. p.14

González, B. y Mayén, A. (2004) Administración de Servicios Sociales. En M. Sánchez Rosado (Coord.) Manual de Trabajo Social. (Segunda Edición) México D.F.: Editorial Plaza y Valdez, S.A. de C.V. (pp. 297-324) p.297

Laurell, A. C. (1996) La política social del pacto post-revolucionario y el viraje neoliberal En: *Hacia una Política Social Alternativa*. México D.F: A.C. Laurell IERO-Fundación F. Ebert. P.

López, O., Puentes, E. y López, S. (2010). Concepto de salud Pública. En: *Observatorio de Salud Pública en México 2010*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana. p 19-27

Maya J. M. (2003) Capítulo 2 Sistemas de servicios de salud. En: *Fundamentos de salud pública tomo II. Administración de la salud pública (Primera edición)* Medellín: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía J.M. p 1, 2, 4

Roux G., Pedersen, D., Pons, P., Pracillo, H., (s/f) Participación Social y Sistemas Locales de Salud. En *Organización Panamericana de la Salud Los Sistemas*



Locales de Salud. Conceptos, métodos, experiencias (1990) Washington D.C.: J. M. Paganini y R. Capote p.29

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (2005). *Información del Servicio de Trabajo Social. Documento Interno de la Institución*. México D.F. Gobierno del Distrito Federal.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2002). *Documento Interno de la Institución* México D.F. Gobierno del Distrito Federal p.146-147.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2012). *Programa de Trabajo 2012* México D.F. Gobierno del Distrito Federal p.2.

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (2011). *Diagnóstico del Servicio de Trabajo Social* Documento de Trabajo. México D.F.: Gobierno del Distrito Federal.

Tenorio, R., Mendoza, C. (2004). La atención individualizada en el trabajo social. En M. Sánchez Rosado (Coord.) Manual de Trabajo Social. (Segunda Edición) México D.F.: Editorial Plaza y Valdez, S.A. de C.V. (pp. 159-188) p 175

Villar, E. (2012). *Las recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud*. En Instituto de Salud Pública La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca Morelos. p. 30

#### Revistas

Abreu, M. C. (2009) El trabajo social sanitario en la Atención Primaria de Salud. *Revista Enfermeros.org*. Vol 3, (n2 – sep. 2009), p 70, 71, 72.

Cardona, J. (1998). La salud pública en período de crisis. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(3):286-294 (versión electrónica). Recuperado el 17/01/2015 de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_3\\_98/mgi15398.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_3_98/mgi15398.htm)

Flores, A. (2002) El Sistema de Salud Mexicano, Observaciones y Notas Comparativas. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Vol. 3, (No.2 Abril-Junio 2002), p.

Gómez, O. Sesma, S. Becerril, V.M. Knaul, F.M. Arreola, H.y Frenk, J. (2011). Sistemas de Salud en México. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 53, (Suplemento 2 de 2011), p.220

López, o. y Blanco, J. (2008). Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, Vol. 4(3):319-333, (Septiembre - Diciembre, 2008), p.327

Orueta, R. (2011). Medicalización de la Vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia* ISSN. Vol.4, (No.2 Albacete jun. 2011 Artículo especial) p.

Pavón, P., Gogeoascoechea, M. C. (2004). La importancia de la administración en salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Vol. 4, (Número 1 Enero – Junio 2004)*, p.

Romero, H., Tobos, M.E., Jinete, M. y Lindo, M. (2006). La praxis profesional del docente en formación: ¿formarlo viviendo el pasado, el presente, o la forma de vida del proyecto de sociedad por construir? (versión electrónica) *Revista Iberoamericana de Educación ISSN: 1681-5653 (No. 40/5 – 25 de noviembre de 2006)*, p. 2

Romero, M. S. (2012). Perfiles profesionales y estrategias de intervención en trabajo social. *Tendencias. (Versión electrónica) Revista ISSN 0122-9729. Vol. 17, (No.1, enero-junio 2012)*, p. 17-26.

Salles, V. (2001). El debate micro-macro, dilemas y contextos. *Perfiles Latinoamericanos. (Versión electrónica) Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe Junio. (No. 018)*, p. 134

#### Documentos electrónicos

Acosta A. M. (2004). Una aproximación a la práctica profesional del trabajador social en educación especial en municipios de la zona metropolitana de Monterrey, N. L. Recuperado el 27/11/2013, de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080114663/1080114663.PDF>

Amelotti, F. y Fernández N. (2012). Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional *Margen N° 66, setiembre-2012. (Versión electrónica)*. Recuperado el 12/06/213, de [http://www.margen.org/suscri/margen66/02\\_amelotti.pdf](http://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf)

Armijo M. (2009). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. *ILPES/CEPAL (Versión. electrónica)*, Recuperado el 16/04/2014, de [http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual\\_planificacion\\_estrategica.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf)

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2013) Conclusiones de II Jornadas de Trabajo Social Sanitario en Castilla y León. Recuperado el 27/01/2015 de [http://www.aetrabajosocialysalud.es/1/upload/conclusiones\\_ii\\_j\\_aetsys\\_cyl.pdf](http://www.aetrabajosocialysalud.es/1/upload/conclusiones_ii_j_aetsys_cyl.pdf)

Barranco C. (s/f). La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada Recuperado el 27/04/2014, de [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/ALT\\_12\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/ALT_12_05.pdf)

Barreto C.M., Benavides J.A., Garavito N. y Gordillo N.A. (2003). Metodologías y métodos de trabajo social en 68 libros ubicados en bibliotecas de unidades académicas de trabajo social en Bogotá. Recuperado el 16/10/2013, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000348.pdf>

Battistella, G. (s/f). Salud y Enfermedad. Recuperado el 12/11/2013, de [http://issuu.com/cedss/docs/el\\_proceso\\_salud\\_enfermedad\\_p.1-10](http://issuu.com/cedss/docs/el_proceso_salud_enfermedad_p.1-10)

Bettanin, C. I. (2014). De la intervención profesional a la construcción de un problema de investigación, Recuperado 13/05/2015 de [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web\\_revista\\_8/PDF/06\\_Bettanin.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_8/PDF/06_Bettanin.pdf) . (p27, 37)

Bibliomed (2014). Trabajador social en la diaria promoción de la salud Recuperado el 12/01/2014, de <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3154&ReturnCatID=1897>

Bueno, G. (1975). Teoría & Praxis. 20 Cuestiones para XII Congreso de filósofos jóvenes. Universidad de Oviedo - Servicio de Publicaciones marzo p. 13 recuperado el 19/04/2015 de <http://fgbueno.es/med/dig/gb75tp.pdf>

Castro-Jiménez MA, Díaz-Martínez LA (2013). Las variables en el proceso de investigación en salud: importancia, clasificación y forma de presentación en protocolos de investigación. MedUNAB 2009; 12: 151-156 Recuperado el 12/01/2015, de <http://uvsfajardo.sld.cu/las-variables-en-el-proceso-de-investigacion-en-salud.p.3>

Cavalleri, M. S. (2008). Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. Compartiendo Notas. El trabajo social en la contemporaneidad. Recuperado el 17/11/2013, de <http://www.unla.edu.ar/index.php/ediciones-de-la-unla-coleccion-salud-comunitaria/140-publicaciones/ediciones-de-la-unla-coleccion-salud-comunitaria/577-compartiendo-notas>

Centro de Gestión Hospitalaria (s/f). Enfoque sistémico. Marco General y Conceptual de la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”, de las guías metodológicas para la implementación de las Pautas de Auditoría, del Ministerio de la Protección Social. Recuperado el 12/04/2013, de <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/elenfoquesistemico.pdf>

Dávila, E. y Guijarro, M. (2000). Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México. Unidad de Financiamiento para el desarrollo. División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. Santiago de Chile. Recuperado el 22/10/2013, de <http://salud.edomex.gob.mx/Html/MEDICA/SALUD%20SISTEMA%20EVOLUCION.pdf>

Diccionario de Informática y Tecnología (2002). Definición de Sistema. Recuperado el 27/11/2012, de <http://www.alegsa.com.ar/Dic/sistema.php>

Distrito Federal. Asamblea Legislativa del Distrito Federal VI Legislatura (17 de septiembre de 2009). Ley de Salud del Distrito Federal. (Versión electrónica) Recuperado el 12/02/2014, de [http://www.metro.df.gob.mx/transparencia/imagenes/fr1/normaplicable/2014/4/l sdf\\_15102014.pdf](http://www.metro.df.gob.mx/transparencia/imagenes/fr1/normaplicable/2014/4/l sdf_15102014.pdf)

EPI-CENTRO. Salud Pública ¿Qué es y Qué hace? Temas introductorios (2007). Recuperado el 27/06/2014, de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>

Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, (2007). Diagnóstico sobre el Campo Profesional de Trabajo Social. Recuperado el 12/08/2013, de <http://www.entsadistancia.unam.mx/ents/>

Estrada, V. M. (2011). Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos. P.5 Recuperado el 27/10/2013 de <http://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/viewFile/1389/1397>

Franco-Giraldo Á., (2010) Modelos de Salud y Atención Primaria (A.P.S.) *i, ii* . Recuperado el 22/05/2014, de <http://asmedasantioquia.org/27-magazin/magazin-no-2/1380-modelos-de-salud-y-atencion-primaria-en-salud-aps>

Federación Internacional de Trabajo Social. Definición de Trabajo Social (2000). Recuperado el 12/02/2014, de <http://red-trabajosocial.blogspot.mx/2011/12/federacion-internacional-de-trabajo.html>

Gestiopolis (2008). Métodos y técnicas de investigación. Recuperado 12/11/2013, de <http://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion/>

Gobierno del Distrito Federal (2011). Gaceta Oficial del Gobierno del Distrito Federal. Recuperado el 22/1/2013, de <http://vpn.salud.df.gob.mx:88/transparencia/art14frac1/manual/Organizacion.pdf>

Guerrero R. (s/f) Diseño Institucional y Desempeño de los Sistemas de Salud. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud–PROESA. Recuperado 27/06/2012, de [http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/externos/varios/1.%20Diseno\\_institucion\\_al\\_y\\_desempeno\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud.pdf](http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/externos/varios/1.%20Diseno_institucion_al_y_desempeno_de_los_sistemas_de_salud.pdf)

Guiliani D. (2006). La práctica profesional del trabajo social y la inherente condición de lo femenino. Universidad de Buenos Aires, facultad de Ciencias Sociales. Recuperado el 27/02/2013, de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/DG%20pptsycdlf%20.pdf>

Herrera J. (s/f). Investigación Cuantitativa. Recuperado el 24/04/2014, de [http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv\\_cuanti.pdf](http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv_cuanti.pdf)

INEGI (2011). Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado el 22/07/2012, de [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosVI.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf)

Ituarte A. (2009). Sentido del Trabajo Social en Salud. Recuperado el 27/02/2014, de [http://api.ning.com/files/TTQFNTiLm8Q\\*LtEyHJtTFdplb13PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBBYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09\\_Amaya\\_Ituarte\\_Tellaechepdf](http://api.ning.com/files/TTQFNTiLm8Q*LtEyHJtTFdplb13PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBBYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaechepdf)

Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida. Revista Electroneurobiología vol. 14 (3), Recuperado el 17/11/2013, en [http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion\\_de\\_la\\_vida.pdf](http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.pdf)

Márquez E. (s/f). Formación profesional y creatividad sistémico-estratégica. Denarius Revista de Economía y Administración. Recuperado el 17/12/2013, en <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/denarius/include/getdoc.php?id=809&article=293&mode=pdf>

Mundo Informático (2012). Técnica, herramienta, método y metodología. Recuperado el 27/01/2015, en <http://mundoinformatico321.blogspot.mx/2012/11/tecnica-herramienta-metodo-y-metodologia.html>

Navarro V. (s/f). Concepto actual de Salud Pública. Recuperado el 17/07/2014, en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2005). Definición de Sistema de Salud. Recuperado el 19/09/2013, de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud (2008). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado el 19/09/2013, de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (2000). Recuperado el 11/5/13, de <http://www1.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/fesp.htm>

Organización Panamericana de la Salud y Secretaria de Salud México (2010). Situación de Salud en México 2010. Indicadores Básicos. Recuperado el 21/05/2014, de [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200:indicadores-basicos-mexico-2000-2010&catid=780:la-salud-de-mxico-en-cifras&Itemid=310](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=200:indicadores-basicos-mexico-2000-2010&catid=780:la-salud-de-mxico-en-cifras&Itemid=310)

Orozco J. M. (2006) Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la Ciudad de Cartagena. Enciclopedia virtual. Recuperado el 14/04/2014, de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/1d.htm> p.13

Picchio A. (2009). Condiciones de Vida: Perspectivas, análisis económico y políticas públicas. dipartimento di economia politica. università di modena e reggio emilia revista de economía crítica, nº7 , primer semestre, 2009:27-54. Issn. En: [http://revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/revistas/n7/2\\_condiciones\\_de\\_vida.pdf](http://revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/revistas/n7/2_condiciones_de_vida.pdf)

Rizo M. (2007). Intersubjetividad, Comunicación e Interacción. Los aportes de Alfred Schütz a la Comunicología. De la Fenomenología a la Sociología fenomenológica. Razón y Palabra. Primer Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación. No. 57 Junio – Julio 2007. Recuperado el 27/10/2013, de [\(1- \)](http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n57/mrizo.html)

Secretaria de Salud del D.F. (2012). Población por sexo y grupos de edad. Distrito Federal 1980-2010. Recuperado el 27/10/2013, de <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2012/Paginas/1.5.pdf>

Scott D. (2011). Manual de Planeación Corporativa para Empresas de Aseguramiento en Salud. Recuperado el 27/08/2014, de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011c/993/>

Sistema de Información de desarrollo Social GDF (2007) Definición de Política Social. Recuperado 12/07/2012, de <http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=172>

Significado de Salud Pública (s/f) Recuperado el 27/08/2013, de (<http://www.significados.com/salud-publica/>)

UNED (2007). Concepto de salud: su evolución histórica y cultural. Recuperado el 27/08/2013, de [http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion\\_para\\_la\\_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema\\_2](http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema_2)

Universidad Pedagógica Nacional (UPN), (2002). Prácticas Profesionales y Servicio Social. Documento Normativo. Recuperado el 13/08/2013, de [www.lie.upn.mx/.../DOCUMENTO\\_GENERAL\\_PRACTICAS\\_PROFESI...](http://www.lie.upn.mx/.../DOCUMENTO_GENERAL_PRACTICAS_PROFESI...)

Vera, H. (2009). Niveles de Atención a la Salud. Recuperado el 27/11/2013, de <http://es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD#scribd>

Weber M. (1964). Resumen Max Weber, Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva, I, Fondo de Cultura Económica, México, 1964, pp. 15-21.] Recuperado el 19/10/2013, de (<http://es.scribd.com/doc/70950073/>)

## Tesis

Araya, K. (2010). *El programa de ideas productivas del IMAS. Un análisis de los procesos de trabajo social desde una perspectiva histórico-crítica*. Tesis de grado de Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social. Universidad de Costa Rica. p.1  
<http://www.ts.ucr.ac.cr/bv/tfg-mae.php>

Bermudo, J.M., (s/f). El concepto de praxis en el joven Marx. Un nuevo criterio de racionalidad en la filosofía moderna. Resumen de la tesis presentada para aspirar al grado de Doctor p.97  
<http://www.raco.cat/index.php/convivium/article/viewfile/76441/98557>

Martín, A., Aurora, D. (2009). *Hacia la excelencia en los servicios de salud. Capacitación de los cuadros administrativos*. Tesis de grado de Master en Desarrollo Social. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Programa Cuba, La Habana Cuba  
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1549/1/TFLACSO-2009DAMA.pdf>

Miranda, P. (2011). *Realidades y desafíos en la intervención del trabajador social con adolescentes infractores de la ley penal*. Tesis de grado de Magister en

Trabajo Social. P. 41 Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/445>

Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Tesis de grado de Master en Servicio Social. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social y la Universidad Federal de Río de Janeiro.  
<http://www.margen.org/tesis/ortega.pdf>

Presentaciones o Trabajos

López, E. (s/f). Paradigmas teóricos que apoyan la práctica del Trabajo Social. México D.F.: ENTS-UNAM.



Escobar C. (s/f). Objetivos del Trabajo Social. Materiales de clase.

Pérez, M. (2009). La Promoción de la Salud. México D.F.: (s n)

# **ANEXOS**



# Anexo 1. Cuestionario


**Universidad Nacional Autónoma de México**


Escuela Nacional de Trabajo Social

La práctica profesional de trabajo social en el primer nivel de atención e la salud: Caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Fecha: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Identificar el perfil profesional y laboral de los trabajadores sociales del primer nivel de atención, así como los métodos, recursos y medios de que se valen para el desempeño de su práctica profesional.

La información que proporcione es confidencial y sólo para fines estadísticos y académicos, por lo que le solicitamos contestar todas las preguntas de acuerdo a la información de que dispone.

**Instrucciones:** Llene en las líneas los datos que se le solicitan. En los casos en donde tenga usted que escoger marque con una "X" o coloque la letra en el paréntesis la opción que considere correcta con su situación personal o la respuesta que considere correcta.

**I. Datos Generales**

Educación: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  (M)  (F)

¿Pertenece a algún grupo social, comunitario, ONG, etc.?  (Si)  (No) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**II. Datos Profesionales**

Nivel Académico: (Técnico) (Licenciatura) (Especialidad) (Maestría) (Doctorado)

Escuela de Procedencia:  (UNAM)  (IPN)  (Otra) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Este título  (Si)  (No) Cuenta con Título y Cédula Profesional:  (Si)  (No)

Hace cuánto tiempo terminó la carrera:

(- de 1 año) (De 1 a 5 años) (De 6 a 10 años) (Más de 10 años)

Modalidad de estudio: (Presencial) (Abierta) (Nivelación Académica) (Otra) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**III. Datos Laborales**

Jurisdicción en la que labora: \_\_\_\_\_ ¿Tiene otro trabajo?  (Si)  (No)

Su antigüedad en los SSPDF es: (- de 1 año) (de 1 a 5 años) (de 6 a 10 años) (más de 10 años)

Su nombramiento es: (Base) (Precaria) (Interina) (Confianza) (Provisional)

Su código funcional es: (MQ2066) (MQ2040) (MQ2084) (MQ2085) (MQ2086) (MQ2072) (MQ2110) (MQ2111) (MQ2112) (MQ2113) (Otra) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

*Muchas gracias por su valioso apoyo*

Días que labora: (Lunes a Viernes) (Lunes a Sábado) (Fines de semana y festivos)

Horario de trabajo: (7 horas) (8 horas) (más de 8 horas)

Turno de trabajo: (Matutino) (Vespertino) (Mixto)

Tipo de unidad en la que labora:  (I)  (II)  (III) (Clínica de Especialidades) (Otra) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

A su ingreso, recibió inducción al puesto  (Si)  (No)

Función que realiza: (Operativa) (Supervisora) (Jefe de servicio) (Otra) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Existe jefe de servicio de T.S. en la unidad de salud que labora:  (Si)  (No)

En su unidad de salud, el servicio de trabajo social depende de: ( )

a) Director de Centro de Salud      b) Médico de núcleo básico de salud

c) Coordinador médico      d) Epidemiólogo      e) (Otra) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

El modelo de salud actual de los Servicios de Salud Públicos del Distrito Federal considera al trabajador social como: ( )

a) Integrante del Núcleo básico de salud      c) Personal de apoyo al equipo de salud

b) Personal de apoyo administrativo en la unidad de salud      d) No lo considera

**IV. Desempeño Profesional**

Desde su práctica, el concepto de trabajo social en el primer nivel de atención e la salud es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En su experiencia, ¿se utiliza alguna(s) teoría(s) para sustentar la práctica profesional de trabajo social en el primer nivel de atención?  (Si)  (No) ¿Si la respuesta es afirmativa, cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerando su trabajo cotidiano, ¿qué metodología de trabajo social utiliza para su intervención profesional? ( )

a) Caso, Grupo y Comunidad      b) Método Integrado

c) Método Básico      d) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

*Muchas gracias por su valioso apoyo*

La salud en la política del Distrito Federal está considerada como ( )

a) Un derecho humano      c) Un derecho social

b) Un beneficio social      d) Un programa prioritario

Dentro de los Servicios de Salud Pública del D.F., trabajo social realiza acciones de:

Área	Frecuentemente	Ocasionalmente	No realiza	No sabe
Atención Médica				
Vigilancia Epidemiológica				
Promoción de la Salud				
Asistencia Social				
Regulación Sanitaria				
Investigación social en salud				
Política Social				

Para desempeñar su práctica profesional considera:

Área geográfica asignada  (Si)  (No)  (NA)      Población de trabajo definida  (Si)  (No)  (NA)

Estudio de comunidad  (Si)  (No)  (NA)      Programa operativo de trabajo  (Si)  (No)

Cronograma de actividades  (Si)  (No)  (NA)      Necesidades sociales de los usuarios  (Si)  (No)

Perfil de usuarios  (Si)  (No)  (NA)      Política de salud estatal  (Si)  (No)

Manual de organización  (Si)  (No)      Manual de procedimientos  (Si)  (No)

La misión y visión institucional  (Si)  (No)      La misión y visión de trabajo social  (Si)  (No)

Normas Oficiales  (Si)  (No)

Para desarrollar sus actividades profesionales en la institución cuenta con:

Área de trabajo específica para el servicio  (Si)  (No)  (NA)

Mobiliario para el desempeño de sus actividades  (Si)  (No)

Equipo tecnológico para apoyar su actividad administrativa y educativa  (Si)  (No)

Insumos para el desarrollo de sus actividades  (Si)  (No)

Capacitación para el desempeño de sus actividades  (Si)  (No)

*Muchas gracias por su valioso apoyo*

Señale con una "X" la respuesta de acuerdo a su experiencia profesional cotidiana

Acción	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Ocasionalmente	Nunca
Establece estrategias para mejorar la consulta programada					
Contribuye en las acciones de limpieza del Centro de Salud					
Visita pacientes para consulta, reconstruye o seguimiento de caso					
Aflia para el ingreso de los pacientes a los servicios que presta el Centro de Salud					
Toma peso y talla de los pacientes del grupo de salud matutina					
Capacita a la población para mejorar sus condiciones de salud					
Asiste a reuniones de trabajo con la delegación política y otros grupos organizados					
Toma decisiones junto con el director para mejorar la calidad de los servicios					
Registra citas programadas de los usuarios del Centros de Salud					
Forma, coordina y controla grupos comunitarios en beneficio de la salud pública					
Consigue apoyos económicos en beneficio del Centro de Salud					

*Muchas gracias por su valioso apoyo*

Acción	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Ocasionalmente	Nunca
Informa a los pacientes sobre los programas y acciones de salud delegacionales					
Se coordina con otras instituciones para favorecer la atención de pacientes					
Promueve la organización de grupos para realizar acciones de promoción de la salud					
Informa a los usuarios sobre medidas para la prevención específica de enfermedades					
Organiza eventos culturales y sociales					
Toma como registro en domicilios prioritarios					
Realiza el censo nominal de menores de 5 años de su área de responsabilidad					
Apoya la elaboración del diagnóstico situacional					
Planifica cotidianamente las acciones a realizar en el ámbito local					
Visita peritos para prevenir la reola					
Realiza y/o participa en investigaciones sociales de salud a nivel local					
Entrevista para informar, investigar o dar seguimiento a los usuarios de los servicios					
Conoce a su población					

Muchas gracias por su valioso apoyo

Capit del serv de usuarios de los servicios					
---	--	--	--	--	--

Los métodos y técnicas que utiliza para desempeñar su práctica cotidiana favorecen:

	Frecuentemente	Ocasionalmente	No siempre	Por nada
LA COMUNICACIÓN UNIDIRECCIONAL				
LA EDUCACIÓN SOCIAL				
LOS CAMBIOS EN ESTILOS DE VIDA				
EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD				
LA ADAPCIÓN AL SISTEMA DE SALUD				
LA ORGANIZACIÓN SOCIAL				
EL EJERCICIO DE DERECHOS SOCIALES				
LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS				
LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN SALUD				
EL EMPODERAMIENTO DE LA POBLACIÓN				
LA SOLICITUD AL TRATAMIENTO MÉDICO				
LA CUIDADÍA EN SALUD				
EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DE SALUD				
EL REQUERIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN				
EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD				

Mencione los 5 programas prioritarios de salud que más apoye en su práctica profesional

---



---



---



---



---

Muchas gracias por su valioso apoyo

A partir de su experiencia cotidiana, metodológicamente realiza en la atención de los sujetos:

Acción	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Ocasionalmente	Nunca
Investigación					
Diagnóstico					
Prognóstico					
Plan					
Tratamiento o intervención					
Seguimiento					
Evaluación					
Cierre de proceso					

La comunicación entre usted y las autoridades del Centro de Salud es:

(Muy buena) (Buena) (Regular) (Mala) (Muy mala)

La comunicación de usted y su jefe de Trabajo Social del Centro de Salud es:

(Muy buena) (Buena) (Regular) (Mala) (Muy mala)

En la atención que brinda cotidianamente a los usuarios del servicio de trabajo social es:

Acción	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Ocasionalmente	Nunca
Amable					
Indiferente					
Técnica					
Profesional					
Cordialidad					
Conciliadora					
Agresiva					
Indolente					
Indiferente					
Reservada					

Muchas gracias por su valioso apoyo

Muchas gracias por su valioso apoyo

A partir de su experiencia laboral, mencione 3 aspectos que considere mejorarían la práctica profesional de trabajo social en el primer nivel de atención

---



---



---

Observaciones y/o Comentarios

---



---



---

Anexo 2. Informe de actividades de Trabajo Social en los SSPDF

PROGRAMA Y/TEMA		ENTREVISTAS	VISITA DOMICILIARIA	PLATICAS		PERIFONEO	FUNCIONES DE TEATRO INFANTIL	N.º DE GRUPOS	N.º DE GRUPOS FORMADOS	INTEGRANTES			REUNIONES
				INTRAMUNICIPALES	EXTRAMUNICIPALES					INSCRITOS	ACTIVOS	BAJAS	
ENF. PREVENIBLES POR VACINACION													
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS													
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS													
NUTRICION													
ARRAQUE PAREJO													
CLIMATERIO													
CANCER CERVICOUTERINO													
CANCER DE MAMA													
CANCER DE PROSTATA													
OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS													
DIABETES MELLITUS													
HIPERTENSION ARTERIAL													
OBESIDAD													
SALUD DUCAL													
VIN/SIDA													
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL													
PLANIFICACION FAMILIAR													
SEGURO MEDICO PARA NUEVA GENERACION													
ALCOHOLISMO													
TABAQUISMO													
FARMACODEPENDENCIA													
VIOLENCIA DE GENERO													
SALUD MENTAL													
ACCIDENTES													
TUBERCULOSIS													
LEPRA													
ENFERMED. TRANSMITIDAS POR VECTOR													
RABIA													
BRUCELOSIS													
MEJORAMIENTO DEL MEDIO													
COLERA													
URGENCIAS EPIDEM. Y DESASTRES													
SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS													
PROG. SERV. MED. Y MED. GRATUITOS													
VIOLENCIA FAMILIAR													
GRUPOS VULNERABLES													
APLICACION DE ENCUESTA IDICA													
OTROS TEMAS (ESPECIFICAR)													
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

N.º DE GRUPOS	N.º DE GRUPOS FORMADOS	INTEGRANTES			REUNIONES
		INSCRITOS	ACTIVOS	BAJAS	
COMITES DE PROMOTOR Y HIPERTENSO					
DIABÉTICOS					
OBESOS					
PROESA					
VIOLENCIA DE					
CURSOS O TALLERES	NUMERO	INTEGRANTES			
ADOLESCENTES					
EMBARAZADAS					
MUJER SALUDABLES					
PROCURADORES					
AGENTES					
MANEJADORES					
POBLACION ESCOLARES					
ESCOLARES					
MIGRANTES					
OTROS (ESPECIFICAR)					
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

SOPRES ENTREGADOS EN PROMOCION	MADRES CAPACITADAS			
	EN EL MANEJO EN EDAD		MANEJO DE IRAS	
	NUMERO	ASISTENTES	NUMERO	ASISTENTES

ORDINACION	ESCOLARES INSTITUCIONALES	

DISTRIBUCION DE MATERIA	MATERIAL FOTOLITOGRAFICO		
	CARTELES	MANIFIESTOS	OTROS

NUMERO DE EVENTOS ORGANIZADOS	
APOYO EN CEROS EPIDEMIOLOGICOS	
PARTICIPACION EN INVESTIGACION	
REUNIONES TECNICAS	